**QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHUYÊN NGÀNH**

**NGOẠI - BỎNG - UNG BƯỚU - TẠO HÌNH THẨM MỸ**

*(Ban hành kèm theo Quyết định số 2005/QĐ-TTYT ngày 20/9/2022*

*của Trung tâm Y tế Hải Hà)*

**MỤC LỤC**

[A. THẦN KINH – SỌ NÃO 17](#_Toc114773183)

[1. PHẪU THUẬT XỬ LÝ VẾT THƯƠNG DA ĐẦU PHỨC TẠP 17](#_Toc114773184)

[2. PHẪU THUẬT VỠ LÚN XƯƠNG SỌ HỞ 19](#_Toc114773185)

[3. PHẪU THUẬT VẾT THƯƠNG SỌ NÃO (CÓ RÁCH MÀNG NÃO) 22](#_Toc114773186)

[4. PHẪU THUẬT XỬ LÝ LÚN SỌ KHÔNG CÓ VẾT THƯƠNG 25](#_Toc114773187)

[5. PHẪU THUẬT LẤY MÁU TỤ DƯỚI MÀNG CỨNG MẠN TÍNH MỘT BÊN 28](#_Toc114773188)

[6. PHẪU THUẬT NHIỄM KHUẨN VẾT MỔ 31](#_Toc114773189)

[7. PHẪU THUẬT XỬ LÝ NHIỄM KHUẨN VẾT MỔ 33](#_Toc114773190)

[8. CHỌC DỊCH NÃO TỦY THẮT LƯNG (THỦ THUẬT) 35](#_Toc114773191)

[B. TIM MẠCH – LỒNG NGỰC 40](#_Toc114773192)

[9. PHẪU THUẬT DẪN LƯU TỐI THIỂU KHOANG MÀNG PHỔI 40](#_Toc114773193)

[10. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ VẾT THƯƠNG NGỰC HỞ ĐƠN THUẦN 44](#_Toc114773194)

[11. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ VẾT THƯƠNG TIM 47](#_Toc114773195)

[12. PHẪU THUẬT KHÂU VẾT THƯƠNG NHU MÔ PHỔI 50](#_Toc114773196)

[13. PHẪU THUẬT LẤY DỊ VẬT PHỔI MÀNG PHỔI 54](#_Toc114773197)

[14. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ VẾT THƯƠNG NGỰC – BỤNG QUA ĐƯỜNG NGỰC 57](#_Toc114773198)

[15. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ VẾT THƯƠNG NGỰC – BỤNG QUA ĐƯỜNG BỤNG 61](#_Toc114773199)

[16. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ MẢNG SƯỜN DI ĐỘNG 65](#_Toc114773200)

[17. CỐ ĐỊNH GÃY XƯƠNG SƯỜN BẰNG BĂNG DÍNH TO BẢN 68](#_Toc114773201)

[18. PHẪU THUẬT THẮT CÁC MẠCH MÁU LỚN NGOẠI VI 71](#_Toc114773202)

[19. PHẪU THUẬT DẪN LƯU DỊCH KHOANG MÀNG TIM 75](#_Toc114773203)

[20. PHẪU THUẬT CẮT U THÀNH NGỰC 78](#_Toc114773204)

[21. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ NHIỄM TRÙNG VẾT MỔ NGỰC 82](#_Toc114773205)

[22. PHẪU THUẬT LẤY DỊ VẬT PHỔI MÀNG PHỔI 86](#_Toc114773206)

[C. TIẾT NIỆU-SINH DỤC 90](#_Toc114773207)

[23. LẤY SỎI THẬN BỆNH LÝ, THẬN MÓNG NGỰA, THẬN ĐA NANG 90](#_Toc114773208)

[24. CẮT THẬN ĐƠN THUẦN 94](#_Toc114773209)

[25. CẮT MỘT NỬA THẬN (CẮT THẬN BÁN PHẦN) 97](#_Toc114773210)

[26. PHẪU THUẬT KHÂU BẢO TỒN HOẶC CẮT THẬN BÁN PHẦN TRONG CHẤN THƯƠNG THẬN 102](#_Toc114773211)

[27. DẪN LƯU BỂ THẬN TỐI THIỂU 109](#_Toc114773212)

[28. DẪN LƯU ĐÀI BỂ THẬN QUA DA DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA SIÊU ÂM 113](#_Toc114773213)

[29. DẪN LƯU VIÊM TẤY QUANH THẬN, ÁP XE THẬN 116](#_Toc114773214)

[30. LẤY SỎI NIỆU QUẢN ĐƠN THUẦN 120](#_Toc114773215)

[31. NONG NIỆU QUẢN 124](#_Toc114773216)

[32. ĐẶT ỐNG THÔNG JJ TRONG HẸP NIỆU QUẢN 129](#_Toc114773217)

[33. LẤY SỎI BÀNG QUANG LẦN 2, ĐÓNG LỖ RÒ BÀNG QUANG 132](#_Toc114773218)

[34. DẪN LƯU BÀNG QUANG BẰNG CHỌC TROCA 137](#_Toc114773219)

[35. PHẪU THUẬT CẤP CỨU VỠ BÀNG QUANG 141](#_Toc114773220)

[36. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TÚI THỪA BÀNG QUANG 144](#_Toc114773221)

[37. BƠM RỬA BÀNG QUANG, BƠM HÓA CHẤT 148](#_Toc114773222)

[38. THAY ỐNG THÔNG DẪN LƯU BÀNG QUANG 152](#_Toc114773223)

[39. MỔ LẤY SỎI BÀNG QUANG 155](#_Toc114773224)

[40. DẪN LƯU NƯỚC TIỂU BÀNG QUANG 159](#_Toc114773225)

[41. DẪN LƯU ÁP XE KHOANG RETZIUS 163](#_Toc114773226)

[42. DẪN LƯU BÀNG QUANG ĐƠN THUẦN 168](#_Toc114773227)

[43. PHẪU THUẬT DẪN LƯU VIÊM TẤY KHUNG CHẬU DO RÒ NƯỚC TIỂU 173](#_Toc114773228)

[44. PHẪU THUẬT ÁP XE TUYẾN TIỀN LIỆT 176](#_Toc114773229)

[45. ĐẶT ỐNG STENT CHỮA BÍ ĐÁI DO PHÌ ĐẠI TIỀN LIỆT TUYẾN ( HỖ TRỢ TUYẾN TRÊN VỀ VẬT TƯ Y TẾ ) 179](#_Toc114773230)

[46. CẮT BỎ TINH HOÀN LẠC CHỖ 181](#_Toc114773231)

[47. PHẪU THUẬT HẠ TÌNH HOÀN ẨN, TINH HOÀN LẠC CHỖ 185](#_Toc114773232)

[48. PHẪU THUẬT VỠ VẬT HANG DO GÃY DƯƠNG VẬT 189](#_Toc114773233)

[49. NONG NIỆU ĐẠO VÀ ĐẶT SONDE ĐÁI 193](#_Toc114773234)

[50. CẮT BỎ TINH HOÀN 197](#_Toc114773235)

[51. PHẪU THUẬT XOẮN, VỠ TINH HOÀN 201](#_Toc114773236)

[52. PHẪU THUẬT TRÀN DỊCH MÀNG TINH HOÀN 205](#_Toc114773237)

[53. CẮT BỎ BAO QUY ĐẦU DO DÍNH HOẶC DÀI 210](#_Toc114773238)

[54. CẮT HẸP BAO QUY ĐẦU 214](#_Toc114773239)

[55. MỞ RỘNG LỖ SÁO 219](#_Toc114773240)

[D. TIÊU HÓA 222](#_Toc114773241)

[56. MỞ THÔNG DẠ DÀY 222](#_Toc114773242)

[57. MỞ BỤNG THĂM DÒ 226](#_Toc114773243)

[58. NỐI VỊ TRÀNG 228](#_Toc114773244)

[59. CẮT DẠ DÀY HÌNH CHÊM 232](#_Toc114773245)

[60. CẮT ĐOẠN DẠ DÀY 235](#_Toc114773246)

[61. CẮT ĐOẠN DẠ DÀY VÀ MẠC NỐI LỚN 238](#_Toc114773247)

[62. KHÂU LỖ THỦNG DẠ DÀY – TÁ TRÀNG 241](#_Toc114773248)

[63. PHẪU THUẬT NEWMANN 243](#_Toc114773249)

[64. KHÂU CẦM MÁU Ổ LOÉT DẠ DÀY 245](#_Toc114773250)

[65. MỞ DẠ DÀY XỬ TRÍ TỔN THƯƠNG 246](#_Toc114773251)

[66. MỞ THÔNG HỖNG TRÀNG HOẶC MỞ THÔNG HỒI TRÀNG 249](#_Toc114773252)

[67. KHÂU LỖ THỦNG HOẶC VẾT THƯƠNG RUỘT NON 252](#_Toc114773253)

[68. CẮT DÂY CHẰNG, GỠ DÍNH RUỘT 254](#_Toc114773254)

[69. THÁO XOẮN RUỘT NON 257](#_Toc114773255)

[70. THÁO LỒNG RUỘT NON 260](#_Toc114773256)

[71. ĐẨY BÃ THỨC ĂN XUỐNG ĐẠI TRÀNG 262](#_Toc114773257)

[72. MỞ RUỘT NON LẤY DỊ VẬT (BÃ THỨC ĂN, GIUN, MẢNH KIM LOẠI) 264](#_Toc114773258)

[73. CẮT RUỘT NON HÌNH CHÊM 266](#_Toc114773259)

[74. CẮT ĐOẠN RUỘT NON, LẬP LẠI LƯU THÔNG 268](#_Toc114773260)

[75. CẮT ĐOẠN RUỘT NON, ĐƯA HAI ĐẦU RUỘT RA NGOÀI 271](#_Toc114773261)

[76. CẮT ĐOẠN RUỘT NON, NỐI TẬN BÊN, ĐƯA 1 ĐẦU RA NGOÀI (QUÉNUE) 274](#_Toc114773262)

[77. CẮT NHIỀU ĐOẠN RUỘT NON 275](#_Toc114773263)

[78. GỠ DÍNH SAU MỔ LẠI 278](#_Toc114773264)

[79. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ ÁP XE TỒN DƯ, DẪN LƯU Ổ BỤNG 281](#_Toc114773265)

[80. ĐÓNG MỞ THÔNG RUỘT NON 283](#_Toc114773266)

[81. NỐI TẮT RUỘT NON - ĐẠI TRÀNG HOẶC TRỰC TRÀNG 286](#_Toc114773267)

[82. NỐI TẮT RUỘT NON – RUỘT NON 289](#_Toc114773268)

[83. CẮT MẠC NỐI LỚN 292](#_Toc114773269)

[84. CẮT BỎ U MẠC NỐI LỚN 294](#_Toc114773270)

[85. CẮT U MẠC TREO RUỘT 297](#_Toc114773271)

[86. CÁC PHẪU THUẬT TÁ TRÀNG KHÁC 300](#_Toc114773272)

[87. CẮT RUỘT THỪA ĐƠN THUẦN 301](#_Toc114773273)

[88. CẮT RUỘT THỪA, LAU RỬA Ổ BỤNG 303](#_Toc114773274)

[89. CẮT RUỘT THỪA, DẪN LƯU Ổ ÁP XE 304](#_Toc114773275)

[90. DẪN LƯU ÁP XE RUỘT THỪA 308](#_Toc114773276)

[91. CÁC PHẪU THUẬT RUỘT THỪA KHÁC 311](#_Toc114773277)

[92. DẪN LƯU HOẶC MỞ THÔNG MANH TRÀNG 312](#_Toc114773278)

[93. KHÂU LỖ THỦNG ĐẠI TRÀNG 315](#_Toc114773279)

[94. CẮT TÚI THỪA ĐẠI TRÀNG 317](#_Toc114773280)

[95. CẮT ĐOẠN ĐẠI TRÀNG , NỐI NGAY 320](#_Toc114773281)

[96. CẮT ĐOẠN ĐẠI TRÀNG, ĐƯA 2 ĐẦU ĐẠI TRÀNG RA NGOÀI 323](#_Toc114773282)

[97. CẮT ĐOẠN TRỰC TRÀNG , ĐÓNG ĐẦU DƯỚI ĐƯA ĐẦU TRÊN RA NGOÀI KIỂU HARTMANN 325](#_Toc114773283)

[98. CẮT MANH TRÀNG VÀ ĐOẠN CUỐI HỒI TRÀNG 329](#_Toc114773284)

[99. CẮT ĐẠI TRÀNG PHẢI HOẶC ĐẠI TRÀNG TRÁI NỐI NGAY 331](#_Toc114773285)

[100. CẮT ĐẠI TRÀNG PHẢI HOẶC ĐẠI TRÀNG TRÁI, ĐƯA 2 ĐẦU RUỘT RA NGOÀI 335](#_Toc114773286)

[101. LÀM HẬU MÔN NHÂN TẠO (ĐOẠN ĐẠI TRÀNG) 339](#_Toc114773287)

[102. LÀM HẬU MÔN NHÂN TẠO ( ĐOẠN TRỰC TRÀNG) 344](#_Toc114773288)

[103. LẤY DỊ VẬT TRỰC TRÀNG 349](#_Toc114773289)

[104. CẮT ĐOẠN TRỰC TRÀNG NỐI NGAY 351](#_Toc114773290)

[105. CẮT ĐOẠN TRỰC TRÀNG , ĐÓNG ĐẦU DƯỚI ĐƯA ĐẦU TRÊN RA NGOÀI KIỂU HARTMANN 355](#_Toc114773291)

[106. KHÂU LỖ THỦNG, VẾT THƯƠNG TRỰC TRÀNG 359](#_Toc114773292)

[107. PHẪU THUẬT CẮT TRĨ KINH ĐIỂN (PHƯƠNG PHÁP MILLIGAN - MORGAN HOẶC FERGUSON) 361](#_Toc114773293)

[108. PHẪU THUẬT LONGO 364](#_Toc114773294)

[109. PHẪU THUẬT CHÍCH, DẪN LƯU ÁP XE CẠNH HẬU MÔN ĐƠN GIẢN 367](#_Toc114773295)

[110. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ ÁP XE HẬU MÔN PHỨC TẠP 370](#_Toc114773296)

[111. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ RÒ HẬU MÔN ĐƠN GIẢN 373](#_Toc114773297)

[112. ĐIỀU TRỊ NỨT KẼ HẬU MÔN BẰNG CẮT CƠ TRÒN TRONG (VỊ TRÍ 3H VÀ 9H) 376](#_Toc114773298)

[113. PHẪU THUẬT CẮT DA THỪA CẠNH HẬU MÔN 379](#_Toc114773299)

[114. PHẪU THUẬT CẮT U NHÚ ỐNG HẬU MÔN (CONDYLOME) 382](#_Toc114773300)

[115. CẮT U LÀNH TÍNH ỐNG HẬU MÔN (U CƠ, POLYP, …) 385](#_Toc114773301)

[116. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ ĐỨT CƠ THẮT HẬU MÔN 389](#_Toc114773302)

[117. PHẪU THUẬT CẮT LỌC, XỬ LÝ VẾT THƯƠNG TẦNG SINH MÔN ĐƠN GIẢN 392](#_Toc114773303)

[118. PHẪU THUẬT CẮT LỌC, XỬ LÝ VẾT THƯƠNG TẦNG SINH MÔN PHỨC TẠP 394](#_Toc114773304)

[119. CÁC PHẪU THUẬT HẬU MÔN KHÁC 395](#_Toc114773305)

[120. CẦM MÁU NHU MÔ GAN 397](#_Toc114773306)

[121. CHÈN GẠC NHU MÔ GAN CẦM MÁU 401](#_Toc114773307)

[122. LẤY MÁU TỤ BAO GAN 405](#_Toc114773308)

[123. CẮT CHỎM NANG GAN 406](#_Toc114773309)

[124. DẪN LƯU ÁP XE GAN 409](#_Toc114773310)

[125. DẪN LƯU ÁP XE TỒN DƯ SAU MỔ GAN 411](#_Toc114773311)

[126. MỞ THÔNG TÚI MẬT 413](#_Toc114773312)

[127. CẮT TÚI MẬT 416](#_Toc114773313)

[128. MỞ ỐNG MẬT CHỦ LẤY SỎI ĐƯỜNG MẬT, DẪN LƯU ĐƯỜNG MẬT 419](#_Toc114773314)

[129. KHÂU VẾT THƯƠNG TỤY VÀ DẪN LƯU 422](#_Toc114773315)

[130. CẮT LÁCH DO CHẤN THƯƠNG 423](#_Toc114773316)

[131. CẮT LÁCH BỆNH LÝ 425](#_Toc114773317)

[132. KHÂU VẾT THƯƠNG LÁCH 428](#_Toc114773318)

[133. CÁC PHẪU THUẬT LÁCH KHÁC 431](#_Toc114773319)

[134. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ BẸN BẰNG PHƯƠNG PHÁP BASSINI 434](#_Toc114773320)

[135. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ BẸN BẰNG PHƯƠNG PHÁP LICHTENSTEIN 437](#_Toc114773321)

[136. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ BẸN TÁI PHÁT 440](#_Toc114773322)

[137. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ BẸN 2 BÊN 444](#_Toc114773323)

[138. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ ĐÙI 449](#_Toc114773324)

[139. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ VẾT MỔ THÀNH BỤNG 452](#_Toc114773325)

[140. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ THÀNH BỤNG KHÁC 455](#_Toc114773326)

[141. PHẪU THUẬT RÒ, NANG ỐNG RỐN TRÀNG, NIỆU RỐN 459](#_Toc114773327)

[142. PHẪU THUẬT KHÂU LỖ THỦNG CƠ HOÀNH DO VẾT THƯƠNG 461](#_Toc114773328)

[143. PHẪU THUẬT KHÂU VỠ CƠ HOÀNH 464](#_Toc114773329)

[144. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ CƠ HOÀNH 468](#_Toc114773330)

[145. CÁC PHẪU THUẬT CƠ HOÀNH KHÁC 471](#_Toc114773331)

[146. PHẪU THUẬT CẮT U THÀNH BỤNG 474](#_Toc114773332)

[147. PHẪU THUẬT KHÂU PHỤC HỒI THÀNH BỤNG DO TOÁC VẾT MỔ 477](#_Toc114773333)

[148. KHÂU VẾT THƯƠNG THÀNH BỤNG 480](#_Toc114773334)

[149. CÁC PHẪU THUẬT THÀNH BỤNG KHÁC 483](#_Toc114773335)

[150. MỞ BỤNG THĂM DÒ, LAU RỬA Ổ BỤNG, ĐẶT DẪN LƯU 485](#_Toc114773336)

[G. CHẤN THƯƠNG - CHỈNH HÌNH 490](#_Toc114773337)

[151. PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG ĐIỀU TRỊ GÃY XƯƠNG ĐÒN 490](#_Toc114773338)

[152. PHẪU THUẬT KHX TRẬT KHỚP CÙNG ĐÒN 493](#_Toc114773339)

[153. PHẪU THUẬT KHX KHỚP GIẢ XƯƠNG ĐÕN 496](#_Toc114773340)

[154. PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG TRẬT KHỚP ỨC ĐÒN 498](#_Toc114773341)

[155. PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG GÃY THÂN XƯƠNG CÁNH TAY 500](#_Toc114773342)

[156. PHẪU THUẬT KHX KHỚP GIẢ XƯƠNG CÁNH TAY 502](#_Toc114773343)

[157. PHẪU THUẬT KHX GÃY THÂN XƯƠNG CÁNH TAY PHỨC TẠP 504](#_Toc114773344)

[158. PHẪU THUẬT KHX GÃY TRÊN LỒI CẦU XƯƠNG CÁNH TAY 507](#_Toc114773345)

[159. PHẪU THUẬT KHX GÃY LIÊN LỒI CẦU XƯƠNG CÁNH TAY 510](#_Toc114773346)

[160. PHẪU THUẬT KHX GÃY RÒNG RỌC XƯƠNG CÁNH TAY 513](#_Toc114773347)

[161. PHẪU THUẬT KHX GÃY LỒI CẦU NGOÀI XƯƠNG CÁNH TAY 513](#_Toc114773348)

[162. PHẪU THUẬT KHX GÃY MỎM KHUỶU 514](#_Toc114773349)

[163. PHẪU THUẬT KHX GÃY MỎM KHUỶU PHỨC TẠP 517](#_Toc114773350)

[164. PHẪU THUẬT KHX GÃY MONTEGGIA 520](#_Toc114773351)

[165. PHẪU THUẬT KHX GÃY ĐÀI QUAY 520](#_Toc114773352)

[166. PHẪU THUẬT KHX GÃY ĐÀI QUAY PHỨC TẠP 523](#_Toc114773353)

[167. PHẪU THUẬT KHX GÃY THÂN 2 XƯƠNG cẳng TAY 527](#_Toc114773354)

[168. PHẪU THUẬT GÃY ĐẦU DƯỚI XƯƠNG QUAY VÀ TRẬT KHỚP QUAY TRỤ DƯỚI 530](#_Toc114773355)

[169. PHẪU THUẬT KHX GÃY ĐẦU DƯỚI XƯƠNG QUAY 533](#_Toc114773356)

[170. PHẪU THUẬT KHX GÃY THÂN ĐỐT BÀN VÀ NGÓN TAY 536](#_Toc114773357)

[171. PHẪU THUẬT TỔN THƯƠNG GÂN DUỖI CẲNG VÀ BÀN NGÓN TAY 539](#_Toc114773358)

[172. PHẪU THUẬT TỔN THƯƠNG GÂN GẤP CỦA CỔ TAY VÀ CẲNG TAY 541](#_Toc114773359)

[173. PHẪU THUẬT TỔN THƯƠNG GÂN GẤP BÀN - CỔ TAY 544](#_Toc114773360)

[174. PHẪU THUẬT KHX THÂN XƯƠNG ĐÙI 547](#_Toc114773361)

[175. PHẪU THUẬT KHX GÃY BÁNH CHÈ 550](#_Toc114773362)

[176. PHẪU THUẬT KHX GÃY BÁNH CHÈ PHỨC TẠP 553](#_Toc114773363)

[177. PHẪU THUẬT LẤY TOÀN BỘ XƯƠNG BÁNH CHÈ 556](#_Toc114773364)

[178. PHẪU THUẬT KHX GÃY MÂM CHÀY NGOÀI 559](#_Toc114773365)

[179. PHẪU THUẬT KHX GÃY MÂM CHÀY TRONG 562](#_Toc114773366)

[180. PHẪU THUẬT KHX GÃY MÂM CHÀY + THÂN XƯƠNG CHÀY 565](#_Toc114773367)

[181. PHẪU THUẬT KHX GÃY THÂN XƯƠNG CHÀY 568](#_Toc114773368)

[182. PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG GÃY THÂN HAI XƯƠNG CẲNG CHÂN 571](#_Toc114773369)

[183. PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG GÃY XƯƠNG MÁC ĐƠN THUẦN 574](#_Toc114773370)

[184. PHẪU THUẬT KHX GÃY ĐẦU DƯỚI XƯƠNG CHÀY ( PILON ) 576](#_Toc114773371)

[185. PHẪU THUẬT KHX GÃY 2 MẮT CÁ CỔ CHÂN 579](#_Toc114773372)

[186. PHẪU THUẬT KHX GÃY MẮT CÁ TRONG 579](#_Toc114773373)

[187. PHẪU THUẬT KHX GÃY MẮT CÁ NGOÀI 579](#_Toc114773374)

[188. PHẪU THUẬT KHX GÃY MẮT CÁ KÈM TRẬT KHỚP CỔ CHÂN 579](#_Toc114773375)

[189. PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG GẪY XƯƠNG GÓT 579](#_Toc114773376)

[190. PHẪU THUẬT KHX GÃY TRẬT ĐỐT BÀN NGÓN CHÂN 582](#_Toc114773377)

[191. PHẪU THUẬT KHX GÃY HỞ ĐỘ I HAI XƯƠNG CẲNG 584](#_Toc114773378)

[192. PHẪU THUẬT KHX GÃY HỞ ĐỘ II HAI XƯƠNG CẲNG CHÂN 586](#_Toc114773379)

[193. PHẪU THUẬT KHX GÃY HỞ ĐỘ III HAI XƯƠNG CẲNG CHÂN 589](#_Toc114773380)

[194. PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG GÃY HỞ ĐỘ I THÂN HAI XƯƠNG CẲNG TAY 592](#_Toc114773381)

[195. PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG GÃY HỞ ĐỘ II THÂN HAI XƯƠNG CẲNG TAY 594](#_Toc114773382)

[196. PHẪU THUẬT GÃY HỞ ĐỘ III HAI XƯƠNG CẲNG TAY 596](#_Toc114773383)

[197. PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG GÃY HỞ ĐỘ I THÂN XƯƠNG CÁNH TAY 598](#_Toc114773384)

[198. PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG GÃY HỞ ĐỘ II THÂN XƯƠNG CÁNH TAY 601](#_Toc114773385)

[199. PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG GÃY HỞ ĐỘ III THÂN XƯƠNG CÁNH TAY 603](#_Toc114773386)

[200. CỐ ĐỊNH NGOẠI VI TRONG ĐIỀU TRỊ GÃY HỞ CHI TRÊN 605](#_Toc114773387)

[201. CỐ ĐỊNH NGOẠI VI TRONG ĐIỀU TRỊ GÃY HỞ CHI DƯỚI 609](#_Toc114773388)

[202. PHẪU THUẬT THƯƠNG TÍCH PHẦN MỀM CÁC CƠ QUAN VẬN ĐỘNG 613](#_Toc114773389)

[203. PHẪU THUẬT DẬP NÁT PHẦN MỀM CÁC CƠ QUAN VẬN ĐỘNG 615](#_Toc114773390)

[204. PHẪU THUẬT VẾT THƯƠNG BÀN TAY 617](#_Toc114773391)

[205. PHẪU THUẬT VẾT THƯƠNG BÀN TAY TỔN THƯƠNG GÂN DUỖI 619](#_Toc114773392)

[206. PHẪU THUẬT VẾT THƯƠNG BÀN TAY TỔN THƯƠNG GÂN GẤP 621](#_Toc114773393)

[207. PHẪU THUẬT KHX GÃY XƯƠNG ĐỐT BÀN NGÓN TAY 624](#_Toc114773394)

[208. PHẪU THUẬT KHX GÃY NỘI KHỚP XƯƠNG KHỚP NGÓN TAY 626](#_Toc114773395)

[209. PHẪU THUẬT KHX GÃY LỒI CẦU XƯƠNG KHỚP NGÓN TAY 629](#_Toc114773396)

[210. PHẪU THUẬT GÃY XƯƠNG ĐỐT BÀN NGÓN TAY 631](#_Toc114773397)

[211. PHẪU THUẬT KHX GÃY ĐẦU DƯỚI XƯƠNG QUAY 634](#_Toc114773398)

[212. PHẪU THUẬT KHX GÃY NỘI KHỚP ĐẦU DƯỚI XƯƠNG QUAY 637](#_Toc114773399)

[213. PHẪU THUẬT VÀ ĐIỀU TRỊ TRẬT KHỚP QUAY TRỤ DƯỚI 639](#_Toc114773400)

[214. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG ỐNG CỔ TAY 641](#_Toc114773401)

[215. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG CHÈN ÉP THẦN KINH TRỤ 643](#_Toc114773402)

[216. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG CHÈN ÉP THẦN KINH QUAY 645](#_Toc114773403)

[217. KHÂU TỔN THƯƠNG GÂN GẤP BÀN TAY VÙNG I, II, III, IV 648](#_Toc114773404)

[218. KHÂU TỔN THƯƠNG GÂN GẤP BÀN TAY VÙNG II 651](#_Toc114773405)

[222. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH ĐIỀU TRỊ TẬT DÍNH NGÓN TAY 660](#_Toc114773406)

[223. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH ĐIỀU TRỊ DỊ TẬT THỪA NGÓN TAY 663](#_Toc114773407)

[224. THƯƠNG TÍCH BÀN TAY GIẢN ĐƠN 665](#_Toc114773408)

[225. THƯƠNG TÍCH BÀN TAY PHỨC TẠP 671](#_Toc114773409)

[226. PHẪU THUẬT LÀM MỎM CỤT NGÓN VÀ ĐỐT BÀN NGÓN 671](#_Toc114773410)

[227. PHẪU THUẬT CẮT CỤT CÁNH TAY,CẲNG TAY 674](#_Toc114773411)

[228. PHẪU THUẬT THÁO KHỚP CỔ TAY 677](#_Toc114773412)

[229. PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG GÃY CỔ CHÂN 679](#_Toc114773413)

[230. PHẪU THUẬT KHX GÃY XƯƠNG ĐỐT BÀN VÀ ĐỐT NGÓN CHÂN 682](#_Toc114773414)

[231. PHẪU THUẬT TẠO MỎM CỤT CHẤN THƯƠNG CỔ VÀ BÀN CHÂN 684](#_Toc114773415)

[232. PHẪU THUẬT TỔN THƯƠNG GÂN DUỖI DÀI NGÓN MỘT 687](#_Toc114773416)

[233. PHẪU THUẬT TỔN THƯƠNG GÂN ACHILLE 690](#_Toc114773417)

[234. PHẪU THUẬT TỔN THƯƠNG GÂN GẤP DÀI NGÓN I 693](#_Toc114773418)

[235. ĐỨT GÂN ACHILLES ĐẾN MUỘN 696](#_Toc114773419)

[236. PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG GÃY 2 XƯƠNG CẲNG TAY 699](#_Toc114773420)

[237. PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG GÃY THÂN XƯƠNG ĐÙI 701](#_Toc114773421)

[238. PHẪU THUẬT KHX THÂN XƯƠNG CẲNG CHÂN 704](#_Toc114773422)

[239. RÚT ĐINH/THÁO PHƯƠNG TIỆN KẾT HỢP XƯƠNG 707](#_Toc114773423)

[240. PHẪU THUẬT CẮT CỤT CHI 710](#_Toc114773424)

[241. PHẪU THUẬT THÁO KHỚP CHI 710](#_Toc114773425)

[242. PHẪU THUẬT XƠ CỨNG ĐƠN GIẢN 710](#_Toc114773426)

[243. PHẪU THUẬT LẤY XƯƠNG CHẾT NẠO VIÊM 713](#_Toc114773427)

[244. PHẪU THUẬT SỬA MỎM CỤT 716](#_Toc114773428)

[245. PHẪU THUẬT SỬA MỎM CỤT NGÓN TAY/NGÓN CHÂN (1 NGÓN) 718](#_Toc114773429)

[246. PHẪU THUẬT VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM ĐƠN GIẢN/RÁCH DA ĐẦU 718](#_Toc114773430)

[247. PHẪU THUẬT VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM PHỨC TẠP 720](#_Toc114773431)

[248. PHẪU THUẬT CHUYỂN DA CƠ CHE PHỦ 723](#_Toc114773432)

[249. PHẪU THUẬT VÁ DA DIỆN TÍCH < 5 CM2 726](#_Toc114773433)

[250. PHẪU THUẬT VÁ DA DIỆN TÍCH 5 - 10 CM2 729](#_Toc114773434)

[251. PHẪU THUẬT GIẢI ÉP THẦN KINH (ỐNG CỔ TAY, KHUỶU…) 732](#_Toc114773435)

[252. PHẪU THUẬT LÁY BỎ U XƯƠNG 734](#_Toc114773436)

[253. PHẪU THUẬT LẤY BỎ U PHẦN MỀM 737](#_Toc114773437)

[254. PHẪU THUẬT U MÁU 739](#_Toc114773438)

[255. PHẪU THUẬT VÁ DA DÀY > 1CM2 742](#_Toc114773439)

[256. PHẪU THUẬT VÁ DA MỎNG 742](#_Toc114773440)

[257. PHẪU THUẬT VIÊM XƯƠNG 746](#_Toc114773441)

[258. PHẪU THUẬT NẠO VIÊM + LẤY XƯƠNG CHẾT 746](#_Toc114773442)

[259. PHẪU THUẬT VẾT THƯƠNG KHỚP 749](#_Toc114773443)

[260. PHẪU THUẬT RÚT NẸP VÍT, DỤNG CỤ KẾT HỢP XƯƠNG 752](#_Toc114773444)

[261. NẮN CHỈNH HÌNH KIỂU GIAI ĐOẠN TRONG ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG VOLKMANN 754](#_Toc114773445)

[262. NẮN, BÓ BỘT GÃY CỔ XƯƠNG ĐÙI, VỠ Ổ CỐI VÀ TRẬT KHỚP HÁNG 757](#_Toc114773446)

[263. NẮN, BÓ BỘT GÃY 1/3 TRÊN XƯƠNG ĐÙI 762](#_Toc114773447)

[264. NẮN, BÓ BỘT GÃY 1/3 DƯỚI XƯƠNG ĐÙI 767](#_Toc114773448)

[265. NẮN, BÓ BỘT TRẬT KHỚP HÁNG BẨM SINH 772](#_Toc114773449)

[266. NẮN, BÓ BỘT TRẬT KHỚP VAI 774](#_Toc114773450)

[267. NẮN, BÓ BỘT GÃY XƯƠNG ĐÒN 779](#_Toc114773451)

[268. NẮN, BÓ BỘT GÃY 1/3 TRÊN THÂN XƯƠNG CÁNH TAY 782](#_Toc114773452)

[269. NẮN, BO BỘT GÃY 1/3 GIỮA THAN XƯƠNG CÁNH TAY 786](#_Toc114773453)

[270. NẮN, BO BỘT GÃY 1/3 DƯỚI THAN XƯƠNG CÁNH TAY 791](#_Toc114773454)

[271. NẮN, BÓ BỘT TRẬT KHỚP KHUỶU 796](#_Toc114773455)

[272. NẮN, BÓ BỘT BONG SỤN TIẾP KHỚP KHUỶU, KHỚP CỔ TAY 799](#_Toc114773456)

[273. NẮN, BÓ BỘT GÃY CỔ XƯƠNG CÁNH TAY 804](#_Toc114773457)

[274. NẮN, BÓ BỘT GÃY TRÊN LỒI CẦU XƯƠNG CÁNH TAY TRẺ EM ĐỘ III VÀ ĐỘ IV 804](#_Toc114773458)

[275. NẮN, BÓ BỘT GÃY 1/3 TRÊN HAI XƯƠNG CÁNH TAY 809](#_Toc114773459)

[276. NẮN, BÓ BỘT GÃY 1/3 GIỮA HAI XƯƠNG CÁNH TAY 813](#_Toc114773460)

[277. NẮN, BÓ BỘT GÃY 1/3 DƯỚI HAI XƯƠNG CÁNH TAY 818](#_Toc114773461)

[278. NẮN, BÓ BỘT GÃY MỘT XƯƠNG CẲNG TAY 823](#_Toc114773462)

[279. NẮN, BÓ BỘT GÃY POUTEAU – COLLES 828](#_Toc114773463)

[280. NẮN, BÓ BỘT GÃY XƯƠNG BÀN, NGÓN TAY 831](#_Toc114773464)

[281. NẮN, BÓ BỘT TRẬT KHỚP HÁNG 835](#_Toc114773465)

[282. NẮN, BÓ BỘT TRONG BONG SỤN TIẾP KHỚP GỐI, KHỚP HÁNG 840](#_Toc114773466)

[283. NẮN, BÓ BỘT GÃY MÂM CHÀY 845](#_Toc114773467)

[284. NẮN, BÓ BỘT GÃY XƯƠNG CHẬU 848](#_Toc114773468)

[285. NẮN, BÓ BỘT GÃY CỔ XƯƠNG ĐÙI 849](#_Toc114773469)

[286. NẮN, CỐ ĐỊNH TRẬT KHỚP HÁNG KHÔNG CHỈ ĐỊNH PHẪU THUẬT 854](#_Toc114773470)

[287. NẮN, BÓ BỘT GÃY LỒI CẦU XƯƠNG ĐÙI 859](#_Toc114773471)

[288. BÓ BỘT ỐNG TRONG GÃY XƯƠNG BÁNH CHÈ 864](#_Toc114773472)

[289. NẮN, BÓ BỘT TRẬT KHỚP GỐI 868](#_Toc114773473)

[290. NẮN, BÓ BỘT GÃY 1/3 TRÊN HAI XƯƠNG CẲNG CHÂN 872](#_Toc114773474)

[291. NẮN, BÓ BỘT GÃY 1/3 GIỮA HAI XƯƠNG CẲNG CHÂN 877](#_Toc114773475)

[292. NẮN, BÓ BỘT GÃY 1/3 DƯỚI HAI XƯƠNG CẲNG CHÂN 882](#_Toc114773476)

[293. NẮN, BÓ BỘT GÃY XƯƠNG CHÀY 887](#_Toc114773477)

[294. NẮN, BÓ BỘT GÃY XƯƠNG GÓT 892](#_Toc114773478)

[295. NẮN, BÓ BỘT GÃY XƯƠNG NGÓN CHÂN 897](#_Toc114773479)

[296. NẮN, BÓ BỘT TRẬN KHỚP CÙNG ĐÒN 902](#_Toc114773480)

[297. NẮN, BÓ BỘT GÃY DUPUPTREN 904](#_Toc114773481)

[298. NẮN, BÓ BỘT GÃY MONTEGGIA 906](#_Toc114773482)

[299. NẮN, BÓ BỘT GÃY XƯƠNG BÀN CHÂN 908](#_Toc114773483)

[300. NẮN, BÓ BỘT TRẬT KHỚP XƯƠNG ĐÒN 913](#_Toc114773484)

[301. NẮN, CỐ ĐỊNH TRẬT KHỚP HÀM 915](#_Toc114773485)

[302. NẮN, BÓ BỘT TRẬT KHỚP CỔ CHÂN 915](#_Toc114773486)

[303. NẸP BỘT CÁC LOẠI, KHÔNG NẮN 917](#_Toc114773487)

[H. BỎNG 923](#_Toc114773488)

[304. THAY BĂNG ĐIỀU TRỊ VẾT BỎNG 40 - 60% DIỆN TÍCH CƠ THỂ Ở NGƯỜI LỚN 923](#_Toc114773489)

[305. THAY BĂNG ĐIỀU TRỊ VẾT BỎNG 20 – 39% DIỆN TÍCH CƠ THỂ Ở NGƯỜI LỚN 930](#_Toc114773490)

[306. THAY BĂNG ĐIỀU TRỊ VẾT BỎNG 10 - 19% DIỆN TÍCH CƠ THỂ Ở NGƯỜI LỚN 937](#_Toc114773491)

[307. THAY BĂNG ĐIỀU TRỊ VẾT BỎNG DƯỚI 10% DIỆN TÍCH CƠ THỂ Ở NGƯỜI LỚN 944](#_Toc114773492)

[308. THAY BĂNG ĐIỀU TRỊ VẾT BỎNG TỪ 40% - 60% DIỆN TÍCH CƠ THỂ Ở TRẺ EM 951](#_Toc114773493)

[309. THAY BĂNG ĐIỀU TRỊ VẾT BỎNG TỪ 20% - 39% DIỆN TÍCH CƠ THỂ Ở TRẺ EM 959](#_Toc114773494)

[310. THAY BĂNG ĐIỀU TRỊ VẾT BỎNG TỪ 10% - 19% DIỆN TÍCH CƠ THỂ Ở TRẺ EM 966](#_Toc114773495)

[311. THAY BĂNG ĐIỀU TRỊ VẾT BỎNG DƯỚI 10% DIỆN TÍCH CƠ THỂ Ở TRẺ EM 973](#_Toc114773496)

[312. THAY BĂNG SAU PHẪU THUẬT GHÉP DA ĐIỀU TRỊ BỎNG SÂU 980](#_Toc114773497)

[313. THAY BĂNG VÀ CHĂM SÓC VÙNG LẤY DA 986](#_Toc114773498)

[314. SỬ DỤNG THUỐC TẠO MÀNG ĐIỀU TRỊ VẾT THƯƠNG BỎNG NÔNG 991](#_Toc114773499)

[315. GÂY MÊ THAY BĂNG BỎNG 996](#_Toc114773500)

[316. RẠCH HOẠI TỬ BỎNG GIẢI THOÁT CHÈN ÉP 1000](#_Toc114773501)

[317. KHÂU CẦM MÁU, THẮT MẠCH MÁU ĐỂ CẤP CỨU CHẢY MÁU TRONG BỎNG SÂU 1004](#_Toc114773502)

[318. CẮT BỎ HOẠI TỬ TIẾP TUYẾN BỎNG SÂU TRÊN 10% DIỆN TÍCH CƠ THỂ Ở NGƯỜI LỚN 1007](#_Toc114773503)

[319. CẮT BỎ HOẠI TỬ TIẾP TUYẾN BỎNG SÂU TỪ 5% - 10% DIỆN TÍCH CƠ THỂ Ở NGƯỜI LỚN 1011](#_Toc114773504)

[320. CẮT BỎ HOẠI TỬ TIẾP TUYẾN BỎNG SÂU DƯỚI 5% DIỆN TÍCH CƠ THỂ Ở NGƯỜI LỚN 1015](#_Toc114773505)

[321. CẮT BỎ HOẠI TỬ TIẾP TUYẾN BỎNG SÂU TRÊN 5% DIỆN TÍCH CƠ THỂ Ở TRẺ EM 1019](#_Toc114773506)

[322. CẮT BỎ HOẠI TỬ TIẾP TUYẾN BỎNG SÂU TỪ 3% - 5% DIỆN TÍCH CƠ THỂ Ở TRẺ EM 1023](#_Toc114773507)

[323. CẮT BỎ HOẠI TỬ TIẾP TUYẾN BỎNG SÂU DƯỚI 3% DIỆN TÍCH CƠ THỂ Ở TRẺ EM 1027](#_Toc114773508)

[324. CẮT BỎ HOẠI TỬ TOÀN LỚP BỎNG SÂU TRÊN 5% DIỆN TÍCH CƠ THỂ Ở NGƯỜI LỚN 1031](#_Toc114773509)

[325. CẮT BỎ HOẠI TỬ TOÀN LỚP BỎNG SÂU TỪ 3% - 5% DIỆN TÍCH CƠ THỂ Ở NGƯỜI LỚN 1035](#_Toc114773510)

[326. CẮT BỎ HOẠI TỬ TOÀN LỚP BỎNG SÂU DƯỚI 3% DIỆN TÍCH CƠ THỂ Ở NGƯỜI LỚN 1039](#_Toc114773511)

[327. CẮT BỎ HOẠI TỬ TOÀN LỚP BỎNG SÂU TRÊN 3% DIỆN TÍCH CƠ THỂ Ở TRẺ EM 1043](#_Toc114773512)

[328. CẮT BỎ HOẠI TỬ TOÀN LỚP BỎNG SÂU TỪ 1% - 3% DIỆN TÍCH CƠ THỂ Ở TRẺ EM 1047](#_Toc114773513)

[329. CẮT BỎ HOẠI TỬ TOÀN LỚP BỎNG SÂU DƯỚI 1% DIỆN TÍCH CƠ THỂ Ở TRẺ EM 1051](#_Toc114773514)

[330. GHÉP DA TỰ THÂN MẢNH LỚN TỪ 5% - 10% DIỆN TÍCH CƠ THỂ Ở NGƯỜI LỚN 1055](#_Toc114773515)

[331. GHÉP DA TỰ THÂN MẢNH LỚN DƯỚI 5% DIỆN TÍCH CƠ THỂ Ở NGƯỜI LỚN 1060](#_Toc114773516)

[332. GHÉP DA TỰ THÂN MẢNH LỚN DƯỚI 3% DIỆN TÍCH CƠ THỂ Ở TRẺ EM 1065](#_Toc114773517)

[333. GHÉP DA ĐỒNG LOẠI DƯỚI 10% DIỆN TÍCH CƠ THỂ 1070](#_Toc114773518)

[334. GHÉP DA DỊ LOẠI ĐIỀU TRỊ VẾT THƯƠNG BỎNG 1075](#_Toc114773519)

[335. CẮT HOẠI TỬ TOÀN LỚP - KHÂU KÍN ≥ 3% DIỆN TÍCH CƠ THỂ Ở NGƯỜI LỚN 1080](#_Toc114773520)

[336. CẮT HOẠI TỬ TOÀN LỚP - KHÂU KÍN DƯỚI 3% DIỆN TÍCH CƠ THỂ Ở NGƯỜI LỚN 1083](#_Toc114773521)

[337. CẮT HOẠI TỬ TOÀN LỚP - KHÂU KÍN ≥ 1% DIỆN TÍCH CƠ THỂ Ở TRẺ EM 1086](#_Toc114773522)

[338. CẮT HOẠI TỬ TOÀN LỚP - KHÂU KÍN DƯỚI 1% DIỆN TÍCH CƠ THỂ Ở TRẺ EM 1089](#_Toc114773523)

[339. PHẪU THUẬT CHUYỂN VẠT DA TẠI CHỖ ĐIỀU TRỊ BỎNG SÂU 1092](#_Toc114773524)

[340. PHẪU THUẬT CHUYỂN VẠT DA KIỂU Ý ĐIỀU TRỊ BỎNG SÂU 1096](#_Toc114773525)

[341. CẮT CỤT CHI THỂ BỎNG KHÔNG CÕN KHẢ NĂNG BẢO TỒN ĐIỀU TRỊ BỎNG SÂU 1100](#_Toc114773526)

[342. KHÁM NGƯỜI BỆNH BỎNG, CHẨN ĐOÁN DIỆN TÍCH VÀ ĐỘ SÂU BỎNG BẰNG LÂM SÀNG 1104](#_Toc114773527)

[343. SƠ CỨU, CẤP CỨU TỔN THƯƠNG BỎNG NHIỆT 1111](#_Toc114773528)

[344. XỬ TRÍ TẠI CHỖ KỲ ĐẦU TỔN THƯƠNG BỎNG 1115](#_Toc114773529)

[345. SƠ CẤP CỨU BỎNG DO VÔI TÔI NÓNG 1120](#_Toc114773530)

[346. SƠ CẤP CỨU BỎNG ACID 1124](#_Toc114773531)

[347. SƠ CẤP CỨU BỎNG DO DÒNG ĐIỆN 1129](#_Toc114773532)

[348. CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ SỐC BỎNG 1134](#_Toc114773533)

[349. CHẨN ĐOÁN VÀ CẤP CỨU BỎNG ĐƯỜNG HÔ HẤP 1140](#_Toc114773534)

[350. CHẨN ĐOÁN VÀ CẤP CỨU BỎNG ĐƯỜNG TIÊU HÓA 1145](#_Toc114773535)

[351. MỞ KHÍ QUẢN CẤP CỨU QUA TỔN THƯƠNG BỎNG 1148](#_Toc114773536)

[352. ĐẶT CATHETER TĨNH MẠCH TRUNG TÂM BÙ DỊCH 1151](#_Toc114773537)

[353. ĐẶT DÂY TRUYỀN DỊCH NGOẠI VI ĐIỀU TRỊ NGƯỜI BỆNH BỎNG 1155](#_Toc114773538)

[354. BỘC LỘ TĨNH MẠCH NGOẠI VI ĐỂ TRUYỀN DỊCH ĐIỀU TRỊ NGƯỜI BỆNH BỎNG 1158](#_Toc114773539)

[355. THEO DÕI CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH BỎNG NẶNG 1162](#_Toc114773540)

[356. TẮM ĐIỀU TRỊ NGƯỜI BỆNH BỎNG 1167](#_Toc114773541)

[357. KHÁM DI CHỨNG BỎNG 1171](#_Toc114773542)

[358. CẮT SẸO KHÂU KÍN 1174](#_Toc114773543)

[359. THAY BĂNG ĐIỀU TRỊ VẾT THƯƠNG MẠN TÍNH 1177](#_Toc114773544)

[360. KHÁM NGƯỜI BỆNH PHỤC HỒI CHỨC NĂNG SAU BỎNG 1181](#_Toc114773545)

[361. TẬP VẬN ĐỘNG PHỤC HỒI CHỨC NĂNG SAU BỎNG 1185](#_Toc114773546)

[362. SỬ DỤNG GEL SILICOL ĐIỀU TRỊ SẸO BỎNG 1188](#_Toc114773547)

[363. TẬP VẬN ĐỘNG CHO NGƯỜI BỆNH ĐANG ĐIỀU TRỊ BỎNG ĐỂ DỰ PHÕNG CỨNG KHỚP VÀ CO KÉO CHI THỂ 1191](#_Toc114773548)

[364. ĐẶT VỊ THẾ CHO NGƯỜI BỆNH BỎNG 1195](#_Toc114773549)

[L. UNG BƯỚU 1197](#_Toc114773550)

[365. CẮT CÁC LOẠI U VÙNG DA ĐẦU, CỔ CÓ ĐƯỜNG KÍNH DƯỚI 5CM 1197](#_Toc114773551)

[366. CẮT CÁC LOẠI U VÙNG DA ĐẦU, CỔ CÓ ĐƯỜNG KÍNH 5 ĐẾN 10 CM 1200](#_Toc114773552)

[367. CẮT CÁC LOẠI U VÙNG DA ĐẦU, CỔ CÓ ĐƯỜNG KÍNH TRÊN 10 CM 1202](#_Toc114773553)

[368. CẮT CÁC LOẠI U VÙNG MẶT CÓ ĐƯỜNG KÍNH DƯỚI 5 CM 1204](#_Toc114773554)

[369. CẮT CÁC LOẠI U VÙNG MẶT CÓ ĐƯỜNG KÍNH 5 ĐẾN 10 CM 1206](#_Toc114773555)

[370. CẮT CÁC U LÀNH VÙNG CỔ 1209](#_Toc114773556)

[371. CẮT CÁC U LÀNH TUYẾN GIÁP 1211](#_Toc114773557)

[372. CẮT U XƠ VÙNG HÀM MẶT ĐƯỜNG KÍNH DƯỚI 3 CM 1215](#_Toc114773558)

[373. CẮT NANG RĂNG ĐƯỜNG KÍNH DƯỚI 2 CM 1217](#_Toc114773559)

[374. CẮT U TUYẾN NƯỚC BỌT MANG TAI 1217](#_Toc114773560)

[375. CẮT U MỠ, U BÃ ĐẬU VÙNG HÀM MẶT ĐƯỜNG KÍNH TRÊN 5 CM 1218](#_Toc114773561)

[376. CẮT U MỠ, U BÃ ĐẬU VÙNG HÀM MẶT ĐƯỜNG KÍNH DƯỚI 5 CM 1220](#_Toc114773562)

[377. CẮT POLYP ỐNG TAI 1222](#_Toc114773563)

[378. CẮT POLYP MŨI 1225](#_Toc114773564)

[379. CẮT U XƯƠNG SƯỜN 1 XƯƠNG 1228](#_Toc114773565)

[380. MỞ THÔNG DẠ DÀY RA DA DO UNG THƯ 1230](#_Toc114773566)

[381. LÀM HẬU MÔN NHÂN TẠO 1232](#_Toc114773567)

[382. CẮT U MẠC TREO KHÔNG CẮT RUỘT 1237](#_Toc114773568)

[383. CẮT U SÙI ĐẦU MIỆNG SÁO 1239](#_Toc114773569)

[384. CẮT U NANG THỪNG TINH 1242](#_Toc114773570)

[385. CẮT NANG THỪNG TINH MỘT BÊN 1242](#_Toc114773571)

[386. CẮT NANG THỪNG TINH HAI BÊN 1242](#_Toc114773572)

[387. CẮT U LÀNH DƯƠNG VẬT 1242](#_Toc114773573)

[388. CẮT U VÚ LÀNH TÍNH 1245](#_Toc114773574)

[389. MỔ BÓC NHÂN XƠ VÚ 1247](#_Toc114773575)

[390. CẮT POLYP CỔ TỬ CUNG 1250](#_Toc114773576)

[391. THỦ THUẬT XOẮN POLIP CỔ TỬ CUNG, ÂM ĐẠO 1252](#_Toc114773577)

[392. CẮT U NANG BUỒNG TRỨNG XOẮN 1254](#_Toc114773578)

[393. CẮT U NANG BUỒNG TRỨNG 1257](#_Toc114773579)

[394. CẮT U NANG BUỒNG TRỨNG KÈM TRIỆT SẢN 1261](#_Toc114773580)

[395. CẮT U NANG BUỒNG TRỨNG VÀ PHẦN PHỤ 1265](#_Toc114773581)

[396. PHẪU THUẬT MỞ BỤNG CẮT U BUỒNG TRỨNG HOẶC CẮT PHẦN PHỤ 1269](#_Toc114773582)

[397. PHẪU THUẬT MỞ BỤNG/NỘI SOI BÓC U LÀNH TỬ CUNG 1273](#_Toc114773583)

[398. CẮT U XƠ CỔ TỬ CUNG 1276](#_Toc114773584)

[399. NẠO BUỒNG TỬ CUNG CHẨN ĐOÁN 1279](#_Toc114773585)

[400. CẮT TOÀN BỘ TỬ CUNG, ĐƯỜNG BỤNG 1283](#_Toc114773586)

[401. CẮT BỎ ÂM HỘ ĐƠN THUẦN 1287](#_Toc114773587)

[402. CẮT U THÀNH ÂM ĐẠO 1287](#_Toc114773588)

[403. BÓC NANG TUYẾN BARTHOLIN 1292](#_Toc114773589)

[404. CẮT U MÁU KHU TRÚ, ĐƯỜNG KÍNH DƯỚI 5 CM 1295](#_Toc114773590)

[405. CẮT UNG THƯ PHẦN MỀM CHI TRÊN HOẶC CHI DƯỚI ĐƯỜNG KÍNH DƯỚI 5 CM 1298](#_Toc114773591)

[406. CẮT U LÀNH PHẦN MỀM ĐƯỜNG KÍNH TRÊN 10 CM 1301](#_Toc114773592)

[407. CẮT U LÀNH PHẦN MỀM ĐƯỜNG KÍNH DƯỚI 10 CM 1303](#_Toc114773593)

[408. CẮT U BAO GÂN 1305](#_Toc114773594)

[409. CẮT U NANG BAO HOẠT DỊCH (CỔ TAY, KHOEO CHÂN, CỔ CHÂN) 1308](#_Toc114773595)

[410. PHẪU THUẬT PHÌ ĐẠI TUYẾN VÚ NAM 1310](#_Toc114773596)

[411. CẮT U XƯƠNG SỤN LÀNH TÍNH 1313](#_Toc114773597)

[TẠO HÌNH THẨM MỸ 1315](#_Toc114773598)

[412. CẮT LỌC - KHÂU VẾT THƯƠNG DA ĐẦU MANG TÓC 1315](#_Toc114773599)

[413. CẮT LỌC - KHÂU VẾT THƯƠNG VÙNG TRÁN 1318](#_Toc114773600)

[415. XỬ LÝ VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM NÔNG VÙNG MI MẮT 1321](#_Toc114773601)

[416. KHÂU DA MI 1324](#_Toc114773602)

[417. KHÂU PHỤC HỒI BỜ MI 1328](#_Toc114773603)

[418. KHÂU CẮT LỌC VẾT THƯƠNG MI 1331](#_Toc114773604)

[419. KHÂU VÀ CẮT LỌC VẾT THƯƠNG VÙNG MŨI 1333](#_Toc114773605)

[420. CẮT U PHẦN MỀM VÙNG CỔ 1335](#_Toc114773606)

[421. CẮT U DA LÀNH TÍNH VÙNG HÀM MẶT 1339](#_Toc114773607)

[422. PHẪU THUẬT VẾT THƯƠNG KHỚP BÀN NGÓN 1343](#_Toc114773608)

[423. PHẪU THUẬT GÃY ĐỐT BÀN NGÓN TAY KẾT HỢP XƯƠNG VỚI KIRSCHNER HOẶC NẸP VÍT 1345](#_Toc114773609)

[424. CẮT ĐÁY Ổ LOÉT VẾT THƯƠNG MÃN TÍNH 1348](#_Toc114773610)

[425. NỐI GÂN GẤP 1349](#_Toc114773611)

[426. NỐI GÂN DUỖI 1352](#_Toc114773612)

[427. RÚT NẸP VÍT VÀ CÁC DỤNG CỤ KHÁC SAU PHẪU THUẬT 1355](#_Toc114773613)

[428. PHẪU THUẬT TÁCH DÍNH 2 NGÓN TAY 1357](#_Toc114773614)

[429. PHẪU THUẬT CẮT NGÓN TAY THỪA 1360](#_Toc114773615)

[430. PHẪU THUẬT CẮT BỎ NGÓN TAY CÁI THỪA 1362](#_Toc114773616)

[431. CẮT CÁC KHỐI U DA LÀNH TÍNH DƯỚI 5CM 1364](#_Toc114773617)

[432. CẮT KHỐI U DA LÀNH TÍNH TRÊN 5CM 1366](#_Toc114773618)

[433. PHẪU THUẬT CẮT NGÓN CHÂN THỪA 1368](#_Toc114773619)

1. **THẦN KINH – SỌ NÃO**
2. **PHẪU THUẬT XỬ LÝ VẾT THƯƠNG DA ĐẦU PHỨC TẠP**
3. ĐẠI CƯƠNG

Vết thương vùng da đầu phức tạp được xác định là các tổn thương da đầu kèm theo mạch máu lớn, tổn thương lóc vạt da…do các nguyên nhân tai nạn khác nhau.

1. CHỈ ĐỊNH

Vết thương da đầu có thể đóng trực tiếp

1. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng

Da đầu khuyết rộng, đứt rời

1. **CHUẨN BỊ**
2. Cán bộ thực hiện

Phẫu thuật viên Thần kinh

1. Phương tiện

Bộ dụng cụ phẫu thuật thông thường

1. Người bệnh

Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật, ký hồ sơ bệnh án.

1. **Hồ sơ bệnh án**: Đầy đủ theo quy định của bệnh viện
2. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH
3. Kiểm tra hồ sơ.
4. Kiểm tra người bệnh.
5. **Tư thế:** Tùy theo vị trí khuyết da người bệnh nằm ngửa, nghiêng hoặc sấp
6. **Vô cảm:** Gây mê toàn thân
7. Kỹ thuật:

* Đánh giá vết thương, các tổn thương phối hợp
* Cắt lọc vết thương, lấy bỏ dị vật, bơm rửa
* Khâu đóng vết thương theo từng lớp
* Đặt dẫn lưu nếu cần
* Điều trị kháng sinh

1. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG

* Tai biến của gây tê, gây mê: dị ứng, sốc phản vệ. Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
* Chảy máu: Chảy qua vết thương hoặc qua dẫn lưu, tụ máu dưới da. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần.
* Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
* Sẹo xấu, sẹo lồi: Xử trí tuỳ theo bệnh lý.
* Hoại tử mép da một phần hoặc toàn bộ. Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bộ Y Tế (2017). Hướng dẫn quy trình phẫu thuật ngoại khoa chuyên khoa phẫu thuật thần kinh. Số 5590 / QĐ-BYT.
2. **PHẪU THUẬT VỠ LÚN XƯƠNG SỌ HỞ**
3. **ĐẠI CƯƠNG**

Lún sọ được xác định khi bản ngoài xương sọ bị vỡ nằm dưới bản trong xương sọ bình thường ở xung quanh, là tổn thương hay gặp của chấn thương sọ não và cần xử trí cấp cứu ngoại khoa.

1. **CHỈ ĐỊNH**

Tất cả các trường hợp lún sọ hở.

1. **CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Tương đối:

Vết thương sach, ít gây nguy cơ nhiễm trùng, xa nơi lún sọ.

Không có bằng chứng rách màng cứng.

Bệnh lý nặng toàn thân phối hợp.

1. **CHUẨN BỊ**
2. **Cán bộ thực hiện:**

Phẫu thuật viên thần kinh

1. **Phương tiện**

Bộ dụng cụ phẫu thuật thần kinh

1. **Người bệnh:**

Nhịn ăn, vệ sinh vùng mổ, thay quần áo. Ký cam kết phẫu thuật.

1. **Bệnh án:** Đầy đủ theo quy định.
2. **Dự kiến thời gian phẫu thuật:**90 phút
3. **CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**
4. **Kiểm tra hồ sơ**
5. **Kiểm tra người bệnh**
6. **Tư thế:**

Tùy theo thương tổn lựa chọn tư thế thích hợp

1. **Vô cảm:**gây mê nội khí quản
2. **Kỹ thuật**

**Bước 1**: Người bệnh được gây mê nội khí quản.

**Bước 2**: Xác định đường rạch da : theo vết thương hay hình chữ U bao quanh diện lún xương.

**Bước 3**: Xử lý tổn thương.

Bóc tách tổ chức dưới da, bộc lộ vùng xương vỡ lún, chú ý bản trong bao giờ cũng lún rộng hơn bản ngoài, Nâng xương vỡ lún, cố gắng bảo tồn màng não. Các dị vật phải lấy bỏ

Nếu màng não rách phải vá kín phục hồi lại tối đa.

Mảnh xương rời ra phải được làm sạch và đặt lại, trừ trường hợp xương vỡ  
vụn làm nhiều mảnh, bẩn.

Khâu treo màng cứng, đặt dẫn lưu ngoài màng cứng. Cầm máu tốt để  
tránh tụ dịch, máu ngoài màng cứng.

**Bước 4**: Đóng vết mổ theo giải phẫu.

1. **THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**
   1. **Theo dõi**

Toàn thân: Thở, mạch huyết áp

Tình trạng thần kinh

Chảy máu sau mổ

Dẫn lưu sọ

Viêm màng não, não ( đặc biệt nếu có rách màng cứng kèm theo)

* 1. **Xử trí tai biến**

Chảy máu: mổ lại để cầm máu, truyền máu

Động kinh: thuốc điều trị động kinh

Viêm màng não: chọc dịch, cấy vi khuẩn làm kháng sinh đồ

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

Bộ Y Tế (2017). Hướng dẫn quy trình phẫu thuật ngoại khoa chuyên khoa phẫu thuật thần kinh. Số 5590 / QĐ-BYT.

* 1. **PHẪU THUẬT VẾT THƯƠNG SỌ NÃO (CÓ RÁCH MÀNG NÃO)**

1. **ĐẠI CƯƠNG**

Vết thương sọ não là vết thương làm rách da đầu, vỡ xương sọ và rách màng cứng làm cho khoang dưới nhện thông với môi trường bên ngoài

1. **CHỈ ĐỊNH**

Hầu hết các vết thương sọ não hở đều phải mổ cấp cứu.

1. **CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Tương đối: một số trường hợp đặc biệt như lỗ vào quá nhỏ, quá nhiều lỗ vào hoặc vết thương có lỗ vào từ mặt, cằm hoặc cổ.

1. **CHUẨN BỊ.**
2. **Cán bộ thực hiện:**

Phẫu thuật viên thần kinh

1. **Phương tiện**

Bộ dụng cụ phẫu thuật thần kinh, thuốc, dịch truyền…

1. **Người bệnh:**

Nhịn ăn uống, vệ sinh thay quần áo, người bệnh hoặc gia đình ký cam kết phẫu thuật.

1. **Hồ sơ bệnh án:** Đầy đủ theo quy định.
2. **CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**
3. **Kiểm tra hồ sơ**
4. **Kiểm tra người bệnh**
5. **Tư thế:**

Tùy theo thương tổn lựa chọn tư thế thích hợp

1. **Vô cảm:**gây mê nội khí quản
2. **Kỹ thuật**

**Bước 1**: Người bệnh được gây mê nội khí quản.

**Bước 2**: Rạch da hình chữ S mở rộng vết thương về 2 phía, vết mổ đủ rộng đề nhìn thấy toàn bộ xương lún. Trong trường hợp vết thương nhỏ hoặc vùng lún xương rộng, cần vết mổ rộng để xử trí các tổn thương ở phía trong hoặc vết thương nhỏ vùng trán cần tránh sẹo nên cắt lọc khâu vết thương, sau đó rạch da hình vòng cung hoặc rạch da trán 2 bên.

**Bước 3**: Xử lý tổn thương.

Cầm máu bằng dao điện, tốt nhất là dao điện 2 cực.

* Xương sọ: Dùng gouse gặm bỏ những mảnh xương vụn, gặm xương đến khi nào bộc lộ được màng não.
* Màng não: mở rộng màng não để xử trí những tổn thương ở trong não. Sau khi xử trí xong những tổn thương ở phía trong màng não tùy theo tình trạng vết thương mà có thể đóng kín màng não hoặc để hở.
* Tổ chức não:

Lấy bỏ tổ chức não dập, máu tụ bằng cách dùng máy hút áp lực thấp, để tránh tổn thương thêm tổ chức não lành, đặc biệt là các vùng chức năng của não. Lấy bỏ các dị vật nhỏ, ở gần vết thương, những dị vật ở xa không cố lấy vì nếu không sẽ làm tổn thương tổ chức não lành, đặc biệt là vùng vận động tiếng nó

**Bước 4**: Đóng vết mổ theo giải phẫu.

1. **THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**
2. **Theo dõi**

Toàn thân: Thở, mạch huyết áp

Tình trạng thần kinh

Chảy máu sau mổ

Dẫn lưu sọ

Viêm màng não, não ( đặc biệt nếu có rách màng cứng kèm theo)

1. **Xử trí tai biến**

Chảy máu: mổ lại để cầm máu, truyền máu

Động kinh: thuốc điều trị động kinh

Viêm màng não: chọc dịch, cấy vi khuẩn, làm kháng sinh đồ.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bộ Y Tế (2017). Hướng dẫn quy trình phẫu thuật ngoại khoa chuyên khoa phẫu thuật thần kinh. Số 5590 / QĐ-BYT.

## **4.** **PHẪU THUẬT XỬ LÝ LÚN SỌ KHÔNG CÓ VẾT THƯƠNG**

* 1. **ĐẠI CƯƠNG**

Lún sọ được xác định khi bản ngoài xương sọ bị vỡ nằm dưới bản trong xương sọ bình thường ở xung quanh, là tổn thương hay gặp của chấn thương sọ não và cần được xử trí cấp cứu ngoại khoa. Lún sọ có thể gặp ở bất kỳ vị trí nào trên xương sọ như vùng đỉnh, trán, chẩm và thái dương hay vùng nền sọ, đặc biệt lún sọ ở vùng xoang tĩnh mạch. Nguyên nhân thường gặp nhất là do tai nạn giao thông, tai nạn sinh hoạt….Điều trị có thể bảo tồn hoặc phẫu thuật.

* 1. **CHỈ ĐỊNH PHẪU THUẬT**

Phẫu thuật khi xương vỡ lún lớn hơn chiều dày của bản sọ từ 5 mm đến 1 cm và không có các tiêu chuẩn của điều trị bảo tồn.

Lún sọ kín ở trẻ em mà chụp cắt lớp vi tính gợi ý có rách màng cứng thì cần phải chỉ định mổ để tránh trường hợp vỡ xương tiến triển.

* 1. **CHỐNG CHỈ ĐỊNH (ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN)**

Không phẫu thuật gặm, nâng xương lún nếu:

Không có bằng chứng (trên lâm sàng và phim chụp cắt lớp vi tính) của rách màng cứng: chảy dịch não tủy, khí nội sọ…

Không có máu tụ lớn trong sọ.

Diện lún nhỏ hơn 1 cm.

Không liên quan đến xoang trán.

Vết thương sạch ít nguy cơ nhiễm trùng, xa vị trí lún xương.

Không ảnh hưởng đến thẩm mỹ.

Tình trạng người bệnh quá nặng: sốc đa chấn thương, mất máu quá nhiều…

* 1. **CHUẨN BỊ**

Cán bộ thực hiện:

Phẫu thuật viên thần kinh.

Phương tiện

 Bộ dụng cụ phẫu thuật thần kinh, thuốc, dịch truyền…

Người bệnh:

Nhịn ăn, vệ sinh thay quần áo, cạo tóc, kháng sinh trước mổ

1. **Bệnh án**: Đầy đủ theo qua định
2. **Dự kiến thời gian phẫu thuật**: 90 phút
   1. **CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**
3. **Kiểm tra hồ sơ.**
4. **Kiểm tra người bệnh**

Tư thế:

Tùy theo thương tổn lựa chọn tư thế thích hợp

Vô cảm: gây mê nội khí quản

Kỹ thuật

**Bước 1**: Người bệnh gây mê toàn thân, thường nội khí quản

**Bước 2**:  Xác định đường rạch da: theo vết thương hay hình chữ U bao quanh diện lún xương.

**Bước 3**: Xử lý tổn thương.

Bóc tách tổ chức dưới da, bộc lộ vùng xương vỡ lún, chú ý bản trong bao giờ cũng lún rộng hơn bản ngoài, Nâng xương vỡ lún, cố gắng bảo tồn màng não. Các dị vật phải lấy bỏ

Nếu màng não rách phải vá kín phục hồi lại tối đa.

Mảnh xương rời ra phải được làm sạch và đặt lại, trừ trường hợp xương vỡ vụn làm nhiều mảnh.

Khâu treo màng cứng, đặt một dẫn lưu ngoài màng cứng. Cầm máu tốt để tránh tụ dịch, máu ngoài màng cứng.

**Bước 4**: Đóng vết mổ theo giải phẫu.

* 1. **THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**Theo dõi**

Toàn thân: Thở, mạch huyết áp

Tình trạng thần kinh

Chảy máu sau mổ

Dẫn lưu sọ

Viêm màng não, não ( đặc biệt nếu có rách màng cứng kèm theo)

**Xử trí tai biến**

Chảy máu: mổ lại để cầm máu, ruyền máu

Động kinh: thuốc điều trị động kinh

 Viêm màng não: chọc dịch, cấy vi khuẩn, điều trị theo kháng sinh đồ.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bộ Y Tế (2017). Hướng dẫn quy trình phẫu thuật ngoại khoa chuyên khoa phẫu thuật thần kinh. Số 5590 / QĐ-BYT.

## **5.** **PHẪU THUẬT LẤY MÁU TỤ DƯỚI MÀNG CỨNG MẠN TÍNH MỘT BÊN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Máu tụ dưới màng cứng mạn tính là tổn thương máu tụ nằm giữa màng nhện và màng nuôi của não, tiến triển từ một trường hợp máu tụ cấp tính qua giai đoạn bán cấp mà cuối cùng là mạn tính theo diễn biến thời gian

**II. CHỈ ĐỊNH**

Máu tụ dưới màng cứng đè đẩy đường giữa ≥ 5 mm

Có dấu hiệu thần kinh khu trú

Đau đầu nhiều, không đáp ứng điều trị nội khoa

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Các chống chỉ định tương đối: Bệnh lý rối loạn đông máu, suy thận mạn…

**IV. CHUẨN BỊ**

1. **Cán bộ thực hiện:**

Phẫu thuật viên thần kinh

1. **Phương tiện:**

Bộ dụng cụ phẫu thuật thần kinh, thuốc, dịch truyền…

1. **Người bệnh:**

Nhịn ăn, vệ sinh thay quần áo, cạo tóc, kháng sinh trước mổ

1. **Bệnh án**: Đầy đủ theo quy định
2. **Dự kiến thời gian phẫu thuật**: 120 phút

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

1. **Kiểm tra hồ sơ**
2. **Kiểm tra người bệnh**

* Vô cảm**: Bệnh nhân được gây mê NKQ**
* Tư thế bn :Bệnh nhân nằm nghiêng sang bên đối diện, đầu cao. Gạc trải dài che mắt, băng dính to bản cố định hai phía trên/dưới của đầu, chỉ để lộ ra vị trí đường mổ.
* Vẽ đường mổ, tê, rạch da
* MTDMC mạn tính : rạch da tại vị trí cao nhất 4cm (vùng TDđỉnh).
* Gây tê: tại chỗ vết mổ
* Rạch da : Rạch da đến tận màng xương. Cầm máu trong da.
* Equarteur bộc lộ vùng xương sẽ khoan, dao thường rạch mở vùng cân xương.
* Mirizin lóc cân cơ sang hai phía, cầm máu cân cơ.
* Equarteur đặt lại xuống lớp cân cơ để bộc lộ vùng xương khoan. Bơm nước sạch.
* Mở volet:
* Khoan tay/khoan máy 1 lỗ: khi khoan tay lúc đầu lực tỳ xuống mạnh để mũi khoan bắt vào xương, đến lớp xốp sẽ thấy máu chảy ra nhiều và lực tỳ giảm đi, gần đến màng cứng thì lực tỳ không còn mà chỉ còn lực quay khoan. Lưu ý khoan từng đoạn dừng lại để quan sát. Vừa khoan vừa nong rộng các phía để lỗ khoan rộng nhất có thể.
* Dùng curet nạo rộng xương từ phần bản ngoài vào bản trong. Dùng dao điện đơn cực đốt cầm máu các phía thành xương. Gout gặm vát thành xương phía sonde dẫn lưu đi ra.
* Bơm nước sạch để rửa và lộ rõ màng cứng.
* Bipolar đốt phần màng cứng sẽ mở.
* Dao thường đã thay lưỡi rạch màng cứng chữ thập, chú ý không rạch vào bao máu tụ.
* Bipolar đốt các mép màng cứng đã rạch. Dao mở tiếp bao máu tụ. Disquer dao điện đơn cực đốt màng cứng rộng về các phía để màng cứng dính vào xương.
* Đưa Nelaton vào trong bao máu tụ, nối Nelaton với dây truyền dịch rửa NaCl 0,9%.
* Xả dịch rửa tốc độ tối đa, rửa về 4 phía (tránTD nền đỉnhchẩm), hạn chế chiều dài Nelaton khi đưa về phía đỉnh vì có nhiều vein cầu ở đó. Rửa dừng lại ở mỗi phía khi dịch chảy ra hồng nhạt. Thường lý tưởng nhất là rửa hết 2000ml.
* Kết thúc sẽ đặt Nelaton ở phía sừng trán (chiều dài Nelaton đặt trong bao máu tụ sẽ bằng chiều dài từ lỗ khoan đến bờ ngoài xương trán).
* Khóa dịch rửa, chọc dẫn lưu đưa ra ngoài, lưu ý các thao tác luôn kẹp Nelaton để hạn chế khí vào não.
* Cố định Nelaton.
* Đóng da: Theo các lớp giải phẫu.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG.**

Máu tụ tái phát-> Theo dõi, điều trị hỗ trợ nội khoa hoặc phẫu thuật

Máu tụ tái phát lớn: Mổ lại xử trí tổn thương.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bộ Y Tế (2017). Hướng dẫn quy trình phẫu thuật ngoại khoa chuyên khoa phẫu thuật thần kinh. Số 5590 / QĐ-BYT.

## **PHẪU THUẬT NHIỄM KHUẨN VẾT MỔ**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Nhiễm khuẩn vết mổ là tình trạng vết mổ không liền, nhiễm trùng, toác vết mổ.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Khi điều trị nội khoa không kết quả.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Tình trạng nhiễm khuẩn chưa ổn định

Người bệnh thể trạng yếu, bệnh lý phối hợp: rối loạn đông máu

**III. Chuẩn bị.**

**1. Người thực hiện**

Phẫu thuật viên thần kinh

**2. Phương tiện:**

Bộ dụng cụ phẫu thuật thần kinh, thuốc, dịch truyền…

**3. Người bệnh:**

Các xét nghiệm trước mổ, nhịn ăn, vệ sinh, kháng sinh trước mổ, cam kết phâu thuật  
**4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 60 phút**

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế**: tùy vào vị trí tổn thương

**2. Vô cảm**: Mê NKQ

**3. Kĩ thuật**

**-**Lấy dịch vết mổ làm kháng sinh đồ.

- Cắt chỉ mở vết mổ.

- Làm sạch vết mổ bằng oxy già, betadin, nước muối.

- Cắt lọc tổ chức viêm, hoại tử, mủn nát.

- Đặt dẫn lưu.

- Khâu da thưa, có thể khâu 1 lớp.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**Theo dõi:**

**.**Toàn thân: Thở, mạch huyết áp

**.**Tình trạng thần kinh

**.**Chảy máu sau mổ.

. Viêm màng não, não ( đặc biệt nếu có rách màng cứng kèm theo)

**Xử trí tai biến:**

. Chảy máu: mổ lại để cầm máu, ruyền máu

. Động kinh: thuốc điều trị động kinh

. Viêm màng não: chọc dịch, cấy vi khuẩn, điều trị theo kháng sinh đồ.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bộ Y Tế (2017). Hướng dẫn quy trình phẫu thuật ngoại khoa chuyên khoa phẫu thuật thần kinh. Số 5590 / QĐ-BYT.

## **PHẪU THUẬT XỬ LÝ NHIỄM KHUẨN VẾT MỔ**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Nhiễm khuẩn vết mổ là tình trạng vết mổ không liền, nhiễm trùng, toác vết mổ.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Khi điều trị nội khoa không kết quả.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Thể trạng già yếu, suy kiệt

Các bệnh lý nội khoa: Rối loạn đông máu, suy giảm miễn dịch

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

- Phẫu thuật viên thần kinh

**2. Phương tiện:**

Bộ dụng cụ đại phẫu

**3. Người bệnh:**

Các xét nghiệm trước mổ theo quy định, nhịn ăn, vệ sinh, kháng sinh trước mổ, cam đoan phẫu thuật.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Đầy đủ theo quy định

**5. Dự kiến thời gian phẫu thuật:** 60 phút

**IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế**: tùy vào vị trí tổn thương

**2. Vô cảm**: Mê NKQ

**3. Kĩ thuật**

**-**Lấy dịch vết mổ làm kháng sinh đồ.

- Cắt chỉ mở vết mổ.

- Làm sạch vết mổ bằng oxy già, betadin, nước muối.

- Cắt lọc tổ chức viêm, hoại tử, mủn nát.

- Đặt dẫn lưu.

- Khâu da thưa, có thể khâu 1 lớp.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1.Theo dõi:**

Toàn thân: Thở, mạch huyết áp

Tình trạng thần kinh

Chảy máu sau mổ.

Viêm màng não, não ( đặc biệt nếu có rách màng cứng kèm theo)

**2. Xử trí tai biến:**

Chảy máu: mổ lại để cầm máu, ruyền máu

Động kinh: thuốc điều trị động kinh

Viêm màng não: chọc dịch, cấy vi khuẩn, điều trị theo kháng sinh đồ.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1.Bộ Y Tế (2017). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên khoa phẫu thuật cột sống. Số 5729 / QĐ-BYT.

## **CHỌC DỊCH NÃO TỦY THẮT LƯNG (THỦ THUẬT)**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Dịch não tủy được tiết ra từ các đám rối mạch mạc ở các não thất và từ khoang  
ngoài tế bào của hệ thần kinh trung ương.

Người lớn bình thường có khoảng 150 - 180 ml dịch não tủy.

Dịch não tủy có ba chức năng chính:

− Bảo vệ hệ thần kinh trung ương trước các sang chấn cơ học.

− Đảm bảo sự tuần hoàn của các dịch thần kinh, các hormon, các kháng thể và  
các bạch cầu.

− Tham gia điều chỉnh độ pH và cân bằng điện giải của hệ thần kinh trung ương.  
Khi hệ thần kinh trung ương bị tổn thương dịch não tủy sẽ có những thay đổi  
tương ứng, xét nghiệm dịch não tuỷ để phát hiện những thay đổi đó.

**II. CHỈ ĐỊNH**

**1. Trong chẩn đoán các bệnh thần kinh**

− Viêm màng não, viêm não, viêm tủy, viêm não - tủy, viêm đa rễ thần kinh, xơ  
cứng rải rác…

− Hội chứng ép tủy, hội chứng tăng áp lực nội sọ lành tính.

− Nghi ngờ chảy máu dưới nhện có kết quả chụp cắt lớp vi tính bình thường.  
− Các tình trạng bệnh lý thần kinh chưa xác định nguyên nhân: co giật, trạng thái động kinh, rối loạn ý thức…

**2. Trong điều trị (đưa thuốc vào khoang dưới nhện tủy sống)**− Các thuốc gây tê cục bộ phục vụ mục đích phẫu thuật.

− Các thuốc kháng sinh, các thuốc chống ung thư, corticoid… để điều trị các  
bệnh của hệ thần kinh trung ương hoặc các bệnh dây - rễ thần kinh.

- Theo dõi kết quả điều trị (trong các bệnh viêm màng não, nấm…).

- Trong thủ thuật chụp tủy, chụp bao rễ thần kinh có bơm thuốc cản quang.  
**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

− Tăng áp lực trong sọ.

− Nhiễm khuẩn da hoặc mô mềm vùng chọc kim lấy dịch não tủy.

− Nguy cơ chảy máu: bệnh lý của máu dễ gây chảy máu, đang dùng thuốc chống  
đông.…  
− Tình trạng bệnh nặng hoặc đã có chẩn đoán xác định qua chụp cắt lớp vi tính,  
chụp cộng hưởng từ… như u não, chảy máu não….

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Phẫu thuật viên cột sống hoặc bác sĩ chuyên khoa thần kinh.

**2. Phương tiện, dụng cụ, thuốc**

***2.1. Phương tiện, dụng cụ***

− Buồng tiêm vô khuẩn, giường thủ thuật, ghế cho thủ thuật viên.  
− Săng có lỗ, gạc, bông cồn, găng tay, kim chuyên dùng, các ống nghiệm đựng  
dịch não tủy...).

***2.2. Thuốc***

Thuốc chống sốc và gây tê.

**3. Người bệnh**

− Cho người bệnh soi đáy mắt, ghi điện tim, xét nghiệm máu đông, máu chảy,  
thử phản ứng thuốc gây tê.

− Chuẩn bị tư tưởng (giải thích mục đích thủ thuật, động viên).

− Tư thế người bệnh nằm nghiêng, lưng quay ra sát thành giường, co hai đầu gối  
sát bụng, cẳng chân sát đùi, hai tay ôm đầu gối, đầu gấp vào ngực, lưng cong tối đa (có nhân viên giữ khi người bệnh không phối hợp).

**4. Hồ sơ bệnh án**

Ghi nhận xét tình trạng người bệnh và chỉ định chọc dịch não tuỷ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ**

**2. Kiểm tra người bệnh**

**3. Thực hiện kỹ thuật**

***3.1. Xác định vị trí và đường chọc***

− Vị trí: thường chọc qua các khe gian đốt sống L3 – L4, L4 – L5, L5 – S1.

− Đường chọc thường được chọn là đường giữa (đường nối các mỏm gai). Trong  
trường hợp không thể sử dụng được đường giữa (các trường hợp người bệnh bị thoái hoá cột sống nặng nề hoặc người bệnh không thể nằm co được...) có thể chọc theo đường bên.

***3.2. Sát trùng***

− Bộc lộ vùng thắt lưng, sát trùng rộng vùng chọc kim, lần đầu bằng cồn iốt, sau  
đó sát trùng lại bằng cồn trắng 2 lần.

− Phủ săng có lỗ, để hở vùng chọc. Người làm thủ thuật ngồi phía sau lưng người  
bệnh, tay thuận cùng chiều với chân người bệnh.

***3.3. Gây tê***

Gây tê điểm chọc kim (điểm giữa các khoang gian đốt kể trên) theo 2 thì: thì đầu  
gây tê trong da, sau đó gây tê theo đường chọc kim, có thể bơm thuốc liên tục trong khi đưa kim gây tê vào và khi rút kim ra.

***3.4. Tiến hành chọc dò***

Dùng kim chuyên dụng thực hiện thao tác chọc dò dịch não tủy. Thao tác chọc  
được tiến hành theo 2 thì:

− Thì qua da: đặt chuôi kim trong lòng bàn tay phải, ngón cái và ngón trỏ giữ  
chặt thân kim, mặt vát của kim hướng lên trên song song với trục cột sống, mu bàn tay phải tựa trên da lưng người bệnh để giữ mức chọc kim cho chuẩn. Tay trái xác định lại mốc chọc kim và căng da lưng lúc chọc kim qua da. Để kim vuông góc với mặt da và chọc nhanh qua da.

− Thì đưa kim vào khoang dưới nhện: hướng mũi kim chếch về phía đầu người  
bệnh khoảng 15 độ, đẩy kim thấy rất dễ dàng (do tổ chức lỏng lẻo), chỉ gặp một sức cản rất nhỏ khi chọc qua dây chằng liên gai sau, trong một số trường hợp, nhất là ở người già dây chằng này bị xơ hoá có thể nhầm với dây chằng vàng. Khi chọc kim qua dây chằng vàng cảm nhận một sức cản lại, tiếp tục từ từ đẩy kim khi chọc qua màng cứng cảm nhận một sức cản lại thì dừng lại.

Khi đầu kim đã nằm trong khoang dưới nhện thì rút từ từ thông nòng của kim,  
dịch não tủy sẽ chảy thành giọt, tiến hành lấy dịch não tủy làm xét nghiệm.  
Sau khi lấy dịch não tủy xong đóng nòng kim lại và rút kim ra, băng vô khuẩn chỗ  
chọc kim. Cho người bệnh nằm tại giường, đầu không gối cao khoảng 3-4 giờ.  
Ghi nhận xét vào bệnh án vị trí chọc dịch, màu sắc và tốc độ chảy của dịch não  
tuỷ, tai biến trong quá trình chọc và xử trí.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Đau đầu sau chọc dò dịch não tủy**

Thường mất đi trong vòng hai đến tám ngày có thể kèm chóng mặt, ù tai, buồn  
nôn, nôn… do áp lực giảm vì lấy nhiều hoặc bị dò qua lỗ chọc kim, do đi lại sớm.Xử trí: dùng thuốc giảm đau.

**2. Đau lưng do kim to, chạm xương, chạm rễ thần kinh**

Xử trí: dùng thuốc giảm đau.

**3. Tụt kẹt não**

Gây nguy hiểm đến tính mạng người bệnh, đặc biệt ở người bệnh có hội chứng  
tăng áp lực nội sọ.

Xử trí: chống phù não, hỗ trợ hô hấp, tuần hoàn.

**4. Nhiễm khuẩn** (áp xe vị trí chọc, viêm màng não mủ...).

Xử trí: kháng sinh, kháng viêm.

**5. Chảy máu** (gây ổ máu tụ ngoài màng cứng hoặc chảy máu dưới nhện)...

Xử trí: như trong bệnh lý chảy máu não.

Tai biến thường gặp là đau đầu, đau lưng. Các tai biến khác hiếm gặp vì đã loại  
trừ các người bệnh có nguy cơ tai biến (nêu trong phần chống chỉ định)

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1.Bộ Y Tế (2017). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên khoa phẫu thuật cột sống. Số 5729 / QĐ-BYT.

1. **TIM MẠCH – LỒNG NGỰC**

## **PHẪU THUẬT DẪN LƯU TỐI THIỂU KHOANG MÀNG PHỔI**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Dẫn lưu tối thiểu khoang màng phổi là kỹ thuật đưa một ống dẫn lưu vào khoang màng phổi để dẫn lưu dịch, khí, máu hoặc các dịch thể khác ra ngoài

**II. CHỈ ĐỊNH**

Tràn máu màng phổi

Tràn khí màng phổi

Tràn máu, tràn khí màng phổi

Tràn dịch màng phổi

Tràn dưỡng chấp màng phổi

Tràn mủ màng phổi

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có chống chỉ định tuyệt đối

Chống chỉ định tương đối:

Bệnh rối loạn đông máu

Kén khí phổi

Nghi ngờ phổi dính vào thành ngực

Tràn dịch, tràn mủ khu trú

Nhiễm trùng da vị trí chọc dẫn lưu

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

Bác sỹ được đào tạo về kỹ năng ngoại khoa cơ bản.

Phải nắm vững các nguyên tắc sơ cứu, xử trí thì đầu.

Giải thích cho người bệnh và gia đình người bệnh về tình trạng bệnh và các nguy cơ có thể xảy ra khi vận chuyển hoặc phẫu thuật.

**2. Phương tiện:**

Các phương tiện dụng cụ cơ bản: Pince, kéo, chỉ khâu, ống dẫn lưu các cỡ

**3. Người bệnh:**

Được giải thích rõ về bệnh, các nguy cơ rủi ro trong và sau phẫu thuật

Đồng ý phẫu thuật và ký giấy cam đoan phẫu thuật

Dự kiến thời gian phẫu thuật: 30 phút

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**Tư thế:**

Người bệnh nằm ngửa, hai tay đưa cao sau gáy

**Vô cảm:** Tê tại chỗ

**Kỹ thuật:**

* Xác định vị trí KLS V đường nách giữa, hoặc KLS II đường giữa đòn
* Sát khuẩn da
* Trải toan
* Rạch da 3 cm
* Khâu chỉ chờ, chỉ cố định dẫn lưu
* Dùng Pince tách qua các lớp cơ thành ngực vào khang màng phổi
* Đặt dẫn lưu Silicon 32F (dẫn lưu máu), 28F (dẫn lưu khí)
* Xoay dẫn lưu theo các hướng để lấy hết máu/ dịch
* Cố định dẫn lưu
* Lắp hệ thống hút liên tục 20cm H2O

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG**

**Theo dõi:**

Lượng máu, khí ra theo dẫn lưu

Chăm sóc dẫn lưu, đẩm bảo “vô khuẩn, kín, một chiều, hút liên tục”

Theo dõi các biến chứng

**Tai biến biến chứng và các xử trí:**

- Tai biến liên quan đến vị trí dẫn lưu:

Dẫn lưu thấp sát cơ hoành: Chấp nhận được đối với dẫn lưu máu, dịch, phải chỉnh lại nếu là dẫn lưu khí

Dẫn lưu nằm dưới da: phải đặt lại

Dẫn lưu quá sâu (lên đỉnh phổi hoặc trung thất sau) nên chỉnh lại

Dẫn lưu vào ổ bụng: rút ra, đặt lại

- Chảy máu:

Tại chỗ: Băng ép, khâu tăng cường mép da

Tràn máu màng phổi: do tổn thương động mạch liên sườn hoặc nhu mô phổi. Nếu dẫn lưu ra nhiều phải mở ngực để xử trí

- Tổn thương các tạng trong ổ bụng: Mở bụng để xử trí

- Mủ màng phổi: do dẫn lưu không tốt, nhiễm khuẩn ngược dòng. Nội soi lồng ngực hoặc mở ngực để xử trí.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bộ Y Tế (2016). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên khoa phẫu thuật tim mạch - lồng ngực. số 4423/QĐ-BYT*.*

## **PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ VẾT THƯƠNG NGỰC HỞ ĐƠN THUẦN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Vết thương ngực hở là vết thương gây thủng lá thành màng phổi làm khoang màng phổi thông thương với môi trường bên ngoài

Nguyên tắc điều trị: Khâu kín vết thương và dẫn lưu màng phổi

**II. CHỈ ĐỊNH**

Người bệnh được chẩn đoán vết thương ngực hở: Vết thương ngực tràn máu tràn khí màng phổi hoặc vết thương ngực phì phò máu khí.

**III. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

Bác sỹ được đào tạo về kỹ năng ngoại khoa cơ bản.

Phải nắm vững các nguyên tắc sơ cứu, xử trí thì đầu.

Giải thích cho người bệnh và gia đình người bệnh về tình trạng bệnh và các nguy **cơ có thể xảy ra khi vận chuyển hoặc phẫu thuật.**

**2. Phương tiện:**

Các phương tiện dụng cụ cơ bản: Pince, kéo, chỉ khâu, ống dẫn lưu các cỡ

**3. Người bệnh:**

Được giải thích rõ về bệnh, các nguy cơ rủi ro trong và sau phẫu thuật.

Đồng ý phẫu thuật và ký giấy cam đoan phẫu thuật.

**4. Hồ sơ bệnh án:**

Theo quy định của bộ Y tế

Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 - 120 phút

**IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**Tư thế:**

Người bệnh nằm ngửa hoặc nghiêng tùy thuộc vị trí vết thương, hai tay đưa cao sau gáy.

**Vô cảm:**

Tê tại chỗ, gây tê vùng hoặc gây mê tùy thuộc vào mức độ phức tạp của vết thương

**Kỹ thuật:**

* Khâu vết thương:
* Sát khuẩn da
* Làm sạch vết thương bằng nước, Oxy già và Betadine
* Cắt lọc tổ chức phần mềm đụng giập nếu có
* Khâu vết thương bằng chỉ Vicryl (cân cơ) Dafilon 0 (ngoài da)
* Dẫn lưu màng phổi:
* Xác định vị trí KLS V đường nách giữa, hoặc KLS II đường giữa đòn
* Sát khuẩn da
* Trải toan
* Rạch da 1 cm
* Khâu chỉ chờ, chỉ cố định dẫn lưu
* Dùng Pince tách qua các lớp cơ thành ngực vào khang màng phổi
* Đặt dẫn lưu Silicon 32F (dẫn lưu máu), 28F (dẫn lưu khí)
* Xoay dẫn lưu theo các hướng để lấy hết máu/ dịch
* Cố định dẫn lưu
* Lắp hệ thống hút liên tục 20cm H2O

**V. THEO DÕI CÁC BIẾN CHỨNG VÀ NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ**

**1. Theo dõi:**

Lượng máu, khí ra theo dẫn lưu

Chăm sóc dẫn lưu, đẩm bảo “vô khuẩn, kín, một chiều, hút liên tục”

Theo dõi các biến chứng

**2. Tai biến biến chứng và các xử trí:**

- Tai biến liên quan đến vị trí dẫn lưu:

Dẫn lưu thấp sát cơ hoành: Chấp nhận được đối với dẫn lưu máu, dịch, phải chỉnh lại nếu là dẫn lưu khí

Dẫn lưu nằm dưới da: phải đặt lại

Dẫn lưu quá sâu (lên đỉnh phổi hoặc trung thất sau) nên chỉnh lại

Dẫn lưu vào ổ bụng: rút ra, đặt lại

- Chảy máu:

Tại chỗ: Băng ép, khâu tăng cường mép da

Tràn máu màng phổi: Do tổn thương động mạch liên sườn hoặc nhu mô phổi. Nếu dẫn lưu ra nhiều phải mở ngực để xử trí

- Tổn thương các tạng trong ổ bụng: Mở bụng để xử trí

- Mủ màng phổi:

Do dẫn lưu không tốt, nhiễm khuẩn ngược dòng. Nội soi lồng ngực hoặc mở ngực để xử trí.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bộ Y Tế (2016). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên khoa phẫu thuật tim mạch - lồng ngực. số 4423/QĐ-BYT*.*

## **PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ VẾT THƯƠNG TIM**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Vết thương tim (VT tim) được định nghĩa là vết thương gây tổn thương các cấu trúc giải phẫu của tim bao gồm: rách màng ngoài tim đơn thuần, rách cơ tim, xuyên thủng buồng tim với các cấu trúc bên trong (van tim, dây chằng, cộtcơ) hay gốc các mạch lớn đi ra từ tim.

Chẩn đoán VT tim dựa nhiều vào các triệu chứng lâm sàng. Biểu hiện thường gặp nhất của VT tim là vị trí vết thương ở quanh vùng trước tim kết hợp với một trong hai hội chứng: ép tim hoặc sốc mất máu.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Người bệnh được chẩn đoán vết thương tim:

Vết thương vùng tam giác tim (bờ phải xương ức, núm vù trái)

Sốc mất máu

Chèn ép tim cấp: Tam chứng Beck: PVC cao, Huyết áp tụt kẹt, tiếng tim mờ.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có chống chỉ định

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sỹ được đào tạo về phẫu thuật tim mạch lồng ngực.

Phải nắm vững các nguyên tắc sơ cứu, xử trí thì đầu.

Giải thích cho người bệnh và gia đình người bệnh về tình trạng bệnh và các nguy cơ có thể xảy ra khi vận chuyển hoặc phẫu thuật.

**2. Phương tiện:**

Dụng cụ phẫu thuật chuyên khoa tim mạch lồng ngực.

**3. Người bệnh:**

Được giải thích rõ về bệnh, các nguy cơ rủi ro trong và sau phẫu thuật.

Đồng ý phẫu thuật và ký giấy cam đoan phẫu thuật.

**4. Hồ sơ bệnh án:**

Theo quy định của bộ Y tế

Dự kiến thời gian phẫu thuật: 120 phút

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:**

Người bệnh nằm ngửa kê gối dưới vai, hai tay xuôi theo thân người (trường hợp mở xương ức).

Người bệnh nằm nghiêng 60°, treo tay trái, tay phải để vuông góc với thân người (trường hợp mở ngực trước bên).

**2. Vô cảm:**

Gây mê nội khí quản

Đường truyền tĩnh mạch lớn (Vein trung ương)

Theo dõi huyết áp động mạch liên tục

**3. Kỹ thuật**

Các thì phẫu thuật:

* Mở xương ức hoặc mở ngực trước bên đủ rộng để xử trí tổn thương
* Bộc lộ tổn thương:
* Thường vết thương vào mặt trước thất phải, vị trí vết thương thường là chỗ có nhiều máu cục bám
* Lần lượt thăm dò từng vùng theo nguyên tắc vùng ít nghi ngờ nhất trước sau đấy đến vùng nguy hiểm nhất.

Lưu ý không nên dùng máy hút hút hết máu cục ngay vì có thể làm bung các nút cầm máu gây mất máu lớn trong khi chưa kiểm soát được tổn thương

* Khâu vết thương:
* Khâu vết thương trực tiếp bằng chỉ Prolen 5.0 hoặc có miếng đệm (thường dùng màng tim)
* Trường hợp vết thương ở mặt sau tim hoặc vết thương gây thủng thành cơ tim tổn thương các thành phần bên trong (dây chằng, cột cơ…) có thể phải sử dụng tuần hoàn ngoài cơ thể mới xử trí được.
* Cầm máu đặt dẫn lưu (dẫn lưu trong màng tim, dẫn lưu trung thất)
* Đóng ngực

**VI. THEO DÕI CÁC BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ**

- Chảy máu: Theo dõi dẫn lưu nếu dẫn lưu ra nhiều >100ml/h trong 3 giờ. Khả năng bỏ sót tổn thương (đặc biệt vết thương gần vùng mỏm gây tổn thương hai mặt).Cần mổ lại xử trí.

- Nhiễm trùng: Viêm sụn sườn, viêm xương ức, nhiễm trùng màng tim...do điều kiện mổ cấp cứu không đảm bảo vô trùng…dùng kháng sinh hoặc mổ lại nạo viêm (viêm sụn sườn)

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bộ Y Tế (2016). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên khoa phẫu thuật tim mạch - lồng ngực. số 4423/QĐ-BYT.

## **PHẪU THUẬT KHÂU VẾT THƯƠNG NHU MÔ PHỔI**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Vết thương nhu mô phổi là vết thương gây rách nhu mô phổi, có thể do vết thương từ bên ngoài, hoặc do xương sườn gãy đâm rách.

Nguyên tắc điều trị: Khâu kín vết thương và dẫn lưu màng phổi

**II. CHỈ ĐỊNH**

Vết thương nhu mô phổi gây chảy máu > 1000ml từ đầu, hoặc > 300ml/h trong 3 giờ liên tiếp.

Vết thương nhu mô phổi gây suy hô hấp, dẫn lưu không kết quả.

Vết thương nhu mô phổi gây tràn khí kéo dài > 72h

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Những trường hợp nặng nề, chống chỉ định phẫu thuật gây mê hồi sức nói chung.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

Bác sỹ chuyên khoa ngoại.

Giải thích cho người bệnh và gia đình người bệnh về tình trạng bệnh và các nguy cơ có thể xảy ra khi vận chuyển hoặc phẫu thuật.

**2. Phương tiện:**

***Phương tiện phẫu thuật***

Bộ phẫu thuật lồng ngực mạch máu.

Chỉ Proline 4.0, 5.0.

Các chỉ đóng da, cân cơ cơ bàn.

***Phương tiện gây mê:***

Ống nội khí quản 2 lòng ( Carlens).

Thuốc mê, và các thuốc cần thiết cho phẫu thuật lồng ngực

**3. Người bệnh:**

Được giải thích rõ về bệnh, các nguy cơ rủi ro trong và sau phẫu thuật.

Đồng ý phẫu thuật và ký giấy cam đoan phẫu thuật.

Trường hợp vết thương ngực cần tiêm uốn ván và dùng kháng sinh trước mổ.

**4. Hồ sơ bệnh án:**

Theo quy định của bộ Y tế

Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 - 120 phút

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:**

Người bệnh nằm nghiên 900

**2. Vô cảm:**

Gây mê nội khí quản

**3. Kỹ thuật:**

* Rạch da: Khoang liên sườn 5 đường bên bên tổn thương.
* Mở ngực:
* Phẫu tích qua các cơ thành ngực, cắt cơ liên sườn vào khoang màng phổi.
* Xử trí tổn thương phổi.
* Tìm vị trí vết thương nhu mô phổi.
* Cắt lọc, làm sạch tổn thương
* Khâu phục hồi nhu mô phổi
* Nở phổi kiểm tra
* Xử trí vết thương ngực ( trong trường hợp vết thương ngực)
* Cắt lọc làm sạch tổn thương
* Cầm máu
* Khâu vết thương bằng chỉ Vicryl (cân cơ) Dafilon 0 (ngoài da)
* Dẫn lưu màng phổi:
* Đóng ngực theo bình điện giải phẫu
* Lắp hệ thống hút liên tục 20cm H2O

**VI. THEO DÕI CÁC BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ**

**1. Theo dõi:**

* Toàn trạng bệnh nhân, các chỉ số sinh tổn, SP02.
* Lượng máu, khí ra theo dẫn lưu
* Chăm sóc dẫn lưu, đẩm bảo “vô khuẩn, kín, một chiều, hút liên tục”
* Theo dõi phát hiện các biến chứng.

**2. Tai biến biến chứng và các xử trí:**

- Tai biến liên quan đến vị trí dẫn lưu:

Dẫn lưu thấp sát cơ hoành: Chấp nhận được đối với dẫn lưu máu, dịch, phải chỉnh lại nếu là dẫn lưu khí

Dẫn lưu nằm dưới da: phải đặt lại

Dẫn lưu quá sâu (lên đỉnh phổi hoặc trung thất sau) nên chỉnh lại

Dẫn lưu vào ổ bụng: rút ra, đặt lại

- Chảy máu:

Tại chỗ: Băng ép, khâu tăng cường mép da

Tràn máu màng phổi: Do chưa xử trí tốt tổn thương động mạch liên sườn hoặc nhu mô phổi. Nếu dẫn lưu ra nhiều phải mở ngực để xử trí

- Mủ màng phổi:

Do dẫn lưu không tốt, nhiễm khuẩn ngược dòng. Nội soi lồng ngực hoặc mở ngực để xử trí

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Quy trình phẫu thuật tim mạch lồng ngực bộ Y tế.

2. Bài giảng vết thương ngực khoa Phẫu thuật tim mạch lồng ngực bệnh viện Việt Đức.

## **PHẪU THUẬT LẤY DỊ VẬT PHỔI MÀNG PHỔI**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

 Dị vật phổi màng phổi thường gặp sau chấn thương phức tạp lồng ngực, vết thương ngực do hỏa khí và vật sắc dễ gãy. Người bệnh vào viện thường mất nhiều máu, tràn khí hoặc vết thương ngực hở nên phải mở ngực cấp cứu cầm máu, cầm khí kết hợp với lấy dị vật. Tuy nhiên những trường hợp đến cơ sở có huyết động ổn định, vết thương thành ngực không phức tạp và có hình ảnh của dị vật phổimàng phổi, chúng ta có thể áp dụng phẫu thuật nội soi qua thành ngực kết hợp với đường mổ nhỏ (VATSVideoassisted thoracic surgery) để điều trị.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Dị vật phổimàng phổi có huyết động của người bệnh ổn định.

Chấn thương mới chưa gây dính nhiều giữa phổi và thành ngực và các thành phần của trung thất.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Dị vật lớn ≥ 10mm.

Dị vật ở vùng nguy hiểm

Chấn thương và vết thương ngực đã lâu

Nhiễm trùng và mủ trong khoang màng phổi và viêm tấy thành ngực

Các chống chỉ định do cơ địa và bệnh lý phối hợp của người bệnh không cho phép làm xẹp phổi một bên.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện quy trình kỹ thuật**: bác sỹ phẫu thuật có khả năng phẫu thuật mở và nội soi ngực. Bác sỹ gây mê có thể đặt nội khí quản hai nòng chọn lọc để làm xẹp phổi chủ động bên phẫu thuật.

**2. Phương tiện**: bộ dụng cụ mở ngực, bộ dụng cụ mổ nội soi ngực có kèm video hỗ trợ.

**3. Người bệnh**: Nằm nghiêng 300 hoặc nghiêng 900 bộc lộ toàn bộ thành ngực bên phẫu thuật và cả xương ức.

**4. Hồ sơ bệnh án:** có đủ bằng chứng của dị vật phổi màng phổi. Nếu có tràn máu và khí màng phổi và nghi ngờ có dị vật, nên kiểm tra Xquang hoặc chụp cắt lớp trước mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ**: có chẩn đoán xác định dị vật phổi và màng phổi.

**2. Kiểm tra người bệnh:** đánh dấu vị trí của dị vật trên thành ngực và vẽ đường mổ dự kiến ở khoang gian sườn gần nhất với vị trí của dị vật.

**3. Thực hiện kỹ thuật:**

* Tùy vị trí và kích thước của dị vật mà thực hiện đường mổ có kích thước tương ứng.
* Gỡ dính và làm sạch vùng màng phổi bên dưới đường mổ khi vào khoang màng phổi.
* Kết hợp với dụng cụ nội soi hỗ trợ để gỡ dính, cầm máu nhu mô phổi và thành ngực cũng như hút rửa sạch khoang màng phổi.
* Xác định vị trí dị vật bằng nhìn trực tiếp qua vết mở da hoặc qua camera.   Dùng kẹp nội soi hoặc kẹp của bộ mổ ngực để lấy dị vật ra khỏi nhu mô phổi.
* Cầm máu và cầm khí vết thương nhu mô phổi nếu có bằng cách khâu thông thường chỉ tiêu hoặc không tiêu, kẹp đinh nội soi hoặc cắt thùy phổi và phân thùy phổi trong trường hợp có tổn thương nhu mô rộng gây thiếu máu và hỏng chức năng một vùng phổi rộng.
* Đặt dẫn lưu khoang màng phổi và đóng ngực.

**VI. THEO DÕI**

Dịch máu qua dẫn lưu hàng giờ trong 24 giờ đầu.

Đánh giá Xquang phổi mỗi 24 giờ sau mổ.

Rút dẫn lưu khi hết dò khí, dịch qua dẫn lưu là dịch tiết dưới 100 ml/24 giờ và phổi nở sát thành ngực.

Thực hiện giảm đau tốt, vật lý trị liệu hô hấp tránh xẹp phổi và viêm phổi do hạn chế hô hấp.

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

 Thực hiện mở ngực rộng kinh điển ngay khi gặp khó khăn trong mổ VATS lấy dị vật phổi màng phổi. Chủ động khi tiên lượng mất máu nhiều khi lấy bỏ dị vật khỏi nhu mô phổi sát mạch máu lớn của phổi và trung thất.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bộ Y Tế (2016). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên khoa phẫu thuật tim mạch - lồng ngực. số 4423/QĐ-BYT*.*

## **PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ VẾT THƯƠNG NGỰC – BỤNG QUA ĐƯỜNG NGỰC**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Vết thương ngực bụng là một hình thái phức tạp của vết thương ngực hở. Bao gồm thương tổn ở ngực, cơ hoành và thương tổn ở bụng.

Triệu chứng thường không rõ ràng nên dễ bỏ sót thương tổn trong ổ bụng nếu không thăm khám kỹ.

Xử trí thường phức tạp do phải nhận định và xử trí cùng lúc thương tổn của cả ngực và bụng.

Xử trí thương tổn qua đường ngực trong trường hợp chẩn đoán chưa chắc chắn vết thương ngực bụng.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Tất cả các trường hợp được chẩn đoán vết thương ngực bụng dựa vào lâm sàng và cận lâm sàng.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có chống chỉ định nhưng cần thận trọng chỉ định mổ khi:

Người bệnh có phổi bên đối diện thương tổn mà không thể tiến hành thông khí một phổi hoặc khoang màng phổi dính gây khó khăn cho phẫu thuật.

Có các bệnh toàn thân nặng như: đang có tình trạng huyết động sau chấn thương không ổn định, bệnh mãn tính nặng, bệnh máu, chấn thương ngực cũ trước đó...

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

Kíp phẫu thuật: phẫu thuật viên chuyên khoa, 2 trợ thủ, 1 dụng cụ viên và 1 chạy ngoài chuyên khoa.

Kíp gây mê chuyên khoa: bác sĩ gây mê và **1-2 trợ thủ**.

**2. Người bệnh:**

Chuẩn bị mổ tối đa có thể được vì thường là mổ trong điều kiện cấp cứu (nhất là khâu vệ sinh, kháng sinh dự phòng).

Khám gây mê hồi sức trong phòng mổ.

Giải thích người bệnh và gia đình theo quy định.

Hoàn thiện các biên bản pháp lý.

**3. Phương tiện:**

- Dụng cụ phẫu thuật:

Bộ dụng cụ mở và đóng ngực (banh sườn, chỉ xiết sườn ...)

Bộ dụng cụ đại phẫu cho phẫu thuật lồng ngực thông thường.

Bộ dụng cụ đại phẫu cho phẫu thuật ổ bụng thông thường

- Phương tiện gây mê:

Bộ dụng cụ phục vụ gây mê mổ ngực và mổ bụng. Các thuốc gây mê và hồi sức tim mạch. Ống nội khí quản hai nòng (Carlens)…

**4. Hồ sơ bệnh án:**

Hoàn chỉnh hồ sơ bệnh án theo quy định chung.

Đầy đủ thủ tục pháp lý.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ:**

Đầy đủ theo quy định (hành chính, chuyên môn, pháp lý).

**2. Kiểm tra người bệnh:**

Đúng người (tên, tuổi …), đúng bệnh.

**3. Thực hiện kỹ thuật:**

* Vô cảm và chuẩn bị người bệnh:
* Gây mê nội khí quản 2 nòng;
* Theo dõi điện tim và bão hoà ô xy mao mạch (SpO2) liên tục.
* Đặt 2 đường truyền tĩnh mạch trung ương và ngoại vi.
* Thở máy có ôxy hỗ trợ 100%. Đặt thông tiểu.
* Đặt tư thế; đánh ngực; sát trùng; trải toan.
* Tư thế người bệnh, đường mổ và xử trí thương tổn:
* Người bệnh nằm nghiêng 90o hoặc 45o sang bên đối diện (tùy từng vị trí vết thương ngực).
* Mở rộng vết thương ngực để thăm dò xem có thấu bụng hay không
* Nếu không thấu bụng:
* Xử trí tổn thương trong lồng ngực và dẫn lưu màng phổi.
* Đóng ngực.
* Nếu có thấu bụng:

Xử trí các thương tổn trong lồng ngực, khâu kín vết thương cơ hoành, dẫn lưu khoang màng phổi, đóng vết mổ ngực.

Mở bụng đánh giá và xử trí các tổn thương trong ổ bụng.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Theo dõi:**

* Xét nghiệm hồng cầu, hematocrit ngay sau khi về bệnh phòng nếu có mất máu.
* Theo dõi mạch, huyết áp, hô hấp, dẫn lưu.
* Cho kháng sinh điều trị nhiễm khuẩn đường tĩnh mạch, giảm đau; truyền máu và các dung dịch thay thế máu ... tuỳ theo tình trạng huyết động và các thông số xét nghiệm.
* Theo dõi phát hiện các biến chứng.

**2. Xử trí tai biến:**

* Chảy máu sau mổ: Do sót thương tổn trong ngực hoặc trong bụng. Chỉ định mổ lại cầm máu cấp cứu nếu chảy > 100 ml/giờ rối loạn huyết động; hoặc > 200 ml/giờ trong 3 giờ liền đối với dẫn lưu màng phổi.
* Xẹp phổi sau mổ: do người bệnh không thở tốt và bít tắc đờm rãi sau mổ. Lâm sàng người bệnh khó thở, sốt, nghe rì rào phế nang giảm; xquang có hình ảnh xẹp phổi. Cần phải giảm đau tốt cho người bệnh, kháng sinh toàn thân, người bệnh cần ngồi dậy sớm, vỗ rung và ho khạc đờm rãi. Nếu cần có thể soi hút phế quản.
* Các biến chứng về ổ bụng đặc biệt là khi bỏ sót thương tổn trong ổ bụng hoặc xử trí ở giai đoạn muộn do không chẩn đoán được khi vào viện.
* Suy hô hấp do liệt hoành sau mổ khi mổ cắt phải thần kinh hoành. Cần phục hồi chức năng sau mổ tốt, cai máy thở dần, hoặc phẫu thuật khâu gấp nếp cơ hoành.
* Nhiễm trùng vết mổ ngực hoặc bụng.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bộ Y Tế (2016). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên khoa phẫu thuật tim mạch - lồng ngực. số 4423/QĐ-BYT*.*

## **PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ VẾT THƯƠNG NGỰC – BỤNG QUA ĐƯỜNG BỤNG**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Vết thương ngực bụng là một hình thái phức tạp của vết thương ngực hở. Bao gồm thương tổn ở ngực, cơ hoành và thương tổn ở bụng.

Triệu chứng thường không rõ ràng nên dễ bỏ sót thương tổn trong ổ bụng nếu không thăm khám kỹ.

Xử trí thường phức tạp do phải nhận định và xử trí cùng lúc thương tổn của cả ngực và bụng.

Xử trí thương tổn qua đường bụng trong trường hợp chẩn đoán chắc chắn vết thương ngực bụng.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Tất cả các trường hợp được chẩn đoán vết thương ngực bụng dựa vào lâm sàng và cận lâm sàng.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có chống chỉ định nhưng cần thận trọng chỉ định mổ khi:

Người bệnh có phổi bên đối diện thương tổn mà không thể tiến hành thông khí một phổi hoặc khoang màng phổi dính gây khó khăn cho phẫu thuật.

Có các bệnh toàn thân nặng như: đang có tình trạng huyết động sau chấn thương không ổn định, bệnh mãn tính nặng, bệnh máu, chấn thương ngực cũ trước đó...

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

Kíp phẫu thuật: phẫu thuật viên chuyên khoa, 2 trợ thủ, 1 dụng cụ viên và 1 chạy ngoài chuyên khoa.

Kíp gây mê chuyên khoa: bác sĩ gây mê và **1-2 trợ thủ**.

**2. Người bệnh:**

Chuẩn bị mổ tối đa có thể được vì thường là mổ trong điều kiện cấp cứu (nhất là khâu vệ sinh, kháng sinh dự phòng). Khám gây mê hồi sức trong phòng mổ. Giải thích người bệnh và gia đình theo quy định. Hoàn thiện các biên bản pháp lý.

**3. Phương tiện:**

Dụng cụ phẫu thuật:

Bộ dụng cụ mở và đóng ngực (banh sườn, chỉ xiết sườn ...)

Bộ dụng cụ đại phẫu cho phẫu thuật lồng ngực thông thường.

Bộ dụng cụ đại phẫu cho phẫu thuật ổ bụng thông thường

Phương tiện gây mê:

Bộ dụng cụ phục vụ gây mê mổ ngực và mổ bụng. Các thuốc gây mê và hồi sức tim mạch. Ống nội khí quản hai nòng (Carlens)…

**4. Hồ sơ bệnh án:**

Hoàn chỉnh hồ sơ bệnh án theo quy định chung. Đầy đủ thủ tục pháp lý.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:**

Người bệnh nằm ngửa.

**2. Vô cảm:**

Gây mê nội khí quản 2 nòng; theo dõi điện tim và bão hoà ô xy mao mạch (SpO2) liên tục. Đặt 2 đường truyền tĩnh mạch trung ương và ngoại vi. Thở máy có ôxy hỗ trợ 100%.

**3. Kỹ thuật:**

* Đặt dẫn lưu màng phổi và khâu kín vết thương ngực
* Mở bụng tìm và xử trí các thương tổn trong ổ bụng. Nếu không có thương tổn các tạng trong ổ bụng thì khâu kín cơ hoành và đóng bụng.
* Nếu có thủng tạng rỗng thì cần tránh nguy cơ nhiễm trùng khoang màng phổi thì cần:
* Với phẫu thuật viên có kinh nghiệm: Mở rộng chỗ rách cơ hoành bơm rửa sạch khoang màng phổi bằng huyết thanh pha Betadine và thám sát tổn thương trong khoang màng phổi.
* Với phẫu thuật viên khác: Xử trí các thương tổn trong ổ bụng, khâu kín cơ hoành, đóng bụng và xử trí các thương tổn cũng như bơm rửa khoang màng phổi theo một đường mở ngực riêng.

THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Theo dõi:

Xét nghiệm hồng cầu, hematocrit ngay sau khi về bệnh phòng nếu có mất máu.

Theo dõi mạch, huyết áp, hô hấp, dẫn lưu.

Cho kháng sinh điều trị nhiễm khuẩn đường tĩnh mạch, giảm đau; truyền máu và các dung dịch thay thế máu ... tuỳ theo tình trạng huyết động và các thông số xét nghiệm.

Theo dõi phát hiện các biến chứng.

Xử trí tai biến:

Chảy máu sau mổ: Do sót thương tổn trong ngực hoặc trong bụng. Chỉ định mổ lại cầm máu cấp cứu nếu chảy > 100 ml/giờ rối loạn huyết động; hoặc > 200 ml/giờ trong 3 giờ liền đối với dẫn lưu màng phổi.

Xẹp phổi sau mổ: do người bệnh không thở tốt và bít tắc đờm rãi sau mổ. Lâm sàng người bệnh khó thở, sốt, nghe rì rào phế nang giảm; xquang có hình ảnh xẹp phổi. Cần phải giảm đau tốt cho người bệnh, kháng sinh toàn thân, người bệnh cần ngồi dậy sớm, vỗ rung và ho khạc đờm rãi. Nếu cần có thể soi hút phế quản.

Các biến chứng về ổ bụng đặc biệt là khi bỏ sót thương tổn trong ổ bụng hoặc xử trí ở giai đoạn muộn do không chẩn đoán được khi vào viện.

Suy hô hấp do liệt hoành sau mổ khi mổ cắt phải thần kinh hoành. Cần phục hồi chức năng sau mổ tốt, cai máy thở dần, hoặc phẫu thuật khâu gấp nếp cơ hoành.

Nhiễm trùng vết mổ: Điều trị kháng sinh phổi hợp theo kháng sinh đồ.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bộ Y Tế (2016). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên khoa phẫu thuật tim mạch - lồng ngực. số 4423/QĐ-BYT*.*

## **PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ MẢNG SƯỜN DI ĐỘNG**

**i. ĐẠI CƯƠNG**

Mảng sườn di động (MSDĐ) là một phần nào đó của thành ngực bị mất liên tục và di động ngược chiều so với lồng ngực khi thở.

Điều kiện là các xương sườn bị gãy ở hai nơi trên một cung xương, và phải có từ trên ba xương sườn kế tiếp nhau, các điểm gãy tương đối gần nhau, các ổ gãy di lệch rời nhau.

MSDĐ là một thể bệnh rất nặng của chấn thương lồng ngực, đòi hỏi phải sớm được chẩn đoán, sơ cứu và điều trị. Cố định mảng sườn là một trong những biện pháp điều trị quan trọng. Có hai cách chính để cố định MSDĐ là phẫu thuật (cố định ngoài) và thở máy dài ngày (cố định trong).

Biện pháp cố định trong chỉ nên sử dụng khi người bệnh có tổn thương bên trong lồng ngực rất nặng hoặc có nhiều thương tổn phối hợp khác (đa chấn thương) cần gây mê nội khí quản để phẫu thuật, với chi phí điều trị lớn - chăm sóc phức tạp, nhiều biến chứng của thở máy. Do vậy, biện pháp cố định ngoài thường được ưu tiên sử dụng trong cấp cứu chấn thương ngực.

**ii. CHỈ ĐỊNH**

Người bệnh chấn thương ngực có mảng sườn di động.

**iii. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sỹ được đào tạo về ngoại khoa chung.

Phải nắm vững các nguyên tắc sơ cứu, xử trí thì đầu.

Giải thích cho người bệnh và gia đình người bệnh về tình trạng bệnh và các nguy cơ có thể xảy ra khi vận chuyển hoặc phẫu thuật.

**2. Phương tiện:**

Dụng cụ phẫu thuật cơ bản.

**3. Người bệnh:**

Được giải thích rõ về bệnh, các nguy cơ rủi ro trong và sau phẫu thuật.

Đồng ý phẫu thuật và ký giấy cam đoan phẫu thuật.

Dự kiến thời gian phẫu thuật: 120 phút

**iv. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN**

Dẫn lưu màng phổi: (đã có quy trình)

Khâu treo mảng sườn:

+ Xác định vị trí khâu treo: Thường là ở vị trí trung tâm của mảng sườn nhưng không ở quá gần ổ gẫy xương sườn.

+ Dùng chỉ thép (nếu không có chỉ thép có thể dùng chỉ Safyl số 2) khâu vòng qua xương sườn, di sát bờ trên xương sườn, cách xa bờ dưới (tràn tổn thương bó mạch, thần kinh liên sườn). Khâu trực tiếp (nếu thành ngực mỏng) hoặc rạch da, bộc lộ xương sườn rồi khâu (nếu thành ngực dầy).

+ Treo đối trọng thông thường khoảng 1/8-1/6 trọng lượng cơ thể đến khi mảng sườn không còn di động nữa là đạt yêu cầu.

+ Theo dõi lâm sàng giảm dần trọng lượng treo.

**v. THEO DÕI, XỬ TRÍ CÁC TAI BIẾN**

Chảy máu do tổn thương động mạch liên sườn: Khâu cầm máu hai đầu động mạch.

Rách phổi, gây tràn máu tràn khí màng phổi: Đa phần không cần can thiệp gì thêm vì đã có dẫn lưu màng phổi.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bộ Y Tế (2016). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên khoa phẫu thuật tim mạch - lồng ngực. số 4423/QĐ-BYT*.*

## **CỐ ĐỊNH GÃY XƯƠNG SƯỜN BẰNG BĂNG DÍNH TO BẢN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Gãy xương là một tình trạng mất tính liên tục của xương, có thể biểu hiện dưới nhiều hình thức từ một vết rạn cho đến gãy hoàn toàn của xương và bao gồm gãy xương kín và gãy xương hở. Trong những trường hợp nặng nếu không xử trí đúng cách người bệnh có thể sốc do đau, mất máu hoặc tổn thương nặng lên và để lại di chứng nặng nề.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Các loại gẫy xương kín hoặc hở do [chấn thương](http://khamgiodau.com/tin-tuc/chan-thuong-chinh-hinh.html), bệnh lý.

**III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có chống chỉ định tuyệt đối khi băng bó cố định chi gãy. Tuy nhiên không kéo nắn đầu xương gãy với gãy xương hở.

**IV. CHUẨN BỊ**

***1. Người thực hiện***

Bác sí có kỹ năng băng bó vết thương.

***2. Dụng cụ***

- Băng dính to bản.

- Băng cuộn, bông: Dùng để đệm lót vào đầu nẹp hoặc nơi ụ xương cọ xát  
vào nẹp, gồm bông mỡ và bông thường hoặc dùng vải hay quần áo.  
- Bông, gạc vô khuẩn, cồn sát khuẩn

- Dây Oxy và bình oxy

- Thuốc gây tê tại chỗ

***3. Người bệnh***

Được giải thích kỹ về kỹ thuật sắp tiến hành, được sử dụng giảm đau hoặc  
phong bế thần kinh trước khi tiến hành thủ thuật.

***4. Hồ sơ bệnh án***

Người bệnh được làm hồ sơ xác định tổn thương xương.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

***1. Kiểm tra lại hồ sơ***

Người bệnh, chỉ định, chống chỉ đinh và cam kết đồng ý thực hiện thủ  
thuật.  
***2. Kiểm tra người bệnh***

- Xử trí các vấn đề đường thở và hô hấp .

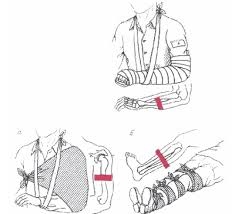
- Xác định vị trí gẫy xương.

- Đánh giá và kiểm soát chảy máu. Đề phòng sốc.

- Hạn chế dịch chuyển, xê dịch vùng tổn thương.

- Bất động vùng tổn thương bằng nẹp khi cần thiết

***3. Thực hiện kỹ thuật***

****

- Dùng bǎng dính to bản cố định.

- Treo tay cùng bên với bên lồng ngực có xương gãy vào cổ.

- Xử trí vết thương lồng ngực nếu có.

**VI. THEO DÕI**

Theo dõi toàn trạng, tình trạng mất máu, đau, phát hiện tình trạng sốc.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bộ Y Tế (2016). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên khoa phẫu thuật tim mạch - lồng ngực. số 4423/QĐ-BYT*.*

## **PHẪU THUẬT THẮT CÁC MẠCH MÁU LỚN NGOẠI VI**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Là phẫu thuật mạch máu hiếm gặp, chỉ định hạn chế trong số ít trường hợp

Mạch máu tổn thương cần được xử lý để cầm máu là chủ yếu.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Cụt chấn thương vẫn đang chảy máu.

Chi thiếu máu không hồi phục có biểu hiện nhiễm độc, chưa có khả năng cắt cụt.

Vết thương, chấn thương hoặc nhiễm trùng mạch máu phía ngoại vi gây mất máu nhiều, không có khả năng cầm máu, mục đích là cầm máu tạm thời trước điều trị thực thụ.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Có biện pháp cầm máu hiệu quả khác.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

Kíp phẫu thuật: phẫu thuật viên chuyên khoa tim mạch, 1 đến 2 trợ thủ, 1 dụng cụ viên và 1 chạy ngoài.

Kíp gây mê: bác sĩ gây mê và 1 trợ thủ.

**2. Người bệnh:**

Chuẩn bị mổ theo quy trình mổ cấp cứu. Giải thích người bệnh và gia đình theo quy định (tổn thương nặng, nguy cơ cụt chi và tử vong). Hoàn thiện các biên bản pháp lý.

**3. Phương tiện:**

Dụng cụ phẫu thuật: Bộ dụng cụ phẫu thuật mạch máu

Phương tiện gây mê: Gây mê nội khí quản, tê tủy sống hoặc gây tê tại chỗ tùy trường hợp

**4. Hồ sơ bệnh án:**

Hoàn chỉnh hồ sơ bệnh án theo quy định chung của phẫu thuật (siêu âm, xét nghiệm, x quang …). Đầy đủ thủ tục pháp lý (xác nhận cấp cứu của bác sỹ trực trưởng tua, lãnh đạo…). Có thể hoàn thành các bước này sau nếu người bệnh tối cấp cứu.

Các xét nghiệm cần thiết bao gồm:

Xquang ngực thẳng

Nhóm máu

Công thức máu toàn bộ

Chức năng đông máu cầm máu toàn bộ

Xét nghiệm đánh giá chức năng gan, thận

Điện giải đồ

Xét nghiệm nước tiểu

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ:**

Đầy đủ theo quy định (hành chính, chuyên môn, pháp lý).

**2. Kiểm tra người bệnh:**

Đúng người (tên, tuổi …), đúng bệnh.

Vô cảm và chuẩn bị người bệnh:

Gây tê tại chỗ, gây tê tủy sống hoặc gây mê nội khí quản; theo dõi huyết áp và điện tim. Đặt thông tiểu, theo dõi huyết áp liên tục. Đặt tư thế phù hợp với vị trí mạch máu cần thắt; sát trùng; trải toan.

Tư thế cụ thể:

Thắt ĐM nách: Tay ngang 90 độ, kê gối dưới vai hoặc người bệnh nằm nghiêng 90 độ, tay treo vuông góc 90 độ.

Thắt ĐM cánh tay: người bệnh nằm ngửa tay ngang 90 độ, bàn tay để ngửa

Thắt ĐM đùi chung và đùi nông: người bệnh nằm ngửa.

**3. Kỹ thuật :**

* Rạch da theo đường đi của mạch máu (phụ thuộc vào mạch máu định thắt, có thể là đường ngang ½ giữa xương đòn/ bờ ngoài cơ ngực lớn với ĐM nách, ống cánh tay với ĐM cánh tay, đường nối giữa điểm giữa của dây chằng bẹn với điểm trong ½ giữa lồi cầu trong xương đùi với hai ĐM đùi chung và đùi nông).
* Bộc lộ động mạch cần thắt.
* Thắt mạch máu hai lần bằng các loại chỉ tốt nhất là không tiêu hoặc tiêu chậm.
* Đặt dẫn lưu trong trường hợp cần thiết.
* Đóng các vết mổ, kết thúc phẫu thuật.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Theo dõi:**

Nhịp tim, mạch, huyết áp trong suốt quá trình phẫu thuật và hậu phẫu.

Cho kháng sinh điều trị dự phòng nhiễm khuẩn; truyền máu và các dung dịch thay thế máu ... tuỳ theo tình trạng huyết động và các thông số xét nghiệm.

Theo dõi biểu hiện thiếu máu cấp tính phía ngoại vi sau mổ.

Cho thuốc chống đông (heparin) ngay sau 6 8 giờ đầu sau mổ, nếu hết nguy cơ chảy máu và còn cần bảo tồn chi.

**2. Xử trí tai biến:**

Chảy máu: điều chỉnh đông máu. Chỉ định mổ lại cầm máu cấp cứu nếu máu phun thành tia qua vết mổ, có khối máu tụ lớn, có rối loạn huyết động.

Thiếu máu chi sau mổ: Có thể phục hồi lưu thông mạch hoặc cắt cụt tùy trường hợp.

Nhiễm trùng: Có thể tại chỗ hoặc toàn thân, xử trí từ nhẹ đến nặng bao gồm cắt chỉ cách quãng, mổ lại, thay mạch tráng bạc.

Các biến chứng của đông máu (tăng hoặc giảm đông): điều chỉnh thuốc chống đông.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bộ Y Tế (2016). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên khoa phẫu thuật tim mạch - lồng ngực. số 4423/QĐ-BYT*.*

## **PHẪU THUẬT DẪN LƯU DỊCH KHOANG MÀNG TIM**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Chèn ép tim cấp là biến chứng nặng, có thể ảnh hưởng tới tính mạng nếu không được điều trị kịp thời.

Màng tim cũng có thể được tiến hành với chọc hút catheter nhưng nguy cơ bị tắc cao nếu có nhiều máu và máu cục khoang màng tim hoặc phải lưu catheter kéo dài.

Phẫu thuật dẫn lưu màng tim qua đường mở tối thiểu là biện pháp không quá nặng nề cho người bệnh và giải quyết tốt được nguyên nhân chèn ép tim cấp tính.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Tràn dịch, máu màng tim mức độ vừa nhiều

Có biểu hiện lâm sàng chèn ép tim: đau ngực, khó thở, tím tái, áp lực tĩnh mạch trung ương tăng cao.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có chống chỉ định tuyệt đối

Chống chỉ định tương đối:

+ Suy tim rất nặng, không đáp ứng hoặc đáp ứng rất chậm với điều trị nội khoa tích cực hoặc suy tim kéo dài, thể trạng suy kiệt, suy chức năng gan, chức năng thận.

+ Đang có ổ nhiễm trùng ở các cơ quan khác, bệnh mạn tính nặng, bệnh máu.

+ Có các bệnh lý cấp tính khác phối hợp (nhất là các bệnh ác tính).

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

Kíp ngoại khoa: 3 người (1 phẫu thuật viên chính, hai phẫu thuật viên trợ giúp)

Kíp gây mê: 2 người (1 bác sĩ, 1 điều dưỡng phụ mê)

Kíp phục vụ dụng cụ: 2 điều dưỡng (1 phục vụ trực tiếp, 1 bên ngoài)

Kíp vận hành máy tim phổi nhân tạo: 2 bác sĩ hoặc kĩ thuật viên.

**2. Người bệnh:**

Giải thích kĩ với gia đình và người bệnh về cuộc phẫu thuật, ký giấy cam đoan phẫu thuật.

Chiều hôm trước được tắm rửa 2 lần nước có pha betadine và thay toàn bộ quần áo sạch.

Đánh ngực bằng xà phòng bétadine trước khi bôi dung dịch sát khuẩn lên vùng phẫu thuật.

Hồ sơ bệnh án: Theo quy định chung của bệnh án phẫu thuật.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:** Người bệnh nằm ngửa, gối dưới vai.

**2. Vô cảm**:

Tùy tình trạng người bệnh có thể gây tê tại chỗ kết hợp với tiền mê hoặc gây mê nội khí quản.

**3. Kỹ thuật:**

Rạch da ngay dưới mũi ức

Tác các lớp cân cơ vào tới màng ngoài tim ngay dưới mũi ức, lệch sang trái, ở mặt sau của các sụn sườn trái.

Xác định chính xác màng ngoài tim, rạch mở màng ngoài tim.

Hút sạch dịch, máu khoang màng tim.

Bơm rửa sạch khoang màng tim.

Lấy 1 miếng nhỏ màng tim để sinh thiết.

Đặt dẫn lưu vào khoang màng tim.

Đóng lại vết mổ

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Theo dõi**

Sau phẫu thuật cần theo dõi chặt chẽ người bệnh tại buồng chăm sóc sau phẫu thuật tăng cường về các thông số tuần hoàn (mạch, điện tim, huyết áp động mạch tối đa, tối thiểu, trung bình, huyết áp tĩnh mạch trung tâm, nhiệt độ), các ống dẫn lưu, số lượng nước tiểu, các thông số máy thở, tình trạng tinh thần của người bệnh 1 giờ 1 lần trong 24 giờ sau phẫu thuật.

Chụp Xquang tại giường.

Xét nghiệm vào thời gian quy định: khí trong máu, điện giải, hematocrite.

Khám định kỳ sau khi ra viện bằng lâm sàng và siêu âm (khoảng 6 tháng 1 lần). Qua 3 năm nếu không có gì bất thường coi như khỏi.

**2. Xử trí tai biến**

Phát hiện chảy máu, tràn khí hay máu màng phổi, loạn nhịp tim ... để có biện pháp xử lí thích hợp.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bộ Y Tế (2016). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên khoa phẫu thuật tim mạch - lồng ngực. số 4423/QĐ-BYT*.*

## **PHẪU THUẬT CẮT U THÀNH NGỰC**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Các khối u của thành ngực là u của tổ chức liên kết có thể lành tính hoặc sarcom (không bao gồm u của màng phổi):

U của tổ chức phần mềm thành ngực: u xơ thần kinh, u xơ fibroma, u cơ, u mỡ, u máu, u bạch huyết…

U của xương, sụn sườn

Lâm sàng: thường không có triệu chứng, khi u to nổi gồ lên thành ngực người bệnh mới đến khám.

Phẫu thuật bóc u thành ngực là lấy bỏ khối u phần mềm, thành ngực.

**II. CHỈ ĐỊNH**

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

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

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

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

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

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

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

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

Bác sĩ gây mê hồi sức được đào tạo chuyên khoa

**2. Phương tiện**

Cơ sở ngoại khoa được trang bị đầy đủ, monitor theo dõi huyết áp động mạch, huyết áp tĩnh mạch, bão hòa ô xy, nhịp thở, điện tim…

Dụng cụ: bộ dụng cụ của phẫu thuật chung bao gồm

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

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

Các loại pince kẹp có mấu và không mấu

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

Banh vết mổ tự động loại Beckmann: 1 chiếc

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

Các vật liệu cầm máu như Gelaspon, Surgicel, Spongel

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

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

**3. Người bệnh**

Được giải thích kỹ để họ yên tâm hợp tác trong quá trình điều trị Vệ sinh sạch sẽ toàn thân đặc biệt là vùng ngực, cạo lông nách.

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

**4. Hồ sơ bệnh án**

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

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm**

Gây mê nội khí quản

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

Tư thế người bệnh

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

Đường mở

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

**2. Kỹ thuật mổ**

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

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

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

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Theo dõi**

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

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

Chụp Xquang ngực sau phẫu thuật 24 giờ

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

**2. Xử trí tai biến**

Chảy máu, hematom phải mổ lại

Nhiễm trùng: Phối hợp kháng sinh theo kháng sinh đồ.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bộ Y Tế (2016). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên khoa phẫu thuật tim mạch - lồng ngực. số 4423/QĐ-BYT*.*

## **PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ NHIỄM TRÙNG VẾT MỔ NGỰC**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Nhiễm trùng vết mổ là những nhiễm khuẩn tại vị trí phẫu thuật trong thời gian từ khi mổ cho đến 30 ngày sau mổ với phẫu thuật không có cấy ghép và cho tới một năm sau mổ với phẫu thuật có cấy ghép bộ phận giả.

Nhiễm trùng vết mổ thành ngực bao gồm vết mổ trên thành ngực và nhiễm trùng vết mổ xương ức. Có thể chia ra các loại bao gồm Nhiễm trùng vết mổ nông, nhiễm trùng vết mổ sâu và nhiễm trùng lan vào các cơ quan nội tạng.

Điều trị nhiễm trùng vết mổ cần phối hợp nội khoa (kháng sinh toàn thân, nâng cao thể trạng, chống phù nề…) thay bằng làm sạch vết mổ hàng ngày. Phẫu thuật cắt lọc, làm sạch vết mổ được đặt ra nếu các biện pháp trên thất bại.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Tất cả các trường hợp được chẩn đoán nhiễm trùng vết mổ sâu mà thất bại với các biện pháp điều trị nội khoa và chăm sóc vết mổ hàng ngày.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Nhìn chung không có chống chỉ định nhưng cần thận trọng trong những trường hợp toàn thân nặng, suy kiệt, suy tim nặng…

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

Kíp phẫu thuật: phẫu thuật viên chuyên khoa, 2 trợ thủ, 1 dụng cụ viên và 1 chạy ngoài chuyên khoa.

Kíp gây mê chuyên khoa: bác sĩ gây mê và 12 trợ thủ.

Kíp vận hành kỹ thuật (nếu có trục trặc xảy ra với hệ thống máy nội soi).

**2. Người bệnh:**

Chuẩn bị mổ theo quy trình mổ ngực (nhất là khâu vệ sinh, kháng sinh dự phòng).

Khám gây mê hồi sức.

Giải thích người bệnh và gia đình theo quy định.

Hoàn thiện các biên bản pháp lý.

**3. Phương tiện:**

Dụng cụ phẫu thuật:

Bộ dụng cụ mở và đóng ngực (banh sườn, chỉ xiết sườn ...) hoặc đóng và mở xương ức.

Bộ dụng cụ đại phẫu cho phẫu thuật lồng ngực thông thường (chuẩn bị).

Phương tiện gây mê:

Bộ dụng cụ phục vụ gây mê mổ ngực.

Các thuốc gây mê và hồi sức tim mạch.

Ống nội khí quản hai nòng (Carlens)…

**4. Hồ sơ bệnh án:**

Hoàn chỉnh hồ sơ bệnh án theo quy định chung.

Đầy đủ thủ tục pháp lý.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:**

Người bệnh nằm ngửa, nghiêng 90o hoặc 45o sang bên đối diện tùy thuộc vào từng vị trí nhiễm trùng trên thành ngực.

**2. Vô cảm:**

Gây mê nội khí quản 2 nòng.

**3. Kỹ thuật:**

Theo dõi điện tim và bão hoà ô xy mao mạch (SpO2) liên tục. Đặt 2 đường truyền tĩnh mạch trung ương và ngoại vi. Thở máy có ôxy hỗ trợ 100%. Đặt thông tiểu.

Sát khuẩn và bộc lộ vùng mổ như trong phẫu thuật ban đầu. Lấy dịch và tổ chức hoại tử trong vết mổ tại các vị trí khác nhau nuôi cấy vi trùng và làm kháng sinh đồ.

Xác định thương tổn và đánh giá toàn bộ vùng thương tổn cũng như mối liên quan (lỗ rò với vùng khác, mức độ hoại tử lan rộng...).

Cắt lọc lấy sạch tổ chức hoại tử, cắt tới vùng “tổ chức lành”. Làm sạch tận đáy vết mổ. Đối với nhiễm trùng xương ức thì cần dùng kìm gặm xương lấy tối đa tổ chức xương chết do viêm cùng với kiểm soát và làm sạch khoang màng tim.

Đặt hệ thống dẫn vết mổ (số lượng tuỳ thuộc vào mục đích dẫn lưu dịch vết mổ ra ngoài sao cho có hiệu quả). Đối với nhiễm trùng xương ức cần có thêm làm sạch và dẫn lưu màng tim + sau xương ức.

Sát trùng lại vết mổ và đóng vết mổ một lớp với chỉ đơn sợi.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Theo dõi**

Theo dõi toàn trạng: Mạch, nhiệt độ, huyết áp, hệ thống dẫn lưu…

Xét nghiệm công thức máu, hematocrit ngay sau khi về bệnh phòng.

Cho kháng sinh điều trị nhiễm khuẩn đường tĩnh mạch, giảm đau; truyền máu và các dung dịch thay thế máu ... tuỳ theo tình trạng huyết động và các thông số xét nghiệm.

Lí liệu pháp hô hấp ngay từ ngày đầu sau mổ.

**2. Xử trí tai biến**

Xẹp phổi sau mổ: do người bệnh không thở tốt và bít tắc đờm rãi sau mổ. Lâm sàng người bệnh khó thở, sốt, nghe rì rào phế nang giảm; xquang có hình ảnh xẹp phổi. Cần phải giảm đau tốt cho người bệnh, kháng sinh toàn thân, người bệnh cần ngồi dậy sớm, vỗ rung và ho khạc đờm rãi. Nếu cần có thể soi hút phế quản.

Viêm rò mạn tính: Điều trị tốt các bệnh toàn thân (nếu có), nâng cao thể trạng, kích thích miễn dịch, thay băng...

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bộ Y Tế (2016). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên khoa phẫu thuật tim mạch - lồng ngực. số 4423/QĐ-BYT*.*

## **PHẪU THUẬT LẤY DỊ VẬT PHỔI MÀNG PHỔI**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

 Dị vật phổi màng phổi thường gặp sau chấn thương phức tạp lồng ngực, vết thương ngực do hỏa khí và vật sắc dễ gãy. Người bệnh vào viện thường mất nhiều máu, tràn khí hoặc vết thương ngực hở nên phải mở ngực cấp cứu cầm máu, cầm khí kết hợp với lấy dị vật. Tuy nhiên những trường hợp đến cơ sở có huyết động ổn định, vết thương thành ngực không phức tạp và có hình ảnh của dị vật phổimàng phổi, chúng ta có thể áp dụng phẫu thuật nội soi qua thành ngực kết hợp với đường mổ nhỏ (VATSVideoassisted thoracic surgery) để điều trị.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Dị vật phổimàng phổi có huyết động của người bệnh ổn định.

Chấn thương mới chưa gây dính nhiều giữa phổi và thành ngực và các thành phần của trung thất.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Dị vật lớn ≥ 10mm.

Dị vật ở vùng nguy hiểm

Chấn thương và vết thương ngực đã lâu

Nhiễm trùng và mủ trong khoang màng phổi và viêm tấy thành ngực

Các chống chỉ định do cơ địa và bệnh lý phối hợp của người bệnh không cho phép làm xẹp phổi một bên.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện quy trình kỹ thuật**: bác sỹ phẫu thuật có khả năng phẫu thuật mở và nội soi ngực. Bác sỹ gây mê có thể đặt nội khí quản hai nòng chọn lọc để làm xẹp phổi chủ động bên phẫu thuật.

**2. Phương tiện**: bộ dụng cụ mở ngực, bộ dụng cụ mổ nội soi ngực có kèm video hỗ trợ.

**3. Người bệnh**: Nằm nghiêng 300 hoặc nghiêng 900 bộc lộ toàn bộ thành ngực bên phẫu thuật và cả xương ức.

**4. Hồ sơ bệnh án:** có đủ bằng chứng của dị vật phổi màng phổi. Nếu có tràn máu và khí màng phổi và nghi ngờ có dị vật, nên kiểm tra Xquang hoặc chụp cắt lớp trước mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ**: có chẩn đoán xác định dị vật phổi và màng phổi.

**2. Kiểm tra người bệnh:** đánh dấu vị trí của dị vật trên thành ngực và vẽ đường mổ dự kiến ở khoang gian sườn gần nhất với vị trí của dị vật.

**3. Thực hiện kỹ thuật:**

* Tùy vị trí và kích thước của dị vật mà thực hiện đường mổ có kích thước tương ứng.
* Gỡ dính và làm sạch vùng màng phổi bên dưới đường mổ khi vào khoang màng phổi.
* Kết hợp với dụng cụ nội soi hỗ trợ để gỡ dính, cầm máu nhu mô phổi và thành ngực cũng như hút rửa sạch khoang màng phổi.
* Xác định vị trí dị vật bằng nhìn trực tiếp qua vết mở da hoặc qua camera.   Dùng kẹp nội soi hoặc kẹp của bộ mổ ngực để lấy dị vật ra khỏi nhu mô phổi.
* Cầm máu và cầm khí vết thương nhu mô phổi nếu có bằng cách khâu thông thường chỉ tiêu hoặc không tiêu, kẹp đinh nội soi hoặc cắt thùy phổi và phân thùy phổi trong trường hợp có tổn thương nhu mô rộng gây thiếu máu và hỏng chức năng một vùng phổi rộng.
* Đặt dẫn lưu khoang màng phổi và đóng ngực.

**VI. THEO DÕI**

Dịch máu qua dẫn lưu hàng giờ trong 24 giờ đầu.

Đánh giá Xquang phổi mỗi 24 giờ sau mổ.

Rút dẫn lưu khi hết dò khí, dịch qua dẫn lưu là dịch tiết dưới 100 ml/24 giờ và phổi nở sát thành ngực.

Thực hiện giảm đau tốt, vật lý trị liệu hô hấp tránh xẹp phổi và viêm phổi do hạn chế hô hấp.

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

 Thực hiện mở ngực rộng kinh điển ngay khi gặp khó khăn trong mổ VATS lấy dị vật phổi màng phổi. Chủ động khi tiên lượng mất máu nhiều khi lấy bỏ dị vật khỏi nhu mô phổi sát mạch máu lớn của phổi và trung thất.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bộ Y Tế (2016). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên khoa phẫu thuật tim mạch - lồng ngực. số 4423/QĐ-BYT*.*

# C. TIẾT NIỆU-SINH DỤC

## **23. LẤY SỎI THẬN BỆNH LÝ, THẬN MÓNG NGỰA, THẬN ĐA NANG**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Sỏi thận là bệnh lý thường gặp, chiếm 4-12% dân số

- Có nhiều phương pháp điều trị sỏi: Tán sỏi ngoài cơ thể, tán sỏi qua da, tán sỏi nội soi ống mềm, mổ mở. Trong đó mổ mở lấy sỏi thận bệnh lý là một phương pháp cổ điển nhưng vẫn được chỉ định cho nhiều trường hợp sỏi thận.

**II. CHỈ ĐỊNH**

-Sỏi gây tắc đường bài xuất nước tiểu, gây ứ trệ đài bể thận- niệu quản.

-Sỏi thận điều trị nội khoa không kết quả.

-Sỏi thận có chỉ định can thiệp nhưng lại chống chỉ định với các phương pháp ít xâm lấn

**III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Chống chỉ định tương đối với các bệnh lý toàn thận nặng như suy gan, suy tim, tiểu đường, rối loạn đông máu, tăng huyết áp. Nếu không có tình trạng tối cấp cứu thì cần điều chỉnh tình trạng toàn thân trước khi thực hiện phẫu thuật để đảm bảo an toàn cho người bệnh

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- 03 bác sĩ: 01 phẫu thuật viên chính là bác sỹ chuyên khoa Tiết niệu và 02 phụ mổ

- 02 điều dưỡng: 1 điều dưỡng đưa dụng cụ, 01 phục phụ bên ngoài.

**2. Phương tiện**

Chuẩn bị sẵn một bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản, một bộ dụng cụ phẫu thuật sinh dục-tiết niệu dài, một bộ dụng cụ phẫu thuật sinh dục-tiết niệu siêu dài, một bộ dụng cụ phẫu thuật tiết niệu – sinh dục nhỏ.

**3. Người bệnh**

- Người bệnh được giải thích rõ về phẫu thuật, cũng như các nguy cơ có thể xảy ra.

- Phải thụt tháo phân tối hôm trước mổ.

- Bệnh nhân được tắm rửa, vệ sinh sạch sẽ vùng mổ, đánh dấu vị trí mổ.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Đầy đủ các xét nghiệm cơ bản, điện tim, Xquang phổi trong giới hạn bình thường.

- Chụp UIV, hoặc cắt lớp vi tính hệ tiết niệu để đánh giá vị trí, hình thái, kích thước số lượng sỏi, đánh giá chức năng thận.

- Giấy cam đoan phẫu thuật.

- Bệnh nhân có Cao huyết áp, bệnh nhân trên 60 tuổi cần được siêu âm tim.

- Bệnh nhân có bệnh phổi tắc ngẽn mạn tính (COPD) phải đo chức năng hô hấp trước mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**- Khám lại người bệnh**

**- Kiểm tra hồ sơ.**

**- Thực hiện kỹ thuật**

1. Đường rạch: Bệnh nhân nằm nghiêng 90 độ về bên đối diện, kê độn thắt lưng

Đường rạch: đường sườn lưng, có thể cắt xương sườn 12 hoặc không.

2. Cắt qua các lớp cơ vào khoang hố thận.

3. Phẫu tích bộc lộ niệu quản đoạn 1/3 trên và phẫu tích bộc lộ rộng rãi bể thận.

4. Mở bể thận:

-Lấy nước tiểu nuôi cấy kháng sinh đồ nếu nước tiểu đục hoặc nghi ngờ có nhiễm khuẩn.

Lấy sỏi, kiểm tra các đài bể thận lấy hết sỏi đài thận, bởm rửa sạch bể thận. Trường hợp sỏi khó lấy xem xét mở nhu mô thận lấy sỏi

Đóng nhu mô thận bằng mũi chữ U chỉ tiêu số 1, đóng bể thận bằng chỉ tiêu số 3 hoặc số 4

5. Đặt sonde JJ bể thận niệu quản số 6F hoặc 7F.

6. Đặt dẫn lưu hố thận.

7. Đóng vết mổ hai lớp mũi rời theo giải phẫu.

**VI.THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**- Theo dõi:**

+ Theo dõi toàn thân, đánh giá tình trạng nhiễm trùng, chảy máu sau mổ.

+Theo dõi ống dẫn lưu: màu sắc, số lượng.

+ Theo dõi lượng nước tiểu 24h.

+ Điều trị nhiễm khuẩn bằng kháng sinh, hoặc theo kháng sinh đồ.

+ Rút dẫn lưu ổ bụng sau 2-3 ngày sau mổ khi số lượng ra dưới 50ml/24h, tình trạng toàn thân và vùng mổ ổn định.

+ Ra viện sau 1 tuần điều trị, rút ống thông niệu quản sau 2 tuần- 1 tháng, trong một số trường hợp đặc biệt có thể lưu lâu hơn.

**-Tai biến:**

+Nhiễm khuẩn tiết niệu, nhiễm khuẩn vùng mổ: điều trị chống nhiễm khuẩn, thay băng chăm sóc vết mổ.

+Chảy máu: điều trị nội khoa theo dõi diễn biến chảy máu, trường hợp điều trị nội khoa không hiệu quả thì chụp mạch xét can thiệp nút mạch hoặc mổ lại xử lý.

+Rò nước tiểu: Lưu sonde tiểu cho tới khi hết rò nước tiểu, xem xét thay sonde JJ cỡ lớn hơn. Đa số các trường hợp rò nước tiểu đều tự liền nếu lưu thông thận niệu quản bàng quang tốt.

+Tụ dịch hoặc áp xe tồn dư trong ổ bụng (trong, sau phúc mạc): Xác định chính xác vị trí, kích thước ổ tụ dịch hoặc áp xe bằng siêu âm hoặc chụp cắt lớp vi tính

+ Khối tụ dịch, áp xe nhỏ < 5cm, ở nông có thể chọc hút dưới hướng dẫn siêu âm.

+ Khối tụ dịch, áp xe lớn ở sâu phải chích dẫu lưu hoặc phẫu thuật làm sạch ổ áp xe.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bộ Y Tế (2017). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên khoa phẫu thuật tiết niệu. Số 5731/QĐ-BYT*.*

## **CẮT THẬN ĐƠN THUẦN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Cắt thận đơn giản là phẫu thuật cắt bỏ thận trong bệnh thận lành tính, là bước cuối cùng khi các điều trị khác thất bại.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Chỉ định cắt thận đơn giản khi thận bị thương tổn nặng do chấn thương không thể bảo tồn, thận mất chức năng vì những lý do khác nhau, cắt thận người cho để ghép cho người nhận.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Chống chỉ định của cắt thận đơn giản, bệnh tim mạch, toàn thân nặng không thể phẫu thuật, rối loạn đông máu chưa kiểm soát và sốc giảm thể tích.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- 03 bác sĩ: 01 phẫu thuật viên chính là bác sỹ chuyên khoa Tiết niệu và 02 phụ mổ

- 02 điều dưỡng: 1 điều dưỡng đưa dụng cụ, 01 phục phụ bên ngoài.

**2. Phương tiện**

Chuẩn bị sẵn một bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản, một bộ dụng cụ phẫu thuật sinh dục-tiết niệu dài, một bộ dụng cụ phẫu thuật sinh dục-tiết niệu siêu dài, một bộ dụng cụ phẫu thuật tiết niệu – sinh dục nhỏ. Bộ phẫu thuật mạch máu.

**3. Người bệnh**

- Người bệnh được giải thích rõ về phẫu thuật, cũng như các nguy cơ có thể xảy ra, nhất là các trường hợp có huyết khốiTM thận hoặc di căn gan phổi, đại tràng

- Phải thụt tháo phân tối hôm trước mổ.

- Bệnh nhân được tắm rửa, vệ sinh sạch sẽ vùng mổ, đánh dấu vị trí mổ.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Đầy đủ các xét nghiệm cơ bản, điện tim, Xquang phổi trong giới hạn bình thường.

- Chụp cắt lớp vi tính hệ tiết niệu để đánh giá vị trí, hình thái, kích thước u, tình trạng di căn, hạch lân cận và huyết khối tĩnh mạch.

- Giấy cam đoan phẫu thuật.

- Bệnh nhân có Cao huyết áp, bệnh nhân trên 60 tuổi cần được siêu âm tim.

- Bệnh nhân có bệnh phổi tắc ngẽn mạn tính (COPD) phải đo chức năng hô hấp trước mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

* Kiểm tra hồ sơ: biên bản hội chẩn, cam kết phẫu thuật, biên bản duyệt mổ, biên bản khám tiền phẫu và tiền mê.
* Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bên thương tổn đã đánh dấu.
* Thực hiện kỹ thuật: (90 - 150ph)

1. **Tiếp cận qua phúc mạc**

* Tư thế người bệnh: Bệnh nhân nằm ngửa
* Rạch da theo đường trắng giữa trên dưới rốn, hay đường trắng bên 2 bên, phẫu tích vào ổ bụng
* Mở mạc Toldt di động đại tràng vào giữa. Thực hiện thủ thuật Kocher để bộc lộ tá tràng và tĩnh mạch chủ dưới (cắt thận phải). Di động lách khỏi thận trái (cắt thận trái).
* Phẫu tích cuống thận tìm TM thận, ĐM thận. Cắt ĐM, TM thận, buộc cầm máu chắc chắn. Cần lưu ý các đặc điểm giải phẫu học để xác định ĐM và TM thận.
* Cắt niệu quản và mỡ quanh thận. Thận được đặt vào túi bệnh phẩm và lấy ra ngoài qua một vết mổ nhỏ đường giữa dưới rốn hoặc đường Pfannenstiel.

1. **Tiếp cận sau phúc mạc**

* Tư thế: nằm nghiêng 90o đối bên tổn thương.
* Rạch da đường sườn lưng. Mở cân Gerota, phẫu tích cuống thận.
* Kẹp cắt riêng từng ĐM và TM thận, buộc cầm máu kỹ.
* Cắt niệu quản, cắt mỡ quanh thận.
* Lấy thận ra ngoài .
* Dẫn lưu sau phúc mạc.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

* Theo dõi tình trạng bụng, vết mổ và dịch thoát ra từ ống dẫn lưu.
* Chảy máu: tùy mức độ chảy máu, nếu chảy máu số lượng ít, điều trị nội khoa, nếu chảy số lượng lớn từ cách động mạch hoặc tĩnh mạch thận cần mổ lại cầm máu
* Tổn thương cơ quan lân cận do chạm thương gan, lách, tuyến thượng thận, ruột … khi phẫu tích: xử trí theo thương tổn.
* Tổn thương niệu quản của thận dưới do thiếu máu nuôi, rách niệu quản, đặt JJ, khâu lại niệu quản
* Tụ dịch sau phúc mạc: dẫn lưu khi tụ dịch lượng nhiều, có triệu chứng
* Nhiễm khuẩn vết mổ: chăm sóc vết mổ
* Tăng huyết áp, bệnh thận mạn là những biến chứng muộn.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bộ Y Tế (2017). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên khoa phẫu thuật tiết niệu. Số 5731/QĐ-BYT*.*

## **CẮT MỘT NỬA THẬN (CẮT THẬN BÁN PHẦN)**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Nhằm mục đích phải bảo tồn nhu mô thận cho những trường hợp thận bị thương tổn cả hai bên hoặc có thể sẽ bị bệnh lý cả hai, ngày nay nhờ các tiến bộ về kỹ thuật vi phẫu và việc bảo quản thận, người ta có thể cắt thận bán phần tại chỗ sau khi đã bộc lộ thận để kiểm tra cuống thận và một đôi khi còn đưa thận ra ngoài cơ thể, để xử lý các thương tổn phức tạp do chấn thương hay bị các u.

**II. CHỈ ĐỊNH**

* Cắt thận bán phần cực trên khi niệu quản phân đôi và bể thận bệnh lý
* Cắt thận bán phần do u thận
* Cắt thận bán phần cực dưới có niệu quản sinh đôi và bể thận dưới bệnh lý
* Chấn thương thận hoặc tổn thương do sỏi
* Thông động tĩnh mạch trong thận điều trị bằng can thiệp mạch thất bại

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Người bệnh có tiền sử bệnh lý nội khoa nặng nề, không thể gây mê hoặc gây tê

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- 03 bác sĩ: 01 phẫu thuật viên chính là bác sỹ chuyên khoa Tiết niệu và 02 phụ mổ

- 02 điều dưỡng: 1 điều dưỡng đưa dụng cụ, 01 phục phụ bên ngoài.

**2. Phương tiện**

Chuẩn bị sẵn một bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản, một bộ dụng cụ phẫu thuật sinh dục-tiết niệu dài, một bộ dụng cụ phẫu thuật sinh dục-tiết niệu siêu dài, một bộ dụng cụ phẫu thuật tiết niệu – sinh dục nhỏ. Bộ phẫu thuật mạch máu.

**3. Người bệnh**

- Người bệnh được giải thích rõ về phẫu thuật, cũng như các nguy cơ có thể xảy ra, nhất là các trường hợp có huyết khối TM thận hoặc di căn gan phổi, đại tràng

- Phải thụt tháo phân tối hôm trước mổ.

- Bệnh nhân được tắm rửa, vệ sinh sạch sẽ vùng mổ, đánh dấu vị trí mổ.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Đầy đủ các xét nghiệm cơ bản, điện tim, Xquang phổi trong giới hạn bình thường.

- Chụp cắt lớp vi tính hệ tiết niệu để đánh giá vị trí, hình thái, kích thước u, tình trạng di căn, hạch lân cận và huyết khối tĩnh mạch.

- Giấy cam đoan phẫu thuật.

- Bệnh nhân có Cao huyết áp, bệnh nhân trên 60 tuổi cần được siêu âm tim.

- Bệnh nhân có bệnh phổi tắc ngẽn mạn tính (COPD) phải đo chức năng hô hấp trước mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế: nghiêng bên cắt thận 70 độ**

**2. Vô cảm: gây tê tủy sống hoặc gây mê toàn thân**

**3. Kỹ thuật**

**Bước 1: Đường mổ**

* Cần bộc lộ trong những điều kiện tốt nhất cuống thận và giải phóng hai cực của thận. Rạch da vùng thắt lưng qua khoảng liên sườn thứ 11 hoặc cắt xương sườn thứ 12 nếu thận ở cao.
* Sau khi đã mỡ khoang thận, bóc tách thận khỏi lớp mỡ quanh thận. Nói chung nên giải phóng toàn bộ thận dù là sẽ cắt bỏ cực trên hay dưới, để nhìn rõ cuống thận. Một vài trường hợp cắt thận cực dưới có thể làm tại chỗ mà không cần bộc lộ hết thận cho những người bệnh người gầy mà cuống thận dễ bóc tách.

**Bước 2: Phẫu tích cuống thận**

* Sau khi đã giải phóng thận, cần tìm niệu quản và luồn một dây chờ để làm mốc, phẫu tích lên trên tận bể thận và cũng là để đi vào cuống thận. Tìm tĩnh mạch thận, bóc tách và luồn một dây chờ, cho thấy động mạch thận ở phía sau và hơi ở phía trên của tĩnh mạch. Trong trường hợp gặp khó khăn, nhất là ở bên phải thì tìm động mạch ở phía sau và hơi ở phía trên của tĩnh mạch ở phía sau đoạn tận cùng của tĩnh mạch thận, đẩy tĩnh mạch chủ lên bằng một banh nâng mí ắt. Bóc tách và luồn một dây chờ dưới động mạch thận.
* Bắt đầu phẫu tích riêng rẽ, chọn lọc, từng nhánh của động mạch thận. Thật là hiếm gặp để có được một hình ảnh chịp động mạch cho biết chính xác việc tưới máu ở vùng nhu mô thận sẽ cắt bỏ; cho nên người phẫu thuật viên bao giờ cũng phải nhớ sơ đồ phân chia của những nhánh của động mạch thận ở các vùng của mặt trước và mặt sau thận. Do đó, việc giải phóng động mạch trước bể thận hoặc sau bể thận và các nhánh của nó, cần đi xa vào trong, tùy theo vị trí khu trú của thương tổn ở thận. Việc phẫu tích lại đặc biệt phải chú ý khi mà động mạch sau bể thận, lại chạy theo đường cong lên cao; vì rằng nếu thắt nó sẽ dẫn đến nhồi máu của tất cả mặt sau của thận. Do những thay đổi của giải phẫu, trong thực tế đòi hỏi phải phẫu tích lần lượt các nhánh động mạch, tách ra khỏi đường dẫn niệu kế cận hoặc các tính mạch đi song hành với nó. Do đó dễ gây ra rách tĩnh mạch, đòi hỏi phải khâu cần dùng các banh mí mắt để kéo rộng hai mép ra. Sau khi đã tìm được các nhánh động mạch được coi là đi về vùng nhu mô thận sẽ cắt bỏ, phải kẹp lại bằng các kẹp máu nhỏ (bull - dogs), đợi một vài phút sau thấy xuất hiện vùng xanh phớt thiếu máu của vùng tương ứng với các nhánh mạch máu đó nuôi dưỡng; cũng vì vậy nếu thắt các nhánh mạch máu đó sẽ cho phép cắt bỏ đoạn nhu mô cần thiết. Sau khi đã thắt và cắt các mạch máu, việc phẫu tích phần còn lại của các thành phần của cuống thận sẽ dễ dàng.
* Các tĩnh mạch thận thì nối lại với nhau, về mặt lý thuyết thì không cần phẫu tích và phân lập các tĩnh mạch chạy từ vùng bệnh lý ra. Tuy nhiên trong khi cắt thận bán phần có những tĩnh mạch bị rách hoặc bị dật đứt đi từ vùng bệnh lý ra vẫn cần thắt và cắt.
* Thường thấy có nước tiểu được chảy ra qua thân của đài thận ở cực trên hoặc cực dưới của thận, có thể thắt lại, nếu biết chắc chắn là vùng cắt bỏ được dẫn lưu qua đó, còn nếu nghi ngờ chưa chắc chắn thì không can thiệp gì và sẽ khâu lại vùng mặt cắt các đài thận.
* Trước khi cắt nhu mô thận, cần thận trọng không khéo luồn một dây chờ dưới động và tĩnh mạch thận để đảm bảo chẹn mạch hoặc có thể dùng các kẹp để kẹp các mạch máu khi có chảy máu lớn.

**Bước 3: Cắt nhu mô thận**

* Không cần thiết phải tách bao xơ thận. Đường cắt nhu mô có thể là ngang hay chéo, chạy theo vùng có đổi mầu sẫm thiếu máu, nhưng cần giữ phẳng, cắt bằng dao điện thành một mặt cắt rõ nét qua đó có thể nhìn thấy các mạch máu hoặc đài thận.
* Để hạn chế chảy máu, thao tác cắt phải nhanh và phải khâu cầm máu các vết thương mạch máu, đặc biệt với động mạch, nếu vùng thiếu máu không phù hợp với vùng cắt bỏ. Các nút khâu phải khâu bằng loại chỉ tiêu 5/0 hoặc 6/0 kiểu chữ X hoặc chữ U. Chính trong thời điểm này, việc dùng đầu ngón tay để chẹn ở phía trên mặt cắt, như kiểu chẹn cuống thận là cần thiết. Khâu đường dẫn niệu bị cắt, đài và thân đài bằng chỉ tiêu. Nếu có nghi ngờ còn đáy của đài thận để lại sau cắt, thì nên cắt thêm một mảnh tổ chức nhu mô và bằng mọi cách phải đốt đáy của đài còn để lạ
* Sau khi đã đảm bảo là cầm máu tốt, lật các mảnh bao xơ còn để lại và khâu lại. Đặt thận vào khoang và chú ý không để xoắn cuống thận, và để dự phòng thận bị xoắn, tốt hơn hết nên khấu cố định cực trên hay cực dưới thận vào thành sau, bằng ba mũi khâu thành hình tam giác. Khâu kín thành vết mổ có đặt một ống dẫn lưu bằng chất dẻo kiểu hút.

**VI THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

1. **Theo dõi**

* Chảy máu thứ phát là do khâu cầm máu không đầy đủ hoặc do bong đám tổ chức hoại tử ít xảy ra, mà nếu có, đặc biệt phải mổ lại để cầm máu hoặc cắt thận.
* Hiện tượng rò nước tiểu tạm thời là do khâu đường dẫn niệu chưa tốt hoặc còn sót lại một đài bị tắc không được dẫn vào đường dẫn niệu, nước tiểu từ đó chảy vào ổ mổ. Thường sẽ hết đi dần dần nhưng có khi kéo dài một vài tuần lễ.
* Suy thận tạm thời thường là do hoại tử ống thận cấp, hậu quả của việc thao tác vào cuống thận và gây ra thiếu máu thận. Nếu ở người chỉ còn một thận thì phải thẩm phân máu một số lần. Đặc biệt hiếm gặp, thường làm cho bất ngờ là trường hợp chụp niệu đồ tĩnh mạch kiểm tra sau mổ, thấy mất chức năng thận sau cắt bán phần.

1. **Xử trí tai biến**

* Tai biến chảy máu: nếu chảy máu nhiều, ống dẫn lưu ra nhiều máu đỏ. Mạch nhanh, huyết áp tụt. Cần mổ lại để kiểm tra và khâu cầm máu lại
* Rò nước tiểu: đặt ống JJ niệu quản.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bộ Y Tế (2017). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên khoa phẫu thuật tiết niệu. Số 5731/QĐ-BYT*.*

## **PHẪU THUẬT KHÂU BẢO TỒN HOẶC CẮT THẬN BÁN PHẦN TRONG CHẤN THƯƠNG THẬN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Chấn thương thận là nguyên nhân gặp hàng đầu trong chấn thương tiết niệu và chiếm khoảng 10 - 15% chấn thương bụng kín nói chung. Hiện nay, chẩn đoán phân độ chấn thương thận ngày càng chính xác nhờ áp dụng chụp cắt lớp vi tính trong cấp cứu. Điều trị bảo tồn theo dõi chấn thương thận chiếm tỷ lệ 75 - 86%. Chỉ định phẫu thuật đặt ra khi tình trạng huyết động không ổn định hoặc có biến chứng tiết niệu và mạch máu thận sau chấn thương với nguyên tắc bảo tồn thận tối đa được đặt lên hàng đầu. Khâu bảo tồn thận vỡ và cắt thận bán phần trong chấn thương là hai kỹ thuật được sử dụng thường xuyên nhất nhằm bảo tồn tối đa thận chấn thương.

**II. CHỈ ĐỊNH**

* Chỉ định mổ cấp cứu chấn thương thận nặng gây sốc mất máu.
* Chấn thương thận độ IV, V đi kèm chấn thương bụng khác có chỉ định mổ.
* Vỡ bể thận - niệu quản hoàn toàn do chấn thương.
* Chấn thương thận trên thận bệnh lý ứ nước thận do sỏi, vỡ nang thận hoặc u xơ cơ mỡ mạch thận vỡ do chấn thương.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

* Chấn thương thận độ I - IV đơn thuần hoặc phối hợp có tình trạng huyết động ổn định được chỉ định điều trị bảo tồn theo dõi.
* Chấn thương thận có tổn thương động mạch thận gây thoát thuốc thì sớm được chỉ định chụp động mạch thận và can thiệp nút mạch tổn thương cầm máu.
* Chấn thương thận nặng độ IV hoặc V tổn thương mạch thận đến muộn hoặc vỡ nát thận nhiều mảnh đánh giá trong mổ không có khả năng bảo tồn thận.
* Chấn thương thận trên thận bệnh lý có u thận hoặc thận ứ nước nặng mất chức năng.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện quy trình kỹ thuật:**

* Bác sĩ: 03 Bác sĩ Ngoại Tiết niệu thực hiện phẫu thuật điều trị chấn thương thận.
* 01 Bác sĩ Gây mê hồi sức tiến hành gây mê toàn thân với nội khí quản và theo dõi người bệnh trong quá trình thực hiện phẫu thuật.
* Điều dưỡng: 03 điều dưỡng phòng mổ làm nhiệm vụ chuẩn bị dụng cụ mổ, phụ mổ, chạy ngoài và phụ mê.

**2. Phương tiện:**

* Chuẩn bị dụng cụ phẫu thuật:
* Bàn để dụng cụ (loại to). Toan mổ: 10 toan lớn, 3 toan con. Áo mổ: 3 - 4 chiếc.
* Găng vô khuẩn: 6 - 8 đôi.
* Chuẩn bị bộ đặt ống thông niệu đạo như mổ mở. Đặt ống thông niệu đạo được thực hiện sau khi gây mê.
* Chuẩn bị bộ dụng cụ đại phẫu bụng bao gồm:
* Dao thường lưỡi to: 01.
* Gạc con: 20 - 40 miếng.
* Kẹp phẫu tích có răng: 02.
* Gạc to: 10 miếng.
* Pince răng chuột: 02.
* Van tự động, van cứng, van mềm.
* Pince to: 10, pince con: 10.
* Chỉ tiêu chậm 4.0 và số 1: 04.
* Kìm kẹp kim: 02.
* Chỉ khâu da tiêu nhanh 3.0: 02.
* Clamps cuống thận: 02
* Hartmann, Farabeuf: 02.

1. **Người bệnh:**

* Được làm đầy đủ các xét nghiệm cơ bản và đánh giá chức năng thận hai bên.
* Được làm siêu âm và chụp cắt lớp vi tính hệ tiết niệu chẩn đoán xác định, phân
* độ chấn thương thận và đánh giá chức năng 2 thận.
* Chụp động mạch thận chọn lọc xác định và can thiệp tổn thương động mạch.
* Giải thích rõ ràng cho người bệnh và gia đình về chỉ định, phương pháp thực hiện, hiệu quả, ưu điểm của phẫu thuật bảo tồn thận chấn thương cũng như các nguy cơ phẫu thuật có thể gặp: Chảy máu, nhiễm trùng, biến chứng gây mê hồi sức.
* Người bệnh được chuẩn bị trước phẫu thuật theo quy trình thống nhất.

1. **Hồ sơ bệnh án :**

* Hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin, các phương pháp chẩn đoán xác định và phân độ chấn thương thận, đánh giá tình trạng toàn thân và các chấn thương phối hợp.
* Hồ sơ có đủ biên bản hội chẩn của khoa thống nhất chỉ định phẫu thuật mở xử trí thận chấn thương và có đầy đủ giấy đồng ý phẫu thuật được người bệnh và gia đình ký và ghi rõ ngày tháng năm.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ:**

Kiểm tra siêu âm ổ bụng: Đánh giá tình trạng có dịch ổ bụng và quanh thận, phát hiện các tổn thương thận chấn thương.

Kiểm tra chụp cắt lớp vi tính hệ tiết niệu để xác định đặc điểm, mức độ chấn thương thận, đánh giá hình thái, chức năng thận 2 bên và xác định các bệnh lý tiết niệu kết hợp.

1. **Kiểm tra người bệnh:**

* Chuẩn bị giống như mổ mở thường quy, kiểm tra xét nghiệm công thức máu, đông máu, sinh hóa máu và nước tiểu, chức năng thận, điện tim, chụp X quang phổi.
* Điều trị tích cực tình trạng sốc mất máu nếu có. Truyền máu nếu cần thiết.

1. **Thực hiện kỹ thuật:**

* Vô cảm: Người bệnh được gây mê nội khí quản, ống thông niệu đạo đặt trước
* mổ.
* Tư thế người bệnh và vị trí phẫu thuật viên:
* Người bệnh được đặt ở tư thế nghiêng 90 độ sang bên đối diện, chân dưới co chân trên duỗi, có kê độn dưới thắt lưng bên đối diện nếu mổ đường sườn thắt lưng. Phẫu thuật viên và người phụ đều đứng cùng bên thận chấn thương. Nếu có chấn thương bụng phối hợp chỉ định mổ thì mổ đường trắng giữa trên dưới rốn, người bệnh sẽ được
* đặt ở tư thế nằm ngửa.
* Dụng cụ viên trải bàn dụng cụ hai lớp toan, chuẩn bị dụng cụ. Phẫu thuật viên sát trùng vùng mổ, trải toan mổ.

1. **CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH PHẪU THUẬT:**

* Mở bụng đường sườn thắt lưng hoặc trắng giữa trên dưới rốn.
* Bộc lộ khoang sau phúc mạc, mở cân Gerota vào lớp mỡ quanh thận. Nếu mở vào ổ bụng thì mở phúc mạc thành sau dọc mạc Toldt và hạ góc đại tràng phải, đẩy đại tràng và tá tràng vào giữa, vén gan lên cao hoặc cắt dây chằng lách - đại tràng, đẩy lách và đại tràng trái vào trong.
* Lấy máu tụ quanh thận, nhanh chóng bộc lộ cuống thận và kẹp tạm thời bằng Clamp mạch máu. Bộc lộ đánh giá mức độ và đặc điểm tổn thương thận vỡ.
* Bộc lộ đường vỡ thận, lấy hết máu tụ, xác định đáy đường vỡ có vào đài bể thận không, tiến hành khâu phục hồi đường vỡ mũi rời chữ U và X bằng chỉ Vicryl số 0 hoặc số 1. Đường khâu lấy hết đáy của đường vỡ thận. Có thể sử dụng vật liệu cầm máu như Surgicel, Spongel trám vào khuyết hổng nhu mô thận vỡ hoặc dùng lớp mỡ quanh thận khâu ép vào diện vỡ thận.
* Đối với tổn thương vỡ thận khu trú ở một cực thận gây dập nát nhu mô sẽ chỉ định cắt bán phần tổ chức nhu mô dập vỡ và khâu phục hồi diện vỡ bằng chỉ Vicryl số 0 hoặc số 1 mũi rời chữ u và X. Khâu ép lớp mỡ quanh thận vào diện cắt thận.
* Bỏ Clamps cuống thận, kiểm tra chảy máu diện khâu cắt nhu mô và lưu thông niệu quản xuống bàng quang.
* Nếu vỡ rời chỗ nối bể thận - niệu quản thì chỉ định khâu phục hồi bằng chỉ Vicryl 5.0 mũi rời hoặc vắt và đặt ống thông niệu quản.
* Trong trường hợp có bệnh lý đi kèm như sỏi thận, niệu quản, u xơ cơ, mỡ mạch thận thì chỉ định phối hợp lấy sỏi hoặc cắt u thận.
* Kiểm tra vùng mổ sau phúc mạc, kiểm tra các tạng trong ổ bụng và xử trí nếu có tổn thương.
* Dụng cụ viên đếm gạc và kiểm tra dụng cụ mổ trước khi phẫu thuật viên khâu phục hồi thành bụng bằng chỉ tiêu chậm số 1 và khâu da bằng chỉ tiêu nhanh 3.0. Đặt gạc, băng ép và đặt lại tư thế người bệnh.

**VI. THEO DÕI**

* Theo dõi trong mổ:
* Người bệnh được theo dõi chặt chẽ về: Mạch, huyết áp động mạch và áp lực tĩnh mạch trung ương. Nồng độ O2 và CO2 máu đánh giá bằng SpO2 và PetCO2.
* Lượng máu mất: Tính bằng ml qua hút và thấm gạc. Lượng máu cần truyền.
* Thời gian mổ: Tính bằng phút từ khi rạch da đến khi đóng bụng.
* Phát hiện sớm các diễn biến trong mổ: Chảy máu, tổn thương tạng khác.
* Theo dõi sau mổ:
* Về huyết động, tình trạng toàn thân, đau sau mổ, tình trạng ổ bụng, số lượng nước tiểu, lập lại lưu thông tiêu hoá và số lượng dịch qua dẫn lưu.
* Bồi phụ nước và điện giải theo kết quả xét nghiệm sinh hoá máu. Kháng sinh phối hợp nhóm Cephalosporin và Metronidazol từ 5 đến 7 ngày.
* Theo dõi chảy máu sau mổ qua số lượng, màu sắc nước tiểu của ống thông niệu đạo và dẫn lưu vùng mổ, tình trạng bụng đau và chướng khám có cảm ứng phúc mạc, tình trạng huyết động thay đổi. Thông thường chảy máu thuyên giảm một vài ngày sau khi điều trị nội khoa kết hợp.
* Theo dõi số lượng màu sắc dịch chảy ra qua ống dẫn lưu ổ bụng. Chỉ được rút dẫn lưu 2-3 ngày sau mổ khi không còn ra dịch. Phát hiện rò nước tiểu sau mổ khi dịch ra nhiều > 50ml / ngày và kéo dài.
* Rút ống thông niệu đạo sau 05 ngày và cho người bệnh ra viện. Hẹn người bệnh đến khám lại sau 2 - 4 tuần về lâm sàng và làm siêu âm kiểm tra để đánh giá mức độ phục hồi chức năng thận bên can thiệp và soi bàng quang rút ống thông niệu quản nếu có đặt trong mổ.

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

1. **Trong phẫu thuật:**

* Chảy máu do tổn thương tĩnh mạch chủ dưới, tĩnh mạch sinh dục do phẫu tích hoặc chảy máu từ diện khâu cắt nhu mô thận cần kiểm tra kỹ và khâu cầm máu.
* Tổn thương tạng khác: Tá tràng, đại tràng, ruột non khi phẫu tích, đốt điện cần phải xử lí theo tổn thương.

1. **Sau phẫu thuật:**

* Chảy máu trong ổ bụng nhiều, không cầm hoặc chảy qua các ống thông niệu đạo và sau phúc mạc: phải phẫu thuật lại ngay.
* Tụ dịch hoặc áp xe tồn dư trong ổ bụng: Xác định chính xác vị trí, kích thước ổ tụ dịch hoặc áp xe bằng siêu âm hoặc chụp cắt lớp vi tính, nếu khối tụ dịch, áp xe nhỏ <5cm. ở nông có thể chọc hút dưới hướng dẫn siêu âm. Nếu khối tụ dịch, áp xe lớn ở sâu phải chích dẫu lưu hoặc phẫu thuật mở làm sạch ổ áp xe.
* Khi có rò nước tiểu sau mổ phải lưu ống thông niệu đạo và điều trị nội khoa 1 - 2 tuần. Nếu không hết rò sẽ chỉ định đặt lại ống thông JJ hoặc can thiệp lại.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bộ Y Tế (2017). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên khoa phẫu thuật tiết niệu. Số 5731/QĐ-BYT*.*

1. **DẪN LƯU BỂ THẬN TỐI THIỂU**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Dẫn lưu bể thận tối thiểu nhằm mục đích :

- Giảm áp lực đài - bể thận

- Dẫn lưu nước tiểu (trừ tạo hình đài bể thận)

- Dẫn lưu máu, mủ, lấy sỏi sót, lấy cục máu đông.

- Theo dõi tiến triển sau mổ: chảy máu sau mổ, sót sỏi, viêm mủ, lưu thông...

Các loại dẫn lưu bể thận

- Dẫn lưu bể thận qua nhu mô.

- Dẫn lưu bể thận qua bể thận.

- Dẫn lưu bể thận qua niệu quản.

Trong đó: dẫn lưu bể thận qua nhu mô thận là hợp sinh lý nhất vì khi đặt DL cần đặt ống DL có kích thước lớn, nếu đặt 2 đường kia thì không đảm bảo, hơn nữa đặt qua nhu mô gần thành bụng hơn. Nhược điểm là gây chảy máu nhiều trong trường hợp nhu mô thận dày (bình thường nhu mô thận dày 1,8cm, lượng máu qua thận chiếm ẳ cung lượng tim). Vì vậy người ta dùng ống DL có kích cở vừa phải.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Sau phẫu thuật lấy sỏi thận, niệu quản mà thận ứ nước, ứ mủ.

- Sỏi san hô, làm tổn thương nhu mô thận, có nguy cơ chảy máu thứ phát sau mổ.

- Sỏi nhiều viên có nguy cơ sót sỏi sau mổ.

- Chấn thương rách nhu mô thận phức tạp, cầm máu khó khăn, có nguy cơ chảy máu sau mổ và có cục máu đông.

- Tạo hình đài bể thận.

- Chấn thương, vết thương thận điều trị bảo tồn.

- Dẫn lưu thận tối thiểu khi không can thiệp phẫu thuật được.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

* Có nhiễm trùng tại chỗ vùng chọc dẫn lưu
* Chống chỉ định tương đối: rối loạn đông máu, nếu trường hợp tối cấp thì cần vừa điều trị rối loạn đông máu phối hợp tiến hành thủ thuật

**4. CHUẨN BỊ**

**a. Người thực hiện:**

bác sỹ chuyên khoa tiết niệu, 1 người phụ

**b. Phương tiện:**

- Bộ dụng cụ mổ mở tiết niệu

- Chọn sonde: Malecot, Pezzer to nhỏ khác nhau, căn cứ vào mục đích phẫu thuật, trong tạo hình đài bể thận thì dùng dây chuyền nhỏ.

- Thời gian phẫu thuật: tùy từng trường hợp, có thểtừ 30-60 phút.

**c. Người bệnh:**

Làm bilan trước mổ đánh giá: chức năng thận, tình trạng nhu mô thận cả 2 bên, các bệnh lý toàn thân, tiền sử can thiệp cũ vùng thắt lưng 2 bên.

Dặn nhịn ăn trước khi tiến hành can thiệp 6 tiếng, nếu có thể nên thì thụt hậu môn. Giải thích cho người bệnh và người nhà cách thức tiến hành, những nguy cơ, biến chứng có thể xảy ra

**d. Hồ sơ bệnh án**

- Đầy đủ các xét nghiệm cơ bản, điện tim, Xquang phổi trong giới hạn bình thường.

- Chụp UIV, hoặc cắt lớp vi tính hệ tiết niệu để đánh giá vị trí, hình thái, kích thước số lượng sỏi, đánh giá chức năng thận.

- Giấy cam đoan phẫu thuật.

- Bệnh nhân có Cao huyết áp, bệnh nhân trên 60 tuổi cần được siêu âm tim.

- Bệnh nhân có bệnh phổi tắc ngẽn mạn tính (COPD) phải đo chức năng hô hấp trước mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Tư thế bệnh nhân : Bệnh nhân nằm nghiêng vể bên lành

- Đường rạch da : Đườn sườn lưng

- Phẫu tích bộc lộ thận, mở bể thận, chọc xuyên qua nhóm đài giữa

- Vị trí: Đặt nhóm đài giữa (vì đài trên khi đưa ra dễ chọc vào màng phổi, nhóm đài dưới thấp dễ rò).

+ Không đặt từ bể thận vì dễ gây rò và hẹp.

+ Khi tạo hình thì đặt sonde xuống tới niệu quản trên.

+ Đưa dẫn lưu ra thành bụng ở thẳng góc và ngang đường nách giữa.

- Khâu phục hồi bể thận, cố định dẫn lưu

- Đóng vết mổ.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

1. **Theo dõi**

* Tai biến thuốc gây tê, gây mê
* Chảy máu
* Rò nước tiểu
* Áp xe quanh thận

1. **Xử trí tai biến:**

* Tai biến thuốc gây tê, gây mê: tùy từng mức độ phản ứng với thuốc gây tê, tiền mê mà xử lý.
* Chảy máu: theo dõi màu sắc nước tiểu chảy qua dẫn lưu thận, nếu chảy máu ít điều trị nội khoa, nếu điều trị nội khoa không kết quả thì chụp mạch can thiệp nút mạch hoặc phẫu thuật lại cầm máu.
* Áp xe quanh thận do rò nước tiểu: trước tiên là điều trị nội khoa kháng sinh, chống viêm. Nếu điều trị không hiệu quả thì phải mổ làm sạch dẫn lưu khoang quanh thận.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bộ Y Tế (2017). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên khoa phẫu thuật tiết niệu. Số 5731/QĐ-BYT*.*

## **DẪN LƯU ĐÀI BỂ THẬN QUA DA DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA SIÊU ÂM**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Dẫn lưu thận qua da là 1 thủ thuật phổ biến trong tiết niệu, được chỉ định trong nhiều hoàn cảnh nhưng thường mang tính chất tạm thời để giải quyết trong các trường hợp cấp tính sau đó phẫu thuật thì 2 hoặc chỉ giải quyết vấn đề triệu chứng ở những người bệnh không còn chỉ định phẫu thuật.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Những trường hợp cấp tính mà chưa thể phẫu thuật ngay do thể trạng người bệnh yếu, nhiễm trùng nặng:

+ Ứ mủ thận do sỏi thận, niệu quản (NQ) mà thể trạng không cho phép phẫu thuật + Suy thận cấp do hẹp NQ 2 bên, dẫn lưu thận cấp cứu sau đó mổ sau

Người bệnh không còn chỉ định phẫu thuật: Hẹp NQ 2 bên do khối u chèn ép hoặc xâm lấn ở giai đoạn muộn.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

* Có nhiễm trùng tại chỗ vùng chọc dẫn lưu
* Chống chỉ định tương đối: rối loạn đông máu, nếu trường hợp tối cấp thì cần vừa điều trị rối loạn đông máu phối hợp tiến hành thủ thuật

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

* 1 bác sỹ chuyên khoa tiết niệu
* 1 người phụ

**2.Người bệnh:**

* Làm bilan trước mổ đánh giá: chức năng thận, tình trạng nhu mô thận cả 2 bên, các bệnh lý toàn thân, tiền sử can thiệp cũ vùng thắt lưng 2 bên.
* Dặn nhịn ăn trước khi tiến hành can thiệp 6 tiếng, nếu có thể nên thì thụt hậu
* môn.
* Giải thích cho người bệnh và người nhà cách thức tiến hành, những nguy cơ, biến chứng có thể xảy ra

**3.Phương tiện:**

* Máy siêu âm
* Kim chọc và bộ nong
* Guide wire
* Sonde dẫn lưu mono J
* Kim khâu và chỉ cố định
* Bộ dụng cụ tiểu phẫu khâu vết thương
* Máy monitor theo dõi M, HA, Sp02

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Đầy đủ các xét nghiệm cơ bản, điện tim, Xquang phổi trong giới hạn bình thường.

- Chụp UIV, hoặc cắt lớp vi tính hệ tiết niệu để đánh giá vị trí, hình thái, kích thước số lượng sỏi, đánh giá chức năng thận.

- Giấy cam đoan phẫu thuật.

- Bệnh nhân có Cao huyết áp, bệnh nhân trên 60 tuổi cần được siêu âm tim.

- Bệnh nhân có bệnh phổi tắc ngẽn mạn tính (COPD) phải đo chức năng hô hấp trước mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

* Tư thế: nằm nghiêng về bên đối diện bên tổn thương, hoặc nằm sấp có kê cao phần thắt lưng.
* vô cảm: Tê tại chỗhoặc tiền mê tĩnh mạch
* Kỹ thuật:
* Sát khuẩn vùng chọc dẫn lưu
* Trải toan vô khuẩn
* Tê tại chỗ dưới da : thường dùng xylocaine 2%
* Dùng đầu dò siêu âm xác định vị trí bể thận đánh giá tình trạng nhu mô thận và cáctạng lân cận.
* Chọc kim thăm dò vào bể thận dưới hướng dẫn siêu âm, khi kim vào đúng bể thận sẽ quan sát thấy trên siêu âm và thấy nước tiểu chảy qua kim.
* Dùng guide wire luồn qua kim vào bể thận.
* Dùng bộ nong tạo đường hầm rộng.
* Đưa sonde mono J qua đường hầm vào bể thận, đầu chữ J nằm trong bể hận.
* Cố định ngoài da bằng chỉ khâu.
* Nối sonde mono J với túi nước tiểu.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

1. **Theo dõi**

* Tai biến thuốc gây tê, gây mê
* Chảy máu
* Rò nước tiểu
* Áp xe quanh thận

1. **Xử trí tai biến:**

* Tai biến thuốc gây tê, gây mê: tùy từng mức độ phản ứng với thuốc gây tê, tiền mê mà xử lý.
* Chảy máu: theo dõi màu sắc nước tiểu chảy qua dẫn lưu thận, nếu chảy máu ít điều trị nội khoa, nếu điều trị nội khoa không kết quả thì chụp mạch can thiệp nút mạch hoặc phẫu thuật lại cầm máu.
* Áp xe quanh thận do rò nước tiểu: trước tiên là điều trị nội khoa kháng sinh, chống viêm. Nếu điều trị không hiệu quả thì phải mổ làm sạch dẫn lưu.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bộ Y Tế (2017). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên khoa phẫu thuật tiết niệu. Số 5731/QĐ-BYT*.*

1. **DẪN LƯU VIÊM TẤY QUANH THẬN, ÁP XE THẬN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Dịch quanh thận xuất hiện do nhiều nguyên nhân, với số lượng ít thường ít ảnh hưởng đến cấu trúc, chức năng của thận, nhưng nếu dịch quanh thận nhiều và tồn tại trong thời gian dài sẽ có nguy cơ gây chèn ép cấu trúc thận, lâu dần sẽ ảnh hưởng đến chức năng thận và gây xơ hóa cầu thận.

- Dẫn lưu dịch quanh thận dưới hướng dẫn của siêu âm là một thủ thuật cần được tiến hành để lấy hết dịch quanh thận ra ngoài, giải phóng chèn ép thận nhằm phục hồi cấu trúc và chức năng của thận.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Dịch quanh thận dày ≥ 3 cm

- Có dấu hiệu chèn ép thận trên siêu âm

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Người bệnh có rối loạn đông máu

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- 02 bác sỹ

- 01 điều dưỡng

**2. Phương tiện**

- Dung dịch Betadine sát trùng: 01lọ

- Thuốc gây tê lidocaine 2%: 04 ống (10mg/ml)

- Nước muối sinh lý 0,9%: 500ml

- Kim tiêm, bơm tiêm 5ml: 01 chiếc

- Bơm tiêm 20ml: 02 chiếc

- Bông băng, gạc vô trùng: 04 gói

- Găng tay vô trùng: 03 đôi

- Bộ đặt catheter tĩnh mạch trung tâm: 01 bộ

- Máy siêu âm với đầu dò Convex 3,5-5 MHz đã được sát khuẩn

- Săng vô khuẩn loại không lỗ: 04 chiếc

- Panh kẹp săng: 04 chiếc

- Bàn thủ thuật: 01 chiếc

- Túi ni lông vô khuẩn bọc đầu dò siêu âm: 01 bộ

**3. Người bệnh**

- Người bệnh được làm các xét nghiệm về đông máu cơ bản và các xét nghiệm cơ bản khác.

- Người bệnh được siêu âm thận tiết niệu hoặc chụp cắt lớp vi tính xác định mức độ chèn ép thận và số lượng dịch.

- Người bệnh và người nhà được nghe bác sỹ giải thích kỹ về tác dụng và tai biến của thủ thuật và ký vào giấy cam kết làm thủ thuật dẫn lưu dịch quanh thận.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Đầy đủ các xét nghiệm cơ bản, điện tim, Xquang phổi trong giới hạn bình thường.

- Siêu âm hoặc cắt lớp vi tính hệ tiết niệu để đánh giá lượng dịch và vị trí ổ dịch quanh thận.

- Giấy cam đoan phẫu thuật.

- Bệnh nhân có Cao huyết áp, bệnh nhân trên 60 tuổi cần được siêu âm tim.

- Bệnh nhân có bệnh phổi tắc ngẽn mạn tính (COPD) phải đo chức năng hô hấp trước mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ**: Kiểm tra các xét nghiệm đã được làm

**2. Kiểm tra người bệnh**: đối chiếu tên, tuổi, chẩn đoán bệnh

**3. Thực hiện kỹ thuật**

- Người bệnh dược thử phản ứng với thuốc gây tê lidocaine.

- Người bệnh được theo dõi mạch, huyết áp trước khi tiến hành thủ thuật.

- Người bệnh được nằm sấp hoặc nghiêng tùy theo vị trí dẫn lưu.

- Định vị bằng siêu âm để tìm điểm chọc hút dịch.

- Bác sỹ rửa tay, đi găng vô trùng, mặc áo thủ thuật, đội mũ, đeo khẩu trang.

- Sát trùng da vùng dẫn lưu

- Trải săng vô trùng ở vị trí chọc hút dịch

- Gây tê vùng định dẫn lưu dịch

- Chọc kim dẫn đường của bộ đặt catheter vào khối dịch quanh thận dưới sự hướng dẫn của siêu âm.

- Luồn ống dẫn lưu vào khối dịch quanh thận, rút kim dẫn đường ra

- Rút thử qua ống dẫn lưu xem đã có dịch hay chưa

- Khi chắc chắn ống dẫn lưu đã vào tới vùng dịch quanh thận rồi thì tiến hành nối ống dẫn lưu với bộ dây truyền và túi đựng nước tiểu để đánh giá số lượng dịch ra chính xác.

- Khâu cố định sonde dẫn lưu

- Siêu âm kiểm tra lại

- Sát khuẩn lại vị trí dẫn lưu

- Băng vùng chân dẫn lưu

- Cho người bệnh về giường bệnh

**VI. THEO DÕI**

- Người bệnh cần được theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp.

- Theo dõi màu sắc, số lượng dịch dẫn lưu

- Theo dõi vị trí dẫn lưu (chảy máu, nhiễm trùng)

- Theo dõi nước tiểu

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Đau vị trí dẫn lưu: nếu đau nhiều có thể dùng thuốc giảm đau như paracetamol, nospa uống hoặc tiêm .

- Đái máu vi thể: không cần xử trí

- Đái máu đại thể:

+ Đái máu ít: Truyền thêm Natriclorua 9% hoặc Glucose 5%, theo dõi chặt chẽ mạch, huyết áp, toàn trạng.

+ Nếu có đái máu nhiều gây tụt huyết áp cần truyền máu, hồi sức tích cực và dùng thuốc cầm máu.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bộ Y Tế (2017). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên khoa phẫu thuật tiết niệu. Số 5731/QĐ-BYT*.*

## **LẤY SỎI NIỆU QUẢN ĐƠN THUẦN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Trong số các trường hợp sỏi tiết niệu thì bệnh lý sỏi niệu quản gặp khá phổ biến. Ngày nay có nhiều phương pháp điều trị mới ít xâm lấn hơn, tuy nhiên kỹ thuật điều trị kinh điển thường là các kỹ thuật mổ mở vẫn đang được sử dụng mang lại hiệu quả cao trong chẩn đoán và điều trị.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Mổ mở lấy sỏi niệu quản chỉ được thực hiện khi không thể áp dụng các phương pháp điều trị khác.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh có tiền sử bệnh lý nội khoa nặng nề, không thể gây mê hoặc gây tê

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện kỹ thuật:**

Phẫu thuật viên (PTV) có kinh nghiệm trong phẫu thuật niệu khoa.

Bác sĩ gây mê hồi sức (GMHS): Có kinh nghiệm trong gây mê hồi sức.

Dụng cụ viên: Đã được đào tạo qua lớp kỹ thuật viên dụng cụ.

**2. Phương tiện:**

Các dụng cụ phẫu thuật niệu cơ bản.

Hệ thống dao hàn mạch.

Hệ thống máy thở.

Bàn mổ có thể thay đổi tư thế người bệnh trong mổ…

**3. Người bệnh:**

- Được thăm khám tỉ mỉ, phát hiện các bệnh lý phối hợp.

- Được bác sĩ gây mê hồi sức khám trước mổ.

- Bệnh nhân được điều trị nhiễm khuẩn niệu trước mổ.

- Được giải thích về kế hoạch điều trị và đồng ý phẫu thuật

**4. Hồ sơ bệnh án:**

Bệnh nhân được làm các xét nghiệm cận lâm sàng trướng mổ, CTscaner bụng có tiêm thuốc cản quang dựng hình hệ tiết niệu và mạch thận.

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**:

Mổ lấy sỏi niệu quản ở đoạn 2/3 trên thường là dễ, không có khó khăn gì trong kỹ thuật. Khi sỏi nằm ở 1/3 dưới, việc phẫu thuật sẽ khó khăn hơn nhiều.

Những vấn đề cơ bản trong mổ lấy sỏi niệu quản là:

- Phải chụp x quang trước khi lên bàn mổ và bệnh nhân phải nằm yên trên bàn mổ không thay đổi tư thế nhiều để tránh sỏi dịch chuyển.

- Vô cảm kết hợp dãn cơ tốt.

- Tư thế bệnh nhân nghiêng sang phia đối diện để đảm bảo cho bên mổ được kéo căng ra.

- Đường vào phải đủ rộng, dễ dàng cho việc tìm niệu quản.

A - Mổ lấy sỏi niệu quản 1/3 trên:

Bước 1: Sau khi tìm thấy niệu quản thì phải xác định ngay vị trí sỏi. Để tránh sỏi dịch chuyển, cần dùng 2 Nélaton luồn sau niệu quản ở trên và dưới sỏi, đặc biệt là phía trên vì niệu quản đã bị dãn.

Bước 2: Trước khi mở niệu quản, phải nhét meche hay gạc nhét vào khu mổ để đề phòng nước tiểu (thường bị nhiễm khuẩn) từ trong niệu quản chảy ra. Nên dùng ống nghiệm vô khuẩn để lấy nước tiểu mang đi cấy khuẩn và làm kháng sinh đồ giúp cho việc điều trị tiếp theo.

Rạch 1 đường dọc theo niệu quản ngay trên sỏi. Đường rạch phải đủ dài để gắp viên sỏi dễ dàng không gây dập nát niệu quản, nguy cơ gây chít hẹp niệu quản về sau.

Nếu sỏi dính cắm lâu ngày vào thành niệu quản thì phải nạy viên sỏi bong ra khỏi thành niệu quản rồi mới gắp. Phải gắp gọn, không làm vỡ sỏi.

Bước 3: Sau khi gắp được sỏi phải kiểm tra sự lưu thông niệu quản bằng 1 sonde Nélaton.

Bước 4: Đóng niệu quản bằng các mối rời chỉ tự tiêu. Chỉ cần khâu thanh mạc là đủ.

Rút gạc chèn, lau khô hố mổ và đặt dẫn lưu hố mổ, đóng thành bụng từng lớp.

B - Mổ lấy sỏi niệu quản 1/3 giữa.

Không có gì đặc biệt, cũng tươnng tự như mổ sỏi niệu quản 1/3 trên.

C - Mổ lấy sỏi niệu quản 1/3 dưới.

Có nhiều đường vào để bộc lộ niệu quản đoạn 1/3 dưới. Dưới đây là 1 số đường hay dùng:

- Đường chếch từ ngoài vào trong, từ trên xuống dưới theo hướng đi của niệu quản ở vùng hố chậu. Tìm niệu quản ở sau phúc mạc. Một số mốc giúp tìm niệu quản là bó mạch chậu và ống dẫn tinh ở nam giới. Bộc lộ niệu quản tới vị trí sỏi và mở niệu quản như đã mô tả ở trên.

- Đường qua bàng quang: đường này dùng cho những sỏi nằm trong thành bàng quang

- Giải phóng cả 2 niệu quản sau khi đã bộc lộ toàn bộ bàng quang ngoài phúc mạc (phương pháp Voelker): phương pháp này áp dụng khi cả đoạn cuối của 2 niệu quản đều có sỏi. Đường vào có thể là đường trắng giữa dưới rốn hay đường ngang. Sau khi mở phúc mạc, 1 phần phúc mạc dính chặt vào thành sau bàng quang được cắt đi. Phần còn lại của phúc mạc được đẩy lùi dễ dàng. Ổ phúc mạc được đóng lại. Việc tìm đoạn cuối 2 niệu quản rất dễ dàng. Việc mở niệu quản là hoàn toàn nằm ngoài phúc mạc. Trường hợp khó khăn quá mới phải mở bàng quang.

Mổ sỏi niệu quản 1/3 dưới thường là khó và hay có biến chứng. Có trường hợp phải chồng lại niệu quản vào bàng quang bằng các phương pháp tạo hình. Với các viên sỏi nằm cách lỗ niệu quản từ 1-3cm, thường là những viên sỏi rất khó giải quyết. Tốt nhất là gắp sỏi qua lỗ niệu quản, nhưng cần phải ngăn không cho viên sỏi chạy lên trên. Nếu trong quá trình gắp sỏi có gây tổn thương nặng lỗ niệu quản thì phải đặt catheter từ bàng quang lên niệu quản và để lưu khoảng 10 ngày và đưa catheter qua bàng quang.

**VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Chảy máu:

Đốt cầm máu kỹ trước khi đặt dẫn lưu

- Rò nước tiểu:

Kiểm tra thông JJ có đúng vị trí bằng KUB

Thay hoặc sửa lại thông JJ bằng nội soi niệu quản

Phẫu thuật lần 2 để khâu lại niệu quản

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bộ Y Tế (2017). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên khoa phẫu thuật tiết niệu. Số 5731/QĐ-BYT*.*

## **31. NONG NIỆU QUẢN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Hẹp niệu quản là một trong những nguyên nhân hay gặp gây ứ nước, ứ mủ bể thận niệu quản. Nong hẹp niệu quản kết hợp đặt sonde JJ ngược dòng là một trong những phương pháp được áp dụng phổ biến nhằm tái lập lưu thông đường bài xuất hệ thống thận-tiết niệu.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Hẹp niệu quản gây ứ nước ứ mủ bể thận

- Viêm xơ hóa co thắt chít hẹp niệu quản

- Chít hẹp niệu quản sau phẫu thuật niệu quản

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Rối loạn đông máu nặng không đáp ứng với điều trị

- Đang được điều trị với chống đông: Aspirin, Warfarin, Heparin

- Tăng huyết áp không kiểm soát được

- Khối u thận, lao thận.

- Bệnh toàn thể nặng tiên lượng tử vong

- Túi thừa bàng quang

- Tiểu không tự chủ

- Hội chứng bàng quang bé

- Nhiễm trùng đường bài xuất cấp tính

- Chảy máu đường bài xuất sau dẫn lưu bể thận qua da

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- 02 bác sỹ thực hiện

- 01 điều dưỡng: phụ giúp các bác sỹ

**2. Phương tiện**

2.1. Thuốc

- Thuốc gây tê hoặc gây mê

- Thuốc chống sốc: Solumedrol ống 40mg, Adrelanin ống 1mg, Dobutamin ống 250mg.

- Thuốc chống nôn: Primperan ống 10mg. Ondansetron ống 4-8mg.

2.2. Dụng cụ

- Máy soi bàng quang, niệu quản ngược dòng

- Máy laser

- Guidewire: 0.035 J-tipped wire (Terumo), 0.035-inch stiff Amplatz wire (Boston Scientific)

- Ống nong (fascial dilators): Dilators (Cook, Bloomington)

- Stent niệu quản (Double J) 6-8Fr với chiều dài 22-28cm.

- 02 bát kim loại đựng nước và thuốc sát khuẩn

- 01 khay rửa dụng cụ

- Khóa 3 chạc

- Các bơm tiêm 5ml, 10ml, 20ml, 50 ml

- Găng phẫu thuật, toan gạc vô trùng.

- Sonde tiểu

- Cồn sát trùng, bông, gạc, khăn mổ phẫu thuật, áo phẫu thuật được hấp sấy tiệt khuẩn

2.3. Dụng cụ và thuốc chống choáng, chống sốc phản vệ

**3. Người bệnh**

- Người bệnh đã được làm các xét nghiệm về đông máu cơ bản và các xét nghiệm cơ bản khác.

- Người bệnh được siêu âm thận tiết niệu.

- Người bệnh có thể được chụp X quang hệ tiết niệu hoặc có chụp cắt lớp vi tính trong các trường hợp sỏi tiết niệu, ung thư gây chèn ép, có thể có MRI hoặc MSCT dựng hình niệu quản trong các trường hợp chít hẹp niệu quản.

- Người bệnh có biểu hiện nhiễm trùng, thận ứ mủ được dùng kháng sinh trước khi làm phẫu thuật, thời gian và liều lượng tùy thuộc vào mức độ nhiễm trùng.

- Người bệnh được nghe bác sỹ giải thích kỹ về tác dụng và tai biến của phẫu thuật và ký vào giấy cam kết đồng ý làm phẫu thuật.

- Tại phòng phẫu thuật: Người bệnh nằm ngửa, lắp mointor theo dõi nhịp thở, mạch, huyết áp, điện tâm đồ, SpO2.

- Sát trùng bộ phận sinh dục và trải khăn phủ vô khuẩn

**4. Hồ sơ bệnh án**

Bệnh án được hoàn thiện với các thủ tục dành cho người bệnh tiến hành làm phẫu thuật: hồ sơ đã duyệt phẫu thuật, giấy cam đoan có ký xác nhận của người bệnh hoặc người nhà.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ**: Kiểm tra các xét nghiệm đã được làm

**2. Kiểm tra người bệnh**: đối chiếu tên, tuổi, chẩn đoán bệnh

**3. Thực hiện kỹ thuật**

- Tư thế Người bệnh nằm theo tư thế sản khoa.

- Soi kiểm tra: đặt máy soi bàng quang, cho nước và bàng quang kiểm tra tình trạng bàng quang, xác định vị trí 2 lỗ niệu quản và quan sát tình trạng lỗ niệu quản cần nong hẹp

- Đưa máy soi lên niệu quản tới chỗ hẹp xác định tình trạng hẹp

- Tiến hành nong hẹp niệu quane bằng 2 guidewire và thân máy hoặc bằng ống nong chuyên dụng hoặc xẻ rộng đoạn hẹp bằng laser

- Đưa máy soi qua đoạn hẹp kiểm tra toàn bộ niệu quản

- Kết hợp đưa sonde JJ ngược dòng từ niệu đạo vào bàng quang, lên niệu quản, lên bể thận qua ống soi bàng quang, thời gian để sonde JJ tuỳ theo tình trạng và nguyên nhân gây hẹp niệu quản.

- Đặt sonde tiểu lưu sonde.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

**1. Nhiễm khuẩn huyết**

Là biến chứng toàn thân nghiêm trọng nhất có thể gặp ở những Người bệnh có nhiễm trùng từ trước, vi khuẩn và nội độc tố được phát tán từ nước tiểu vào trong quá trình làm thủ thuật. Đối tượng có nguy cơ khi tuổi cao, bệnh đái tháo đường và có sỏi đường tiết niệu.

Để ngăn chặn sốc nhiễm trùng và hoại tử, điều trị kháng sinh được khuyến cáo. Thông thường nhiễm khuẩn gây ra bởi vi khuẩn Gram âm bao gồm E.coli, Proteur, klebsiella, enterococcus... do đó nên sử dụng kháng sinh đường tĩnh mạch như cephalosporin, quinolon hoặc carbapenem...

**2. Thủng niệu quản**

- Tổn thương thủng niệu quản khi nong hẹp: Trong hầu hết các trường hợp sau khi đặt được sonde JJ bệnh nhân ổn định.

- Trường hợp đứt niệu quản không đặt được sonde JJ thì phải phẫu thuật mở để nối lại niệu quản.

**3. Các biến chứng khác: ít gặp**

- Tổn thương cơ quan lân cận như đại tràng. Trong hầu hết các trường hợp điều trị bảo tồn với kháng sinh và nhịn ăn.

- Tràn khí màng phổi, viêm mủ màng phổi, tràn máu màng phổi, tràn dịch màng phổi.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bộ Y Tế (2017). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên khoa phẫu thuật tiết niệu. Số 5731/QĐ-BYT*.*

## **32. ĐẶT ỐNG THÔNG JJ TRONG HẸP NIỆU QUẢN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Đặt sonde JJ là thủ thuật luồn một ống rỗng bằng nhựa dẻo được thiết kế đặc biệt vào niệu quản và đưa lên bể thận.

- Mục đích:

+ Sonde JJ giúp nước tiểu có thể chảy từ thận xuống đến bàng quang. Bằng cách này, thận tiếp tục hoạt động và giảm tổn thương do tắc nghẽn, đồng thời tránh những cơn đau quặn dữ dội khi thận không được dẫn lưu tốt.

+ Sonde JJ còn bảo vệ niệu quản, giúp niệu quản lành vết thương.

+ Đặt sonde JJ có thể giúp niệu quản giãn rộng trong trường hợp hẹp niệu quản, giúp các tiếp cận vào niệu quản dễ thành công hơn.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Khi có tắc nghẽn hoặc dự phòng tắc nghẽn ở niệu quản hoặc thận.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Nhiễm khuẩn đường niệu: viêm bàng quang, viêm niệu đạo vì dễ gây viêm bể thận ngược dòng.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**: 1 bác sỹ, 1 điều dưỡng

**2. Phương tiện, dụng cụ:**

- Máy soi bàng quang cứng (kim loại) hoặc mềm(sợi).

- Bộ cáp quang dẫn truyền hình ảnh và màn hình video

- Nguồn ánh sáng lạnh.

- Nguồn nước vô trùng và hệ thống dẫn nước vào máy.

- Giường kiểu khám phụ khoa có thể điều chỉnh lên xuống tự động.

- Găng vô trùng 2 đôi

- Cồn Betadin sát trùng: 1 lọ

- Gạc vô trùng: 1 gói

- Kẹp vô trùng: 1 cái

- Quần áo mổ: 2 bộ

- Mũ, khẩu trang: 2 bộ

- Bộ sonde JJ: 1 bộ

- Thuốc gây mê hoặc gây tê tủy sống tùy từng trường hợp

**3. Người bệnh:** cần được giải thích kỹ trước khi làm thủ thuật, tiêm thuốc gây mê hoặc gây tê tủy sống

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Bệnh nhân được làm các xét nghiệm cận lâm sàng trướng mổ, CTscaner bụng có tiêm thuốc cản quang dựng hình hệ tiết niệu và mạch thận.

- 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

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- Giảm đau cho Người bệnh: bằng tiêm thuốc gây mê hoặc gây tê tủy sống.

- Tư thế Người bệnh nằm theo tư thế sản khoa.

- Soi kiểm tra: đặt máy soi bàng quang, cho nước và bàng quang kiểm tra tình trạng bàng quang, xác định vị trí 2 lỗ niệu quản và quan sát tình trạng lỗ niệu quản cần đặt sonde JJ.

- Đưa sonde JJ ngược dòng từ niệu đạo vào bàng quang, lên niệu quản, lên bể thận qua ống soi bàng quang

**VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Nhiễm khuẩn ngược dòng: điều trị kháng sinh.

- Đái máu: theo dõi, dùng thuốc cầm máu, truyền máu trong trường hợp mất quá nhiều máu.

- Thủng niệu quản: xử trí ngoại khoa

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bộ Y Tế (2017). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên khoa phẫu thuật tiết niệu. Số 5731/QĐ-BYT*.*

## **33. LẤY SỎI BÀNG QUANG LẦN 2, ĐÓNG LỖ RÒ BÀNG QUANG**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Sỏi bàng quang là bệnh lý thường gặp do sỏi đường niệu trên rơi xuống hoặc hình thành tại bàng quang trong các bệnh lý gây tắc nghẽn đường tiểu dưới (U phì đại, hẹp niệu đạo (HNĐ), bàng quang mất trương lực do bẩm sinh hay mắc phải….). Sỏi bàng quang tái lại lần hai thường hay gặp trong xơ cứng cổ bàng quang, hẹp niệu đạo, u phì đại, bàng quang mất trương lực.

Rò bàng quang là trường hợp hiếm gặp. Thường xảy ra trên người bệnh sau phẫu thuật đường niệu dưới có mở bàng quang (BQ) hay có dẫn lưu bàng quang (DLBQ) sau mổ lấy sỏi BQ, u phì đại, xơ cứng cổ BQ, hẹp niệu đạo…).

**II. CHỈ ĐỊNH**

**1. Lấy sỏi bàng quang lần 2**

- Sỏi bàng quang lần hai/ hẹp niệu đạo

- Sỏi bàng quang lần hai/ xơ hẹp cổ bàng quang

- Sỏi bàng quang kích thước lớn không tán sỏi được

- Sỏi bàng quang/ bàng quang thần kinh do bẩm sinh hay sau chấn thương cột sống.

**2. Đóng lỗ rò bàng quang**

- Trường hợp nước tiểu chảy liên tục qua lỗ rò BQ trên bụng, không tự liền được dù đã đặt sonde tiểu giảm áp lâu ngày.

**III. CHỐNG CHỈ ĐINH**

**1. Lấy sỏi bàng quang lần 2**

- Thường khồng có chống chỉ định. Người bệnh có thể chịu được cuộc mổ là có thể  
thực hiện

- Chống chỉ định trong các trường hợp có bệnh toàn thân nặng, không có khả năng gây tê, mê để mổ.

**2. Đóng lỗ rò bàng quang**

- Thường không có chống chỉ định. Người bệnh có thể chịu được cuộc mổ là có thể  
thực hiện

- Chống chỉ định trong các trường hợp có bệnh toàn thân nặng, không có khả năng gây tê, mê để mổ.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

-1 bác sỹ phẫu thuật

- 2 bác sĩ phụ mổ,1 bác sĩ gây mê

- Dụng cụ viên và chạy ngoài.

**2. Phương tiện:**

- Bộ dụng cụ phẫu thuật có van tự động nhỏ, sonde Petzer để dẫn lưu  
bàng quang khi cần, sonde Foley, chỉ Vicryl 3.0 hay 2.0, sonde dẫn lưu khoang Retzius, chỉ 1.0 đóng cân cơ, chỉ dafilon khâu da.

**3. Người bệnh**

- Chuẩn bị mổ như các ca phẫu thuật khác.

- Làm bilan trước mổ đánh giá: các bệnh lý toàn thân, chức năng thận, tình trạng thiếu máu, tình trạng rối loạn đông máu.

- Vệ sinh bộ phận sinh dục.

- Nhịn ăn uống trước mổ 6 giờ, thụt hậu môn trước mổ.

- Giải thích cho người bệnh và gia đình về chỉ định, cách thức tiến hành, các nguy cơ có thể xảy ra của phẫu thuật.

-Cho ký cam đoan trước khi tiến hành phẫu thuật. thủ thuật

**4. Hồ sơ bệnh án**

Bệnh án được hoàn thiện với các thủ tục dành cho người bệnh tiến hành làm thủ thuật: hồ sơ đã duyệt can thiệp thủ thuật, giấy cam đoan có ký xác nhận của người bệnh hoặc người nhà.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ:** kiểm tra lại hồ sơ bệnh án.

**2. Kiểm tra người bệnh:**

- Các chức năng sống (mạch, huyết áp, SPO2 và ý thức) xem có thể tiến hành thủ thuật được không.

- Đối chiếu tên, tuổi, chẩn đoán bệnh.

**3. Kỹ thuật**

**3.1. Lấy sỏi bàng quang lần 2**

- Tê tủy sống hay mê nội khí quản

- Bệnh nhân được nằm ngửa

- Sát khuẩn bụng vùng mổ từ mũi ức tới khớp mu và 1/3 trên đùi.

- Trải toan, rạch da đường giưa trên xương mu khoảng 5-10 cm theo sẹo mổ cũ qua da, cân cơ bộc lộ mặt trước bàng quang (chú ý phúc mạc phủ mặt trước BQ dính do mổ cũ), khâu treo thành trước bàng quang; mổ bàng quang.

- Lấy sỏi bàng quang, kiểm tra cổ bàng quang, tuyến tiền liệt và 2 lỗ niệu quản.  
- Bơm rửa sạch bàng quang, dẫn lưu bằng Petzer (nếu không dẫn lưu bàng quang phải đặt sonde niệu đạo).

- Khâu lại chỗ mở bàng quang bằng chỉ tiêu.

- Dẫn lưu khoang Retzius.

- Khâu treo bàng quang vào thành bụng.

- Đóng cân cơ và da.

**3.2. Đóng lỗ rò bàng quang**

**-** Tư thế: nằm ngửa

**-** Vô cảm: tê tủy sống hay mê nội khí quản

- Sát khuẩn bụng vùng mổ từ mũi ức tới khớp mu và 1/3 trên đùi

- Trải toan, rạch da đường giưa trên xương mu khoảng 5-10 cm theo sẹo mổ cũ qua da, cân cơ bộc lộ mặt trước BQ (chú ý phúc mạc phủ mặt trước BQ dính do mổ cũ), bộc lộ lỗ rò từ BQ ra thành bụng cắt lọc thành bàng quang chỗ lỗ rò, cắt toàn bộ đường rò ra thành bụng.

- Kiểm tra cổ bàng quang, tuyến tiền liệt và 2 lỗ niệu quản

- Bơm rửa sạch Bàng quang, DLBQ bằng Petzer (nếu không DLBQ phải đặt sonde niệuđạo)

- Khâu lại BQ vicryl (1 hoặc 2 lớp).

- Dẫn lưu khoang Retzius

- Khâu treo bàng quang vào thành bụng

- Đóng cân cơ và da.

**VI. THEO DÕI**

- Tình trạng toàn thân: Mạch nhiệt độ huyết áp

- Nước tiểu qua dẫn lưu bàng quang hay qua sonde niệu đạo (tránh gập tắc sonde)

- Dịch chảy ra dẫn lưu khoang Retzius

- Tình trạng vết mổ

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Trong mổ có thể rách phúc mạc hay thủng ruột khi bộc lộ bàng quang do dính: Khâu lại, theo dõi sau mổ

- Chảy nước tiểu qua vết mổ, dẫn lưu Retzius: chú ý tránh gập tắc dẫn lưu bàng quang, sonde tiểu. Thay băng tránh nhiễm trùng vết mổ. Bơm rửa bàng quang nếu có máu cục.

- Chảy máu tắc sonde: bơm rửa qua dẫn lưu bàng quang hay sonde niệu đạo lấy hết  
máu cục, cho rửa bàng quang liên tục, dùng kháng sinh toàn thân, nâng cao thể trạng.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bộ Y Tế (2017). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên khoa phẫu thuật tiết niệu. Số 5731/QĐ-BYT*.*

## **34. DẪN LƯU BÀNG QUANG BẰNG CHỌC TROCA**

**I.ĐẠI CƯƠNG**

Bàng quang (BQ) là nơi chứa nước tiểu để tống ra ngoài qua đường niệu đạo. Trường hợp bàng quang căng mà không tự tiểu được, không đặt được thông tiểu được sẽ cần phải dẫn lưu nước tiểu bàng quang ra ngoài.

**II.CHỈ ĐỊNH**

- Bí đái do hẹp niệu đạo

- Bí đái do chấn thương niệu đạo mà chưa thể mổ tạo hình

- Bí đái do u phì đại tiền liệt tuyến, ung thư tiền liệt tuyến

- Bí đái do xơ hẹp cổ bàng quang

- Bí đái, đái rỉ do bàng quang thần kinh bẩm sinh hay sau chấn thương cột sống.

**III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Chống chỉ định trong các trường hợp có bệnh toàn thân nặng, không có khả năng gây tê, mê để thực hiện cuộc mổ.

**IV.CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

− 1 bác sỹ phẫu thuật chính

− 1 bác sỹ phụ mổ

− 1 dụng cụ viên

− 1 chạy ngoài

− 1 bác sỹ gây mê và 1 phụ mê

**2. Phương tiện:**

- Bộ dụng cụ phẫu thuật.

- Bộ đặt dẫn lưu nước tiểu silicon , kèm trocar

- Chỉ không tiêu khâu 3-0 khâu da

**3. Người bệnh**

- Chuẩn bị mổ như các ca phẫu thuật khác.

- Làm bilan trước mổ đánh giá: các bệnh lý toàn thân, chức năng thận, tình trạng thiếu máu, tình trạng rối loạn đông máu.

- Vệ sinh bộ phận sinh dục.

- Nhịn ăn uống trước mổ 6 giờ,thụt hậu môn trước mổ.

- Giải thích cho người bệnh và gia đình về chỉ định, cách thức tiến hành, các nguy cơ có thể xảy ra của phẫu thuật.

- Cho ký cam đoan trước khi tiến hành phẫu thuật, thủ thuật

- Dùng kháng sinh dự phòng trước mổ

**4. Hồ sơ bệnh án**

Bệnh án được hoàn thiện với các thủ tục dành cho người bệnh tiến hành làm thủ thuật: hồ sơ đã duyệt can thiệp thủ thuật, giấy cam đoan có ký xác nhận của người bệnh hoặc người nhà.

**V.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ:** kiểm tra lại hồ sơ bệnh án.

**2. Kiểm tra người bệnh:**

- Các chức năng sống (mạch, huyết áp, SPO2 và ý thức) xem có thể tiến hành thủ thuật được không.

- Đối chiếu tên, tuổi, chẩn đoán bệnh.

**3.Kỹ thuật:**

**-** Nằm ngửa

- Gây tê tại chỗ, tê tủy sống hoặc gây mê. Lựa chọn phương pháp vô cảm nào là phụ thuộc cụ thể vào tình trạng toàn thân của người bệnh và các chống chỉ định của từng phương pháp.

- Sát khuẩn bụng vùng mổ từ mũi ức tới khớp mu và 1/3 trên đùi

- Trải toan vô khuẩn

- Rạch da đường giữa trên xương mu khoảng 1 cm vừa lỗ trocar

- Chọc trocar thằng vào lòng bàng quang thấy nước tiểu trào rat ho trocar

- Đặt sonde tiểu silicon theo trocar

- Xé trocar

- Khâu lại vết rach da,buộc cố định sonde silicon

**VI.THEO DÕI**

- Tình trạng toàn thân: Mạch nhiệt độ huyết áp

- Nước tiểu qua dẫn lưu bàng quang, chú ý tránh gập tắc sonde

Tình trạng vết mổ

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Tai biến của gây tê gây mê: xử lý tùy từng trường hợp và mức độ cụ thể

- Chảy máu tắc sonde: bơm rửa qua dẫn lưu bàng quang lấy hết máu cục, cho rửa bàng quang liên tục nếu còn chảy máu, dùng kháng sinh toàn thân.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bộ Y Tế (2017). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên khoa phẫu thuật tiết niệu. Số 5731/QĐ-BYT*.*

## **35. PHẪU THUẬT CẤP CỨU VỠ BÀNG QUANG**

**I.ĐẠI CƯƠNG**

Vỡ bàng quang là bệnh lý cấp cứu cần được xử trí ngay,kịp thời,chính xác.Các dấu hiệu lâm sang của vỡ bàng quang tương đối ít,nhiều trường hơp dễ nhầm với tính trạng của vỡ tạng rỗng

**II.CHỈ ĐỊNH**

Khi chẩn đoán xác định vỡ bàng quang hoặc cần tiến hành xử trí ngay

**III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Vì tình trạng cần xử trí cấp cứu nên với các trường hợp nguy cơ cao như bệnh lý toàn thân nặng, rối loạn đông máu…, cần giải thích kĩ cho người bệnh và gia đình

**IV.CHUẨN BỊ**

**1.Người thực hiện**

- 01 bác sĩ phẫu thuật,02 bác sĩ phụ mổ,kíp gây mê,kíp dụng cụ.

**2. Phương tiện dụng cụ:**

- Bộ dụng cụ phẫu thuật bụng.

- Bộ thông đái: Thông đái và túi nước tiểu.

- Dẫn lưu bàng quang sonde Pezzer

- 2 sợi chỉ vicryl 2/0 khâu bàng quang, 2 sợi chỉ vicryl số 1 đóng bụng, 1-2 sợi Dafilon 3/0 đóng da

**3. Người bệnh**

- Chuẩn bị mổ như các ca phẫu thuật khác.

- Làm bilan trước mổ đánh giá: các bệnh lý toàn thân, chức năng thận, tình trạng thiếu máu, tình trạng rối loạn đông máu.

- Vệ sinh bộ phận sinh dục.

- Nhịn ăn uống trước mổ 6 giờ,thụt hậu môn trước mổ.

- Giải thích cho người bệnh và gia đình về chỉ định, cách thức tiến hành, các nguy cơ có thể xảy ra của phẫu thuật.

- Cho ký cam đoan trước khi tiến hành phẫu thuật, thủ thuật

- Dùng kháng sinh dự phòng trước mổ

**4. Hồ sơ bệnh án**

Bệnh án được hoàn thiện với các thủ tục dành cho người bệnh tiến hành làm thủ thuật: hồ sơ đã duyệt can thiệp thủ thuật, giấy cam đoan có ký xác nhận của người bệnh hoặc người nhà.

**V.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ:** kiểm tra lại hồ sơ bệnh án.

**2. Kiểm tra người bệnh:**

- Các chức năng sống (mạch, huyết áp, SPO2 và ý thức) xem có thể tiến hành thủ thuật được không.

- Đối chiếu tên, tuổi, chẩn đoán bệnh.

**3. Kỹ thuật:**

- Người bệnh tê tủy sống hoặc nội khí quản, nằm ngửa.

- Mở bụng đường trắng giữa dưới rốn

- Rạch mở cân cơ vào khoang retzius

- Bộc lộ, đánh giá thương tổn bàng quang: Số lượng chỗ vỡ, vị trí, kích thước chỗ vỡ, bờ đường vỡ. Đánh giá cổ bàng quang xem có tổn thương không?

- Khâu lỗ thủng bàng quang ngoài phúc mạc

- Dẫn lưu bàng quang tạm thời trên xương mu, kết hợp với đặt sonde niệu đạo

Làm sạch, dẫn lưu khoang retzius

- Kiểm tra cầm máu kỹ, đóng bụng hai lớp theo giải phẫu

**VI.THEO DÕI**

Toàn trạng: Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ

Sonde bàng quang, dẫn lưu Retzius.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Thông thường tỷ lệ tai biến thấp, có thể gặp:

-Sonde tiểu có máu: Truyền rửa tránh máu cục bàng quang

- Chảy máu qua dẫn lưu: Thường từ chỗ vỡ xương chậu. Đánh giá thương tổn trong mổ, cần thiết có thể chèn mèche khoang Retzius. Có thể lựa chọn nút mạch chậu trong để cầm máu.Rò nước tiểu qua dẫn lưu Retzius: Kết hợp đặt sonde niệu đạo đường dưới và theo dõi.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bộ Y Tế (2017). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên khoa phẫu thuật tiết niệu. Số 5731/QĐ-BYT*.*

## **36. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TÚI THỪA BÀNG QUANG**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Túi thừa bàng quang là tình trạng thoát vị của lớp niêm mạc bàng quang qua cơ bàng quang. Trong hầu hết các trường hợp, túi thừa bàng quang nằm ở mặt sau bàng quang. Nguyên nhân gây ra túi thừa bàng quang có hai loại: bẩm sinh và mắc phải.  
**II. CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh nhân có túi thừa bàng quang căng to gây đau nhiều gây những biến chứng như bí tiểu, tiểu máu, hoặc nhiễm khuẩn tiết niệu tái nhiễm nhiều lần.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh có bệnh nội khoa đi kèm có chống chỉ định gây mê, phẫu thuật.

- Kèm tổn thương bàng quang ngoài phúc mạc.

- Kèm tổn thương các tạng khác trong ổ bụng.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện quy trình kỹ thuật:**

- 01 bác sĩ phẫu thuật,02 bác sĩ phụ mổ,kíp gây mê,kíp dụng cụ.

**2. Phương tiện:**

- Các phương tiện thông dụng của PTNS ổ bụng: nguồn sáng, dây CO2, dây  
hút, dàn máy nội soi, 2 trocar 10mm, 1 trocar 5mm, đốt nội soi monopolar,  
bipolar.chỉ 2-0,3-0,chỉ khâu da đóng lỗ trocar.Các dụng cụ kỹ thuật cao như dao siêu âm nếu cần…

**3. Người bệnh**

- Chuẩn bị mổ như các ca phẫu thuật khác.

- Làm bilan trước mổ đánh giá: các bệnh lý toàn thân, chức năng thận, tình trạng thiếu máu, tình trạng rối loạn đông máu.

- Vệ sinh bộ phận sinh dục.

- Nhịn ăn uống trước mổ 6 giờ,thụt hậu môn trước mổ.

- Giải thích cho người bệnh và gia đình về chỉ định, cách thức tiến hành, các nguy cơ có thể xảy ra của phẫu thuật.

-Cho ký cam đoan trước khi tiến hành phẫu thuật. thủ thuật

- Dùng kháng sinh dự phòng trước mổ

**4. Hồ sơ bệnh án**

Bệnh án được hoàn thiện với các thủ tục dành cho người bệnh tiến hành làm thủ thuật: hồ sơ đã duyệt can thiệp thủ thuật, giấy cam đoan có ký xác nhận của người bệnh hoặc người nhà.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ:** kiểm tra lại hồ sơ bệnh án.

**2. Kiểm tra người bệnh:**

- Các chức năng sống (mạch, huyết áp, SPO2 và ý thức) xem có thể tiến hành thủ thuật được không.

- Đối chiếu tên, tuổi, chẩn đoán bệnh.

**3. Thực hiện kỹ thuật: (**45-60ph)

- Người bệnh được gây mê nội khí quản,nằm ngửa.

- Sát khuẩn trải toan,đặt sonde tiểu.

- Vào ổ bụng theo 3 - 4 trocar (2 trocar 10mm, 1 trocar 5mm có thể them 01 trocar 5 mm)  
- Tìm vị trí thủng của túi thừa bàng quang thường thực hiện với các túi thừa ở mặt trên và sau trên của bàng quang.

- Bơm nước muối 0.9% vào bàng quang để tìm vị trí túi thừa bàng quang nếu khó tìm.  
- Bóc tách,cắt túi thừa bàng quang.

- Khâu lại miếng túi thừa sau khi cắt

- Bơm lại bàng quang kiểm tra chỗ khâu bàng quang

- Dẫn lưu ổ bụng.

- Khâu các lỗ trocar.

**VI. THEO DÕI**

- Hậu phẫu mang dẫn lưu ổ bụng sau 24 giờ.

- Lưu thông tiểu lớn trong 1 tuần.

- Rút dẫn lưu khi hết dịch.

- Xuất viện sau 2-3 ngày.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Chảy máu:

+ Đốt cầm máu kỹ trước khi đặt dẫn lưu

+ Mổ mở nếu không cầm máu dưới nội soi được

- Rò nước tiểu:

+ Đặt thông tiểu lâu

+ Mổ mở hoặc phẫu thuật nội soi để khâu lại bàng quang

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bộ Y Tế (2017). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên khoa phẫu thuật tiết niệu. Số 5731/QĐ-BYT*.*

## **37. BƠM RỬA BÀNG QUANG, BƠM HÓA CHẤT**

**I.ĐẠI CƯƠNG**

Nội soi bàng quang và bơm hóa chất là một thăm dò bàng quang qua đường niệu đạo bằng máy soi, từ đó có thể nhìn thấy rõ nhất bên trong niệu đạo, bàng quang. Khi phát hiện tổn thương cần điều trị bằng hóa chất (ung thư bàng quang, đái máu sau điều trị xạ trị của ung thư vùng tiểu khung) thì tiến hành bơm hóa chất vào trong bàng quang. Hóa chất được dùng tùy theo bệnh lý bàng quang và mục tiêu điều trị.

**II.CHỈ ĐỊNH**

Bơm hóa chất trong điều trị ung thư bàng quang, điều trị triệu chứng trong đái máu sau xạ trị ung thư vùng tiểu khung…

**III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH TƯƠNG ĐỐI (CHO MỘT SỐ HÓA CHẤT)**

Phụ nữ có thai và cho con bú.

**IV.CHUẨN BỊ**

**1 .Người thực hiện**

- Bác sĩ: 01

- Điều dưỡng: 01

**2. Phương tiện**

− Máy nội soi bàng quang ống cứng và nguồn sáng phù hợp.

− Bàn nội soi bàng quang

− Vật tư tiêu hao:

+ Dung dịch sát khuẩn: betadin 10% hoặc thuốc đỏ.

+ Gel xylocain và chlorhexadin.

+ Gạc vô trùng: 05 miếng

+ Panh vô trùng: 01 chiếc

+ Găng vô trùng: 02 đôi

+ 1000- 2000 ml nước vô trùng (nước cất hoặc natriclorua 0,9%).

+ Quần dành cho người bệnh soi bàng quang.+ Hóa chất bơm bàng quang.

**3. Người bệnh**

- Làm bilan trước mổ đánh giá: các bệnh lý toàn thân, chức năng thận, tình trạng thiếu máu, tình trạng rối loạn đông máu.

- Vệ sinh bộ phận sinh dục.

- Giải thích cho người bệnh và gia đình về chỉ định, cách thức tiến hành, các nguy cơ có thể xảy ra của thủ thuật.

-Cho ký cam đoan trước khi tiến hành thủ thuật

**4. Hồ sơ bệnh án**

Bệnh án được hoàn thiện với các thủ tục dành cho người bệnh tiến hành làm thủ thuật: hồ sơ đã duyệt can thiệp thủ thuật, giấy cam đoan có ký xác nhận của người bệnh hoặc người nhà.

**V.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ:** kiểm tra lại hồ sơ bệnh án.

**2. Kiểm tra người bệnh:**

- Các chức năng sống (mạch, huyết áp, SPO2 và ý thức) xem có thể tiến hành thủ thuật được không.

- Đối chiếu tên, tuổi, chẩn đoán bệnh.

**3 .Thực hiện kỹ thuật**

-Tư thế người bệnh

+ Người bệnh nằm ở tư thế sản khoa.

+ Người bệnh được mặc quần dành cho người bệnh nội soi bàng quang.

- Vệ sinh bộ phận sinh dục bằng gạc thấm dung dịch sát trùng.

- Ống soi được bôi trơn bằng dung dịch xylocain và chlorhexadin. Bác sĩ đưa từ từ ống soi qua lỗ niệu đạo vào bàng quang.

- Trong quá trình đưa ống soi vào bàng quang, cần để nước vô trùng chảy liên tục qua ống soi để giảm tổn thương cho niệu đạo và bàng quang.

- Sau khi rửa sạch bàng quang, bơm hóa chất vào bàng quang (loại hóa chất, số lượng, thời gian lưu tùy theo mục đích điều trị).

Ghi hồ sơ:

- Ngày giờ tiến hành thủ thuật.

+ Tên hóa chất, số lượng hóa chất bơm vào bàng quang.

+ Tình trạng của người bệnh trong và sau khi tiến hành thủ thuật.

+ Tên người tiến hành.

**VI.THEO DÕI**

-Trong 24- 48 giờ:

+Nhiệt độ, huyết áp, toàn trạng.

+Theo dõi tính chất, màu sắc, số lượng nước tiểu.

+Tình trạng bụng (đau, phản ứng thành bụng).

+Theo dõi tác dụng phụ của hóa chất và phản ứng dị ứng.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

**1. Thủng bàng quang**

Rất ít xảy ra, xử trí ngoại khoa.

**2. Chảy máu**

Theo dõi, dùng thuốc cầm máu, truyền máu trong trường hợp mất quá nhiều máu.  
**3. Nhiễm khuẩn**

Do có nhiễm khuẩn cũ hoặc nhiễm khuẩn do làm thủ tục kéo dài và không vô  
khuẩn tuyệt đối: điều trị kháng sinh và theo dõi.

**4. Phản ứng với hoá chất khi bơm truyền**

Xử trí cấp cứu theo phác đồ sốc phản vệ khi bệnh nhân có phản ứng.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bộ Y Tế (2017). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên khoa phẫu thuật tiết niệu. Số 5731/QĐ-BYT*.*

## **38. THAY ỐNG THÔNG DẪN LƯU BÀNG QUANG**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Trường hợp không tự tiểu được sẽ phải đặt dẫn lưu bàng quang (DLBQ). Thường dẫn lưu bàng quang (DLBQ ) phải thay thường xuyên 1 tháng 1 lần để tránh đầu sonde lắng cặn sỏi. Khi để lâu không thay nhiều trường hợp phải mổ thay sonde do đầu sonde có sỏi.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Sỏi trên đầu sonde dẫn lưu bàng quang gây tắc sonde .

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Thường khồng có chống chỉ định. Người bệnh có thể chịu được cuộc mổ là có thể  
thực hiện.

- Chống chỉ định trong các trường hợp có bệnh toàn thân nặng, không có khả năng  
gây tê, mê để mổ.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

- 1 bác sỹ phẫu thuật, 2 người phụ mổ, một dụng cụ viên và một chạy ngoài.  
**2. Phương tiện:**

- Bộ dụng cụ phẫu thuật có van tự động nhỏ, sonde petzer để DLBQ, chỉ  
vicryl 3.0 hay 2.0, sonde dẫn lưu khoang Retzius, chỉ 1.0 đóng cân cơ, chỉ dafilon khâu da.

**3. Người bệnh**

- Chuẩn bị mổ như các ca phẫu thuật khác.

- Làm bilan trước mổ đánh giá: các bệnh lý toàn thân, chức năng thận, tình trạng thiếu máu, tình trạng rối loạn đông máu.

- Vệ sinh bộ phận sinh dục.

- Nhịn ăn uống trước mổ 6 giờ,thụt hậu môn trước mổ.

- Giải thích cho người bệnh và gia đình về chỉ định, cách thức tiến hành, các nguy cơ có thể xảy ra của phẫu thuật.

- Cho ký cam đoan trước khi tiến hành phẫu thuật, thủ thuật

- Dùng kháng sinh dự phòng trước mổ

**4. Hồ sơ bệnh án**

Bệnh án được hoàn thiện với các thủ tục dành cho người bệnh tiến hành làm thủ thuật: hồ sơ đã duyệt can thiệp thủ thuật, giấy cam đoan có ký xác nhận của người bệnh hoặc người nhà.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ:** kiểm tra lại hồ sơ bệnh án.

**2. Kiểm tra người bệnh:**

- Các chức năng sống (mạch, huyết áp, SPO2 và ý thức) xem có thể tiến hành thủ thuật được không.

- Đối chiếu tên, tuổi, chẩn đoán bệnh.

**3. Kỹ thuật:**

- Nằm ngửa

- Tê tủy sống hay mê nội khí quản

- Sát khuẩn bụng vùng mổ từ mũi ức tới khớp mu và 1/3 trên đùi  
- Trải toan, rạch da đường giữa trên xương mu khoảng 5-10 cm qua vị trí sonde DLBQ cũ qua da, cân cơ bộc lộ mặt trước bàng quang (BQ).  
- Mở BQ tại chân sonde DLBQ cũ lấy sonde và sỏi dính ở đầu sonde.  
- Kiểm tra cổ bàng quang, tuyến tiền liệt và 2 lỗ niệu quản. Lấy sỏi và máu cục nếu có.  
- Bơm rửa sạch BQ, DLBQ lại bằng Petzer. Có thể dùng sonde 3 chạc để rửa liên tục nếu có nguy cơ chảy máu).

- Khâu lại chỗ mở BQ vicryl.

- Dẫn lưu khoang Retzius.

- Khâu treo bàng quang vào thành bụng.

- Đóng cân cơ và da.

**VI.THEO DÕI**

- Tình trạng toàn thân: Mạch, nhiệt độ, huyết áp

- Nước tiểu qua DLBQ (tránh gập tắc sonde)

- Dịch chảy ra dẫn lưu khoang Retzius

- Tình trạng vết mổ

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Trong mổ có thể rách phúc mạc hay thủng ruột khi bộc lộ BQ phải khâu lại ngay  
- Chảy nước tiểu qua vết mổ, dẫn lưu Retzius: chú ý tránh gập tắc DLBQ. Thay băng tránh nhiễm trùng vết mổ. Bơm rửa BQ nếu có máu cục BQ.  
- Chảy máu tắc sonde: bơm rửa qua DLBQ lấy hết máu cục, cho rửa bàng quang liên tục, dùng kháng sinh toàn thân, nâng cao thể trạng.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bộ Y Tế (2017). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên khoa phẫu thuật tiết niệu. Số 5731/QĐ-BYT*.*

## **39. MỔ LẤY SỎI BÀNG QUANG**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Sỏi bàng quang là bệnh lý thường gặp do sỏi đường niệu trên rơi xuống hoặc hìnhthành tại bàng quang trong các bệnh lý gây tắc nghẽn đường tiểu dưới (U phì đại, hẹp niệu đạo (HNĐ), bàng quang mất trương lực do bẩm sinh hay mắc phải….).

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Sỏi bàng quang / Hẹp niệu đạo

- Sỏi bàng quang / xơ hẹp cổ bàng quang

- Sỏi bàng quang kích thước lớn không tán sỏi được

- Sỏi bàng quang/ bàng quang thần kinh do bẩm sinh hay sau chấn thương cột sống.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Thường không có chống chỉ định. Người bệnh có thể chịu được cuộc mổ là có thể  
thực hiện

- Chống chỉ định trong các trường hợp có bệnh toàn thân nặng, không có khả năng gây tê, mê để mổ.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

-1 bác sỹ phẫu thuật

- 2 bác sĩ phụ mổ,1 bác sĩ gây mê

- Dụng cụ viên và chạy ngoài.

**2. Phương tiện:**

- Bộ dụng cụ phẫu thuật có van tự động nhỏ, sonde Petzer để dẫn lưu  
bàng quang khi cần, sonde Foley, chỉ Vicryl 3.0 hay 2.0, sonde dẫn lưu khoang Retzius, chỉ 1.0 đóng cân cơ, chỉ dafilon khâu da.

**3. Người bệnh**

- Chuẩn bị mổ như các ca phẫu thuật khác.

- Làm bilan trước mổ đánh giá: các bệnh lý toàn thân, chức năng thận, tình trạng thiếu máu, tình trạng rối loạn đông máu.

- Vệ sinh bộ phận sinh dục.

- Nhịn ăn uống trước mổ 6 giờ, thụt hậu môn trước mổ.

- Giải thích cho người bệnh và gia đình về chỉ định, cách thức tiến hành, các nguy cơ có thể xảy ra của phẫu thuật.

-Cho ký cam đoan trước khi tiến hành phẫu thuật. thủ thuật

**4. Hồ sơ bệnh án**

Bệnh án được hoàn thiện với các thủ tục dành cho người bệnh tiến hành làm thủ thuật: hồ sơ đã duyệt can thiệp thủ thuật, giấy cam đoan có ký xác nhận của người bệnh hoặc người nhà.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ:** kiểm tra lại hồ sơ bệnh án.

**2. Kiểm tra người bệnh:**

- Các chức năng sống (mạch, huyết áp, SPO2 và ý thức) xem có thể tiến hành thủ thuật được không.

- Đối chiếu tên, tuổi, chẩn đoán bệnh.

**3. Kỹ thuật:**

-Tư thế: nằm ngửa

-Vô cảm: tê tủy sống hay mê nội khí quản

- Sát khuẩn bụng vùng mổ từ mũi ức tới khớp mu và 1/3 trên đùi.

- Trải toan, rạch da đường giưa trên xương mu khoảng 5-10 cm theo sẹo mổ cũ qua da,cân cơ bộc lộ mặt trước bàng quang; khâu treo thành trước bàng quang; mổbàng quang.  
- Lấy sỏi bàng quang, kiểm tra cổ bàng quang, tuyến tiền liệt và 2 lỗ niệu quản.  
- Bơm rửa sạch bàng quang, dẫn lưu bằng Petzer (nếu không dẫn lưu bàng quang phải đặt sonde niệu đạo).

- Khâu lại chỗ mở bàng quang bằng chỉ tiêu.

- Dẫn lưu khoang Retzius.

- Khâu treo bàng quang vào thành bụng.

- Đóng cân cơ và da.

**VI. THEO DÕI**

- Tình trạng toàn thân: Mạch nhiệt độ huyết áp

- Nước tiểu qua dẫn lưu bàng quang hay qua sonde niệu đạo (tránh gập tắc sonde)

- Dịch chảy ra dẫn lưu khoang Retzius

- Tình trạng vết mổ

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Chảy nước tiểu qua vết mổ, dẫn lưu Retzius: chú ý tránh gập tắc dẫn lưu bàng quang, sonde tiểu. Thay băng tránh nhiễm trùng vết mổ. Bơm rửa bàng quang nếu có máu cục.

- Chảy máu tắc sonde: bơm rửa qua dẫn lưu bàng quang hay sonde niệu đạo lấy hết  
máu cục, cho rửa bàng quang liên tục, dùng kháng sinh toàn thân, nâng cao thể trạng.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bộ Y Tế (2017). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên khoa phẫu thuật tiết niệu. Số 5731/QĐ-BYT*.*

## **40. DẪN LƯU NƯỚC TIỂU BÀNG QUANG**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Bàng quang (BQ) là nơi chứa nước tiểu để tống ra ngoài qua đường niệu đạo.  
 Trường hợp bàng quang căng mà không tự tiểu được, không đặt được thông tiểu được sẽ cần phải dẫn lưu nước tiểu bàng quang ra ngoài.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Bí đái do hẹp niệu đạo

- Bí đái do chấn thương niệu đạo mà chưa thể mổ tạo hình

- Bí đái do u phì đại tiền liệt tuyến, ung thư tiền liệt tuyến

- Bí đái do xơ hẹp cổ bàng quang

- Bí đái, đái rỉ do bàng quang thần kinh bẩm sinh hay sau chấn thương cột sống.

**III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

-Chống chỉ định trong các trường hợp có bệnh toàn thân nặng, không có khả năng  
gây tê, mê để thực hiện cuộc mổ.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

- 1 bác sỹ phẫu thuật, 2 người phụ mổ, một dụng cụ viên và một chạy ngoài,bác sĩ gây mê.

**2. Phương tiện:**

- Bộ dụng cụ phẫu thuật có van tự động nhỏ.

- Sonde petzer để DLBQ

- Sonde dẫn lưu khoang Retzius,

- Chỉ tiêu chậm 3.0 hay 2.0 để khâu bàng quang, chỉ tiêu chậm 1.0 đóng cân cơ, chỉ  
không tiêu khâu da.

**3. Người bệnh:**

- Chuẩn bị mổ như các ca phẫu thuật khác.

- Làm bilan trước mổ đánh giá: các bệnh lý toàn thân, chức năng thận, tình trạng  
thiếu máu, tình trạng rối loạn đông máu.

- Vệ sinh bộ phận sinh dục, cạo lông mu, sát khuẩn vùng bụng dưới rốn.

- Nhịn ăn uống trước mổ 6 giờ, tốt nhất nên thụt hậu môn trước mổ.

- Giải thích cho người bệnh và gia đình về chỉ định, cách thức tiến hành, các nguy  
cơ có thể xảy ra của phẫu thuật.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Bệnh án được hoàn thiện với các thủ tục dành cho người bệnh tiến hành làm thủ thuật: hồ sơ đã duyệt can thiệp thủ thuật, giấy cam đoan có ký xác nhận của người bệnh hoặc người nhà.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ:** kiểm tra lại hồ sơ bệnh án.

**2. Kiểm tra người bệnh:**

- Các chức năng sống (mạch, huyết áp, SPO2 và ý thức) xem có thể tiến hành thủ thuật được không.

- Đối chiếu tên, tuổi, chẩn đoán bệnh.

**3. Kỹ thuật:**

Tư thế: nằm ngửa

Vô cảm:gây tê tại chỗ, tê tủy sống hoặc gây mê. Lựa chọn phương pháp vô cảm nào là phụ thuộc cụ thể vào tình trạng toàn thân của người bệnh và các chống chỉ định của từng phương pháp.

- Sát khuẩn bụng vùng mổ từ mũi ức tới khớp mu và 1/3 trên đùi

- Trải toan vô khuẩn

- Rạch da đường giữa trên xương mu khoảng 5-10 cm

- Qua da, cân cơ bộc lộ mặt trước BQ

- Khâu treo thành trước bàng quang, mở bàng quang khoảng 2-3cm.

- Kiểm tra cổ bàng quang, tuyến tiền liệt và 2 lỗ niệu quản.

- Lấy sỏi bàng quang, bơm rửa máu cục nếu có.

- Đặt dẫn lưu bàng quang bằng sonde Petzer hoặc sonde Foley, chú ý vị trí đặt dẫn  
lưu thường đặt vùng vòm bàng quang, đầu sonde dẫn lưu không đặt quá sâu sát cổ  
bàng quang gây cảm giác kích thích cho người bệnh.

- Khâu lại chỗ mở bàng quang chỉ tiêu chậm

- Kiểm tra lưu thông dẫn lưu, độ kín của đường khâu bàng quang

- Kiểm tra cầm máu kĩ, dẫn lưu khoang Retzius bằng sonde nhựa

- Khâu treo bàng quang vào thành bụng bằng các mũi chỉ tiêu  
- Đóng cân cơ và da.

**VI. THEO DÕI**

- Tình trạng toàn thân: Mạch nhiệt độ huyết áp

- Nước tiểu qua dẫn lưu bàng quang, chú ý tránh gập tắc sonde

- Dịch chảy ra dẫn lưu khoang Retzius

- Tình trạng vết mổ

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Tai biến của gây tê gây mê: xử lý tùy từng trường hợp và mức độ cụ thể  
- Trong mổ có thể rách phúc mạc hay thủng ruột khi bộc lộ BQ: nếu rách phúc  
mạc đơn thuần thì khâu đóng phúc mạc, nếu thương tổn ruột thì khâu ruột bằng chỉ tiêu chậm, trường hợp khó thì mời bác sĩ chuyên khoa tiêu hóa phối hợp.

- Chảy nước tiểu qua vết mổ, dẫn lưu Retzius: kiểm tra tránh gập tắc dẫn lưu bàng  
quang, thay băng tránh nhiễm trùng vết mổ.

- Chảy máu tắc sonde: bơm rửa qua dẫn lưu bàng quang lấy hết máu cục, cho rửa  
bàng quang liên tục nếu còn chảy máu, dùng kháng sinh toàn thân.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bộ Y Tế (2017). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên khoa phẫu thuật tiết niệu. Số 5731/QĐ-BYT*.*

## **41. DẪN LƯU ÁP XE KHOANG RETZIUS**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Khoang Retzius là một khoang ảo nhưng do tổ chức lỏng lẻo và liên quan giải phẫu với nhiều tạng lân cận nên rất dễ bị áp xe sau chấn thương và sau phẫu thuật vùng tiểu khung. Những trường hợp đã tạo thành khối ápxe cần phải được can thiệp dẫn lưu để điều trị.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Khối áp xe khoang retzius sau mổ vùng bàng quang

- Khối ápxe khoang Retzius trong hội chứng Fournier, trong chấn thương bàng  
quang gây tụ máu nước tiểu áp xe hoá.

- Ápxe khoang Retzius do túi thừa bàng quang vỡ, ung thư bàng quang vỡ cần xử  
lý nguyên nhân và dẫn lưu rộng rãi khoang Retzius.

**III.CHỐNG CHỈ ĐINH**

Chống chỉ định trong các trường hợp có bệnh toàn thân nặng, không có khả năng gây tê, mê để mổ.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

− 1 bác sỹ phẫu thuật chính

− 2 bác sỹ phụ mổ

− 1 dụng cụ viên− 1 chạy ngoài

− 1 bác sỹ gây mê và 1 phụ mê

**2. Phương tiện:**

− Bàn mổ có thể điều khiển các tư thế khi cần thiết

− Dao điện đơn cực, dao điện lưỡng cực

− Máy hút

− Dao mổ lạnh, cán dao, kìm kẹp kim đủ các loại từ kìm cặp chỉ nhỏ đến chỉ to, 1  
kìm kẹp kim mạch máu, 10 pince cong, 2 pharabeuf, 2 hartman, 1 bộ van tự động, 1 van sâu, 1 van nông, 1 van maleat, 2 kéo phẫu tích gồm 1 to, 1 nhỏ, 2 kéo cắt chỉ gồm 1 dài,1 ngắn.

− Các loại chỉ: tuỳ từng bệnh lý mà phẫu thuật cần số lượng chỉ khác nhau trung  
bình cần 2 sợi chỉ tiêu chậm 2/0, 2 sợi chỉ đơn sợi không tiêu 3/0, 2 sợi chỉ to tiêu chậm 1/0.

− 1 hoặc 2 ống dẫn lưu silicon

− 1 sonde Foley hoặc Petzer để dẫn lưu bàng quang khi cần thiết.

− 1 túi nước tiểu nếu có dẫn lưu bàng quang

− Nhiều dung dịch sát khuẩn bétadine, cồn, oxy già, nhiều nước muối sinh lý ấm để rửa và làm sạch khoang Retzius.

**3. Người bệnh:**

− Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình  
trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những 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.

− Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa,  
bệnh mãn tính, tuổi.

− Điều trị ổn định các bệnh nội khoa như cao huyết áp, đái đường… trước khi can thiệp phẫu thuật (trừ trường hợp mổ cấp cứu). Truyền máu nếu người bệnh có thiếu máu nhiều.

− Nhịn ăn, thụt tháo, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.− Dùng kháng sinh dự phòng trước mổ.

− Hồ sơ người bệnh, xét nghiệm cơ bản, phim Xquang phổi, phim Xquang hệ tiết niệu, phim niệu đồ tĩnh mạch, phim cắt lớp vi tính.

− Xét nghiệm vi khuẩn, kháng sinh đồ để điều trị nhiễm khuẩn.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Bệnh án được hoàn thiện với các thủ tục dành cho người bệnh tiến hành làm thủ thuật: hồ sơ đã duyệt can thiệp thủ thuật, giấy cam đoan có ký xác nhận của người bệnh hoặc người nhà.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ:** kiểm tra lại hồ sơ bệnh án.

**2. Kiểm tra người bệnh:**

- Các chức năng sống (mạch, huyết áp, SPO2 và ý thức) xem có thể tiến hành thủ thuật được không.

- Đối chiếu tên, tuổi, chẩn đoán bệnh.

**3. Kỹ thuật:**

− Tư thế: nằm ngửa

− Sát khuẩn bụng vùng mổ từ mũi ức tới khớp mu và 1/3 trên đùi

− Trải toan, rạch da đường giữa trên xương mu khoảng 5-10 cm hoặc rộng hơn tùy  
theo thương tổn.

− Qua da, cân cơ bộc lộ mặt trước bàng quang vào khoang Retzius

− Lấy máu, mủ gửi vi sinh.

− Hút sạch mủ ổ áp xe, lau rửa làm sạch thật kỹ

− Nếu thành bàng quang viêm mủn nát, người bệnh đái khó hay ổ áp xe ăn vào bàng  
quang có thể dẫn lưu bàng quang.

− Nếu áp xe do viêm thủng bàng quang hay do túi thừa bàng quang vỡ cần cắt túi  
thừa, khâu lại chỗ vỡ và dẫn lưu bàng quang.

− Bơm rửa sạch bàng quang, dẫn lưu bàng quang bằng sonde Petzer

− Dẫn lưu khoang Retzius bằng sonde silicon to 1 hoặc 2 chiếc

− Đóng cân cơ mũi rời

− Khâu da thừa.

**VI. THEO DÕI**

− Tình trạng toàn thân: Mạch nhiệt độ huyết áp

− Nước tiểu qua dẫn lưu bàng quang (tránh gập tắc sonde) nếu có

− Dịch chảy ra dẫn lưu khoang Retzius

− Tình trạng vết mổ

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

− Chống nhiễm khuẩn bằng kháng sinh toàn thân

− Thay băng tránh nhiễm trùng vết mổ.

− Rò nước tiểu qua dẫn lưu ổ áp xe khi thành bàng quang mủn nát. Chăm sóc tránh  
tắc dẫn lưu bàng quang.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bộ Y Tế (2017). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên khoa phẫu thuật tiết niệu. Số 5731/QĐ-BYT*.*

## **42. DẪN LƯU BÀNG QUANG ĐƠN THUẦN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Đặt dẫn lưu bàng quang đơn thuần để dẫn lưu nước tiểu trong trường hợp nước tiểu không thể dẫn lưu được qua đường niệu đạo thông thường do có chống chỉ định.Thủ thuật này được tiến hành tại các khoa hồi sức cấp cứu với đặc điểm: tiến hành tại giường và cần nhiều Người thực hiện để làm thủ thuật.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Không đặt được sonde bàng quang trong hoàn cảnh:

+ Phì đại tuyến tiền liệt, ung thư tuyến hoặc trước phẫu thuật tuyến tiền liệt.

+ Hẹp bao quy đầu

+ Tổn thương ở cổ bàng quang.

+ Vỡ niệu đạo do vỡ khung chậu.

+ Hẹp niệu đạo: tuyến tiền liệt phì đại, co thắt niệu đạo, sẹo xơ niệu đạo, dị vật niệu đạo.

- Nhiễm trùng niệu đạo mạn tính.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Rối loạn đông máu: tiểu cầu dưới 50000/mm3; INR > 3; APTTs > 50s. Cần truyền tiểu cầu hoặc huyết tương tươi đông lạnh trước khi làm thủ thuật.

- Nhiễm trùng ở vị trí dự định đặt dẫn lưu.

- Bệnh lí trong khoang ổ bụng (viêm phúc mạc, chảy máu ổ bụng, hoặc xơ phúc mạc,...)

- U bàng quang

- Không sờ thấy bàng quang.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

− 1 bác sỹ phẫu thuật chính

− 1 bác sỹ phụ mổ

− 1 dụng cụ viên

− 1 chạy ngoài

− 1 bác sỹ gây mê và 1 phụ mê

**2. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ đặt dẫn lưu qua da

+ 01 catheter trên khớp vệ, cỡ 12 - 18 F.

+ 01 bơm tiêm 50ml gắn vào đầu catheter, 03 bơm tiêm 10ml.

+ 01 kim dẫn đường để luồn guide wire: dài khoảng 7 - 8 cm, cỡ 24 - 25 G.

+ 01 dao phẫu thuật, 01 bộ kim chỉ khâu da

- Dung dịch sát khuẩn: povidin, thuốc gây tê: lidocain 1%

- Hệ thống dẫn nước tiểu vô trùng: dây dẫn nối với catheter và túi đựng nước tiểu.

- Găng phẫu thuật, gạc vô trùng, xăng vô khuẩn cỡ 4 x 4cm, băng dán vô khuẩn.

- Bộ cấp cứu sốc phản vệ

- Các chế phẩm máu sẵn sàng lĩnh về truyền khi xuất hiện chảy máu gây mất máu.

**3. Người bệnh**

- Chuẩn bị mổ như các ca phẫu thuật khác.

- Làm bilan trước mổ đánh giá: các bệnh lý toàn thân, chức năng thận, tình trạng thiếu máu, tình trạng rối loạn đông máu.

- Vệ sinh bộ phận sinh dục.

- Nhịn ăn uống trước mổ 6 giờ,thụt hậu môn trước mổ.

- Giải thích cho người bệnh và gia đình về chỉ định, cách thức tiến hành, các nguy cơ có thể xảy ra của phẫu thuật.

- Cho ký cam đoan trước khi tiến hành phẫu thuật, thủ thuật

- Dùng kháng sinh dự phòng trước mổ

**4. Hồ sơ bệnh án**

Bệnh án được hoàn thiện với các thủ tục dành cho người bệnh tiến hành làm thủ thuật: hồ sơ đã duyệt can thiệp thủ thuật, giấy cam đoan có ký xác nhận của người bệnh hoặc người nhà.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ:** kiểm tra lại chỉ định, chống chỉ định và giấy cam kết đồng ý tham gia kỹ thuật

**2. Kiểm tra người bệnh:** các chức năng sống (mạch, huyết áp, SPO2 và ý thức) xem có thể tiến hành thủ thuật được không.

**3. Thực hiện kỹ thuật**

- Thăm khám, sờ nắn bàng quang hoặc siêu âm xác định vị trí chọc ở trên đường trắng giữa, cách trên khớp vệ 2cm.

- Gây tê tại chỗ.

- Lắp kim dẫn đường đã chuẩn bị vào bơm tiêm có chứa dung dịch lidocain, hướng kim về vị trí chọ tạo một góc 70 - 80 so với bề mặt thành bụng (mũi kim hướng về phía đầu Người bệnh và thân kim vẫn theo hướng đường trắng giữa).

- Chọc kim, bơm khoảng 5ml thuốc gây tê khi đang tiến về phía bàng quang, trong khi từng lúc bơm thuốc gây tê xen kẽ với hút nước tiểu. Ngừng tiến thêm khi đã hút thấy nước tiểu.

- Giữ nguyên vị trí kim, rút bơm tiêm, luồn dây dẫn qua kim vào trong bàng quang.

- Giữ nguyên vị trí dây dẫn, rút kim. Dùng dao rạch một vết rạch nhỏ ở vết chọc.

- Luồn dụng cụ nong và vỏ qua dây dẫn và đưa vào trong bàng quang. Giữ nguyên vị trí vỏ nhựa, rút dụng cụ nong và rút dây dẫn.

- Đưa catheter trên khớp vệ qua vỏ nhựa vào trong bàng quang, xác định vị trí chính xác khi thấy nước tiểu chảy ra. Bơm bóng chèn của catheter và nối với hệ thống dẫn nước tiểu.

- Rút vỏ nhựa, vừa rút vừa vê nhẹ, rút đến khi thấy bóng chèn chạm thành bàng quang, rút hết vỏ nhựa ra ngoài.

- Băng vùng chọc bằng gạc vô trùng.

**VI. THEO DÕI**

- Theo dõi các thông số: mạch, huyết áp, SPO2 và ý thức trong và sau khi làm thủ thuật.

- Theo dõi diễn biến và kết quả của kỹ thuật

+ Dấu hiệu nhiễm trùng tại chỗ, trong ổ bụng và chảy máu trong ổ bụng.

+ Dấu hiệu nước tiểu: số lượng, màu sắc

- Theo dõi tai biến và biến chứng của kỹ thuật:

+ Dấu hiệu chảy máu bàng quang: màu sắc nước tiểu, tổng phân tích nước tiểu.

+ Dấu hiệu viêm phúc mạc do thủng ruột

+ Kỹ thuật thất bại

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Co thắt bàng quang : Thường gặp, phòng bằng cách để đầu trong của catheter cách thành bàng quang 2cm. Khi co thắt mạnh dùng oxybutynin 5mg, 2

- 4 viên/ngày.

- Đái máu: Rách mạch máu hoặc bàng quang được giải phóng áp lực nhanh: bằng cách tháo nước tiểu ra từ từ.

- Thủng ruột: Dùng biện pháp siêu âm đánh giá trước khi cần. Phẫu thuật rửa ổ bụng.

- Tắc catheter: đầu catheter tỳ đè hoặc cục máu.

- Đái nhiều do hội chứng sau giải phóng tắc nghẽn. Xử trí: theo dõi cân bằng dịch và rối loạn điện giải.

- Tổn thương niệu quản, nhiễm trùng hoặc áp xe, tuột catheter, chảy máu và dịch quanh catheter.

- Thủ thuật thất bại: hội chẩn chuyên khoa ngoại mở thông bàng quang.

- Các biến chứng khác: xuyên qua thành tiếp theo của bàng quang, rơi một đoạn của đầu catheter trong bàng quang.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bộ Y Tế (2017). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên khoa phẫu thuật tiết niệu. Số 5731/QĐ-BYT*.*

## **43. PHẪU THUẬT DẪN LƯU VIÊM TẤY KHUNG CHẬU DO RÒ NƯỚC TIỂU**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Rò nước tiểu gây viêm tấy khung chậu thường do nguyên nhân rò từ bàng quang do bỏ sót tổn thương vỡ bàng quang ngoài phúc mạc do vỡ xương chậu, thường có chỉ định xử trí cấp cứu.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Khi chẩn đoán xác định viêm tấy tổ chức khung chậu do vỡ bàng quang ngoài phúc mạc.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Vì tình trạng cần xử trí cấp cứu nên với các trường hợp nguy cơ cao như bệnh lý toàn thân nặng, rối loạn đông máu…, cần giải thích kĩ cho người bệnh và gia đình.

**IV.CHUẨN BỊ**

1.**Người thực hiện:**

1 bác sĩ phẫu thuật chuyên khoa tiết niệu, 2 bác sĩ phụ mổ.

**2. Phương tiện dụng cụ:**

-Bộ dụng cụ phẫu thuật bụng.

-Bộ thông đái: Thông đái và túi nước tiểu.

-Dẫn lưu bàng quang sonde Pezzer

-2 sợi chỉ vicryl 2/0 khâu bàng quang, 2 sợi chỉ vicryl số 1 đóng bụng, 1-2 sợi Dafilon 3/0 đóng da.

**3. Người bệnh**

- Bệnh nhân có Cao huyết áp, bệnh nhân trên 60 tuổi cần được siêu âm tim; Bệnh nhân có bệnh phổi tắc ngẽn mạn tính (COPD) phải đo chức năng hô hấp trước mổ hoặc các bệnh lý mạn tính, nhiễm khuẩn khác khác cần phải được điều trị ổn định trước phẫu thuật.

- Người bệnh được giải thích rõ về phẫu thuật, cũng như các nguy cơ có thể xảy ra và ký vào giấy cam kết đồng ý làm thủ thuật

- Phải thụt tháo phân tối hôm trước mổ.

- Bệnh nhân được tắm rửa, vệ sinh sạch sẽ vùng mổ, đánh dấu vị trí mổ.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Đầy đủ các xét nghiệm cơ bản, điện tim, Xquang phổi

- Giấy cam đoan phẫu thuật.

- 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.Tư thế**: Người bệnh nằm ngửa.

**2.Vô cảm**: Tê tủy sống hoặc nội khí quản.

**3.Kỹ thuật:**

-Mở bụng đường trắng giữa dưới rốn

-Rạch mở cân cơ vào khoang retzius.

-Bộc lộ, đánh giá thương tổn bàng quang: Số lượng chỗ vỡ, vị trí, kích thước chỗ vỡ, bờ đường vỡ. Đánh giá cổ bàng quang xem có tổn thương không?

-Khâu thủng bàng quang ngoài phúc mạc

-Dẫn lưu bàng quang tạm thời trên xương mu, kết hợp với đặt sonde niệu đạo

-Làm sạch, dẫn lưu khoang retzius

-Rạch dẫn lưu tổ chức dưới da vùng bìu nếu cần.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1.Theo dõi:**

-Toàn trạng: Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ

-Sonde bàng quang, dẫn lưu Retzius.

**2.Tai biến và xử trí:**

Thông thường tỷ lệ tai biến thấp, có thể gặp:

-Sonde tiểu có máu: Truyền rửa tránh máu cục bàng quang

-Chảy máu qua dẫn lưu: Thường từ chỗ vỡ xương chậu. Đánh giá thương tổn trong mổ, cần thiết có thể chèn mèche khoang Retzius. Có thể lựa chọn nút mạch chậu trong để cầm máu.

-Rò nước tiểu qua dẫn lưu Retzius: Kết hợp đặt sonde niệu đạo đường dưới và theo dõi.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bộ Y Tế (2017). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên khoa phẫu thuật tiết niệu. Số 5731/QĐ-BYT*.*

## **44. PHẪU THUẬT ÁP XE TUYẾN TIỀN LIỆT**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Là cấp cứu ngoại tiết niệu.

- Phẫu thuật bao gồm dẫn lưu ổ áp xe tuyến tiền liệt và dẫn lưu bàng quang.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Bí đái do áp xe tuyến tiền liệt.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

suy gan suy thận nặng tiến triển, rối loạn đông máu.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

− 1 bác sỹ phẫu thuật chính

− 2 bác sỹ phụ mổ

− 1 dụng cụ viên

− 1 chạy ngoài

− 1 bác sỹ gây mê và 1 phụ mê

**2. Phương tiện:**

- Dụng cụ: bộ dụng cụ phẫu thuật bụng thông thường.  
- Đồ dùng tiêu hao:02 sợi chỉ vicryl 3.0, 01 sợi chỉ vicryl số 1, 01 sợi Dafilon, 01  
ống thông Petzer, 01 túi nước tiểu, 01 dẫn lưu silicon nhỏ.

**3. Người bệnh:**

- Người bệnh được chuẩn bị đầy đủ hồ sơ bệnh án, xét nghiệm cơ bản, Xquang  
phổi, điện tim, siêu âm tim, siêu âm hệ tiết niệu đánh giá hệ thống tiết niệu và ổ áp xe.  
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình  
trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những 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.

- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ  
địa, bệnh mãn tính, tuổi.

- Điều trị ổn định các bệnh nội khoa như cao huyết áp, đái tháo đường, trước khi  
can thiệp phẫu thuật. Truyền máu nếu người bệnh có thiếu máu nhiều.

- Nhịn ăn, thụt tháo, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.

- Có thể dùng kháng sinh dự phòng trước mổ.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Bệnh án được hoàn thiện với các thủ tục dành cho người bệnh tiến hành làm thủ thuật: hồ sơ đã duyệt can thiệp thủ thuật, giấy cam đoan có ký xác nhận của người bệnh hoặc người nhà.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ:** kiểm tra lại hồ sơ bệnh án.

**2. Kiểm tra người bệnh:**

- Các chức năng sống (mạch, huyết áp, SPO2 và ý thức) xem có thể tiến hành thủ thuật được không.

- Đối chiếu tên, tuổi, chẩn đoán bệnh.

**3. Kỹ thuật:**

- Người bệnh nằm ngửa.

- Gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống.

- Bước 1: Mở bụng đường trắng giữa trên xương mu. Bộc lộ bàng quang và tuyến  
tiền liệt.

- Bước 2: Dẫn lưu ổ áp xe ngoài phúc mạc. Lấy dịch áp xe để nuôi cấy vi khuẩn  
và làm kháng sinh đồ.

- Bước 3: Dẫn lưu bàng quang bằng sonde Petzer, khâu bàng quang.

- Bước 4: Lau ổ mổ, đặt dẫn lưu ổ mổ, đóng bụng theo các lớp giải phẫu, khâu cố  
định dẫn lưu.

**VI. THEO DÕI**

- Các dấu hiệu sinh tồn sau mổ: Mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở…

- Theo dõi dẫn lưu ổ mổ và dẫn lưu bàng quang.

- Điều trị kháng sinh: sử dụng phối hợp kháng sinh.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Hiếm gặp.

- Viêm tấy áp xe tầng sinh môn tiến triển: điều chỉnh các kháng sinh mạnh hoặc  
sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bộ Y Tế (2017). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên khoa phẫu thuật tiết niệu. Số 5731/QĐ-BYT*.*

## **45. ĐẶT ỐNG STENT CHỮA BÍ ĐÁI DO PHÌ ĐẠI TIỀN LIỆT TUYẾN ( HỖ TRỢ TUYẾN TRÊN VỀ VẬT TƯ Y TẾ )**

**i. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật đặt Stent niệu đạo có hai loại: Stent tạm thời và stent vĩnh viễn. Stent tạm thời có thể thay thế được và thay định kỳ 1- 3 tháng. Stent vĩnh viễn đặt một lần không thay thế.

**ii. CHỈ ĐỊNH**

Bí đái do u phì đại tuyến tiền liệt điều trị nội khoa không kết quả trên Người bệnh không đủ điều kiện chịu đựng cuộc phẫu thuật triệt để.

Mất đồng vận bàng quang - cơ thắt trong bệnh lý bàng quang thần kinh.

**iii. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Hẹp niệu đạo trước, nhiễm khuẩn tiết niệu phức tạp.

**iv. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Kíp mổ:1 bác sĩ phẫu thuật, 1 phụ mổ.

Kíp gây mê: 1 bác sĩ gây mê, 1 phụ mê, 1 điều dưỡng dụng cụ, 1 chạy ngoài.

**2. Phương tiện dụng cụ**

Dụng cụ: bộ dụng cụ dùng một lần để đặt stent niệu đạo.

**v. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

Tư thế: nằm ngửa, sản khoa.

Vô cảm: gây tê tủy sống.

Các thì phẫu thuật:

Nội soi niệu đạo - bàng quang.

Đo chiều dài từ cổ bàng quang đến ụ núi để chọn kích cỡ stent.

Đặt stent.

**vi. TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG**

Nhiễm khuẩn.

Di lệch stent vào bàng quang hoặc ra ngoài.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bộ Y Tế (2017). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên khoa phẫu thuật tiết niệu. Số 5731/QĐ-BYT*.*

## **46. CẮT BỎ TINH HOÀN LẠC CHỖ**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Cắt bỏ tinh hoàn là phẫu thuật cắt bỏ một khối gồm cả tinh hoàn, mào tinh hoàn, thừng tinh để lấy bỏ triệt để tinh hoàn, nhất là trong bệnh ung thư tinh hoàn do tinh hoàn lạc chỗ.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Tinh hoàn lạc chỗ có nguy cơ ung thư hóa.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Chống chỉ định khi người bệnh có các bệnh đang tiến triển như suy gan, bệnh tim mạch, tiểu đường, rối loạn đông máu…

**IV. CHUẨN BỊ**

**1 Người thực hiện:** .Bác sĩ chuyên khoa phẫu thuật tiết niệu. 1 bác sĩ mổ chính, 2 bác sĩ phụ mổ.

**2. Phương tiện**

- Dung dịch betadin sát trùng: 01 lọ

- Thuốc gây tê lidocain 2%: 04 ống

- Nước muối sinh lý 0,9%: 500ml

- Bơm, kim tiêm 5ml: 01 chiếc

- Bông băng gạc vô trùng: 04 gói

- Bộ áo thủ thuật + mũ + khẩu trang vô khuẩn: 03 bộ

- Găng tay vô trùng: 03 đôi

- Săng vô khuẩn: 04 chiếc

- Panh kẹp săng: 04 chiếc.

- Cán dao mổ

- Lưỡi dao mổ số 10

- Kéo phẫu tích

- Kéo cắt băng, chỉ

- Ống hút

- Kẹp mang kim

- Sonde tiểu folley số 16

- Chỉ tiêu chậm 3.0 hay 2.0 để khâu vạt, chỉ tiêu chậm 1.0 đóng cân cơ, chỉ không tiêu khâu da

**3. Người bệnh**

- Bệnh nhân có Cao huyết áp, bệnh nhân trên 60 tuổi cần được siêu âm tim; Bệnh nhân có bệnh phổi tắc ngẽn mạn tính (COPD) phải đo chức năng hô hấp trước mổ hoặc các bệnh lý mạn tính, nhiễm khuẩn khác khác cần phải được điều trị ổn định trước phẫu thuật.

- Người bệnh được giải thích rõ về phẫu thuật, cũng như các nguy cơ có thể xảy ra và ký vào giấy cam kết đồng ý làm thủ thuật

- Phải thụt tháo phân tối hôm trước mổ.

- Bệnh nhân được tắm rửa, vệ sinh sạch sẽ vùng mổ, đánh dấu vị trí mổ.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Đầy đủ các xét nghiệm cơ bản, điện tim, Xquang phổi

- Giấy cam đoan phẫu thuật.

- 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. Vô cảm:** Gây mê toàn thân hoặc gây tê tủy sống.

**2. Kỹ thuật:**

- Đường rạch: tùy vị trí tinh hoàn có thể:

• Có thể rạch ngang trên nếp da gấp dưới ổ bụng dưới.

• Khó khăn hơn khi bộc lộ thì rạch trên nếp bẹn từ gốc bìu chéo lên trên một góc 45o với đường giữa, đường rạch dài 4-5 khoát ngón tay.

• Nếu da bìu bị xâm lấn, có lỗ rò hay viêm dính, loét thì có thể rạch da lấy cả khối thương tổn.

1 Rạch cân cơ chéo lớn thừng tinh tới tận lỗ bẹn nông. Các thớ cơ dính vào thừng tinh được cắt đốt hoặc buộc cắt rời khỏi thừng tinh nhưng không làm thương tổn dây thần kinh chậu bẹn chạy dọc theo thừng tinh.

2. Bóc tách thừng tinh ở phía sau, cặp thừng tinh và bộc lộ cả khối tinh hoàn lên trên qua vết mổ, bằng cách đẩy nhẹ tinh hoàn lên, bóc tách cầm máu và cắt dây chằng phía dưới, giữ tinh hoàn vào da.

3.Để khối tinh hoàn đã được đưa ra trên một gạc to bằng săn mổ, sau đó mở tinh hoàn đánh giá thương tổn (nếu có nghi ngờ).

4.Kéo dài đường rạch lên trên, phẫu tích nhẹ nhàng thừng tinh. Buộc động mạch hạ vị và đẩy túi cùng phúc mạc lên cao vào trong. Cặp thừng tinh và buộc hai nút buộc bằng chỉ không tiêu phía trên nẹp thừng tinh, sau đó cắt thừng tinh.

5.Buộc động mạch tinh và tĩnh mạch tinh ở cao. Kiểm tra lại ống bẹn và cầm máu kĩ ống bẹn và ổ tinh hoàn.

6.Làm lại ống bẹn bằng cách khâu dây chằng kết hợp với cung đùi và đóng gân cơ chéo lớn.

7.Đặt ống dẫn lưu phía thấp của bìu trong 48-72 giờ.

8.Đóng lại da và tổ chức dưới da.

Chú ý: Nếu có hạch ở giai đoạn ung thư tiến triển, phải kết hợp nạo vét hạch.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN**

1.Chảy máu do cầm máu không kỹ, gây tụ máu: băng ép và theo dõi tiếp nếu máu chảy nhiều phải cầm máu lại.

2.Phù vết mổ: băng kép kết hợp điều trị kháng sinh và chống phù nề.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bộ Y Tế (2017). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên khoa phẫu thuật tiết niệu. Số 5731/QĐ-BYT*.*

## **47. PHẪU THUẬT HẠ TÌNH HOÀN ẨN, TINH HOÀN LẠC CHỖ**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật hạ tinh hoàn là phẫu thuật giải phóng tinh hoàn lạc chỗ đưa xuống bìu và cố định tinh hoàn xuống bìu ngoài cơ Dartos.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Tuổi mổ lý tưởng nhất 3-6 tuổi, trẻ có tinh hoàn không xuống bìu.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Dị dạng bẩm sinh nặng về tiết-sinh dục (tật lỗ tiểu ở trên, bàng quang lộ ngoài, lưỡng tính).

**IV. CHUẨN BỊ MỔ**

- 03 bác sĩ: 01 phẫu thuật viên chính là bác sỹ chuyên khoa Tiết niệu và 02 phụ mổ

- 02 điều dưỡng: 1 điều dưỡng đưa dụng cụ, 01 phục phụ bên ngoài.

**2. Phương tiện**

- Dung dịch betadin sát trùng: 01 lọ

- Thuốc gây tê lidocain 2%: 04 ống

- Nước muối sinh lý 0,9%: 500ml

- Bơm, kim tiêm 5ml: 01 chiếc

- Bông băng gạc vô trùng: 04 gói

- Bộ áo thủ thuật + mũ + khẩu trang vô khuẩn: 03 bộ

- Găng tay vô trùng: 03 đôi

- Săng vô khuẩn: 04 chiếc

- Panh kẹp săng: 04 chiếc.

- Cán dao mổ

- Lưỡi dao mổ số 10

- Kéo phẫu tích

- Kéo cắt băng, chỉ

- Ống hút

- Farabeuf x 04 chiếc

- Kẹp mang kim

- Sonde tiểu folley số 16

- Chỉ tiêu chậm 3.0 hay 2.0 để khâu vạt, chỉ tiêu chậm 1.0 đóng cân cơ, chỉ không tiêu khâu da

**3. Người bệnh**

- Bệnh nhân có Cao huyết áp, bệnh nhân trên 60 tuổi cần được siêu âm tim; Bệnh nhân có bệnh phổi tắc ngẽn mạn tính (COPD) phải đo chức năng hô hấp trước mổ hoặc các bệnh lý mạn tính, nhiễm khuẩn khác khác cần phải được điều trị ổn định trước phẫu thuật.

- Người bệnh được giải thích rõ về phẫu thuật, cũng như các nguy cơ có thể xảy ra và ký vào giấy cam kết đồng ý làm thủ thuật

- Phải thụt tháo phân tối hôm trước mổ.

- Bệnh nhân được tắm rửa, vệ sinh sạch sẽ vùng mổ, đánh dấu vị trí mổ.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Đầy đủ các xét nghiệm cơ bản, điện tim, Xquang phổi

- Giấy cam đoan phẫu thuật.

- 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**

- Rạch da: Nếp bụng mu ( đường ngang) , dài khoảng 3 – 4 cm, sao cho vết mổ đi qua đường đi của ống bẹn.

- Rạch các lớp tổ chức dưới da tới lớp mạc nông, rạch lớp mạch nông theo đường dọc vuông góc với vết rạch da.

- Dùng Farabeuf vén rộng vết mổ sang 4 phía: trên, dưới, trong và ngoài. Kéo Farabeuf xuống dưới tìm lỗ bẹn nông, ta thấy có tổ chức phồng ra, đó là lớp mỡ - dây chằng của tinh hoàn.

- Mở rộng lỗ bẹn nông, ta có thể kéo được 1 phần tinh hoàn xuống dưới và ra ngoài

- Mở cân cơ chéo lớn lên tận lỗ bẹn sâu, thấy được gân cơ kết hợp.

- Phẫu tích, giải phóng tinh hoàn khỏi ống bẹn, đi ngược từ dưới lên lỗ bẹn sâu, cao tới lớp mỡ sau phúc mạc được 1 khối tổ chức gồm tinh hoàn, thừng tinh - ống phúc tinh mạc.

- Giải phóng ống phúc tinh mạch khỏi bó mạch – thừng tinh sao cho sát tới lỗ bẹn sâu. Thắt và cắt bỏ ống phúc tinh mạc, có thể khâu treo cổ ống phúc tinh mạc vào cân cơ kết hợp.

- 1tay cầm kéo căng thừng tinh xuống dưới, 1 tay cầm gạc nhỏ, đầy phía thừng tinh lên trên để làm dài tối đa bó mạch thừng tinh.

- Kéo tinh hoàn về phía bìu để tìm vị trí rạch da bìu.

- Từ lỗ bẹn nông, dùng ngón tay, tạo khoang đường hầm đưa tinh hoàn xuống bìu, tạo khoang ở bìu.

- Rạch da bìu, tách 2 lớp da bìu – cân cơ bìu, cắt rạch thủng cân cơ bìu.

- Đưa tinh hoàn xuống bìu, sao cho thừng tinh hướng vào trong và xuống dưới. Tinh hoàn nằm dưới da bìu. Khâu hẹp bớt cân cơ bìu để cố định được tinh hoàn.

- Khâu da bìu.

- Phục hồi thành bụng:

+ Khâu cân cơ chéo lớn.

+ Khâu mạc nông - lớp tổ chức dưới da.

+ Khâu da .

- Khi bệnh nhân đến khám muộn sau tuổi dậy thì, nhiều tác giả chủ trương cắt bỏ tinh hoàn cho những trường hợp tinh hoàn nằm trong ổ bụng nhằm tránh nguy cơ ung thư hóa.

**VI. CHĂM SÓC SAU MỔ.**

- Kháng sinh, giảm đau, chống phù nề.

- Vận động tại giường.

- Ra viện ngày thứ 4 – 5 nếu bệnh nhân ổn định, đùng thuốc uống theo đơn.

- Khám lại sau 1 tháng, kiểm tra trên lâm sàng và siêu âm tinh hoàn.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bộ Y Tế (2017). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên khoa phẫu thuật tiết niệu. Số 5731/QĐ-BYT*.*

## **48. PHẪU THUẬT VỠ VẬT HANG DO GÃY DƯƠNG VẬT**

**I.ĐẠI CƯƠNG**

- Vật hang là hai thể hình trụ ở hai bên lưng dương vật chứa đầy máu khi dương vật cương cứng. Bao bọc vật hang là một bao xơ gọi là cân Abuginea (vỏ trắng) gồm nhiều bó collagen dày và một số sợi đàn hồi. Thành vỏ trắng dày khoảng 2-3 mm, khi dương vật cương cứng mỏng đi còn 0,5 mm nên dễ bị vỡ khi có chấn thương do bẻ gãy hoặc chấn thương khi giao hợp sai tư thế, cưỡng dâm…

- Khi vật hang bị vỡ (rách lớp vỏ trắng), máu thoát ra ngoài gây máu tụ, dương vật biến dạng vẹo lệch, để lại những biến chứng như cong vẹo dương vật, đái khó, đau khi cương, dẫn tới rối loạn cương dương, ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống tình dục của người bệnh.

- Phẫu thuật vỡ vật hang chủ yếu nhằm:

-Cắt lọc chỗ bầm dập.

-Lấy hết máu tụ, cầm máu.

-Khâu kín, chắc lớp vỏ trắng bị vỡ.

-Đề phòng biến chứng.

**II.CHỈ ĐỊNH**

- Vỡ vật hang được khẳng định bằng lâm sàng, có hoặc không kết hợp với các phương tiện chẩn đoán cận lâm sàng khác như: siêu âm, cộng hưởng từ.

**III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Đây là cấp cứu ngoại khoa nên không có chống chỉ định tuyệt đối. Cần lưu ý những người bệnh có nguy cơ phẫu thuật.

**IV. CHUẨN BỊ**

1.**Người thực hiện:**

-Phẫu thuật viên (PTV) chuyên khoa Nam học – Tiết niệu – Nhi khoa.

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

**2.Người bệnh:**

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

-Đây là một cấp cứu ngoại khoa, yêu cầu người bệnh nhịn ăn trước mổ 6 giờ.

-Chuẩn bị ruột: Thụt tháo trước mổ.

**3.Phương tiện:**

- Bộ dụng cụ trung phẫu, một bộ dụng cụ mach máu

- Chỉ khâu mạch máu không tiêu hoặc tiêu chậm (chỉ Prolene hoặc chỉ Maxon 3- 0, 4-0), các chỉ khác khâu cân và da dương vật.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Đầy đủ các xét nghiệm cơ bản, điện tim, Xquang phổi

- Giấy cam đoan phẫu thuật.

- 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.**Tư thế:**

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

-Cách bố trí phòng mổ:

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

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

diện.

+ Bàn dụng cụ đặt ở dưới chân người bệnh, y tá dụng cụ đứng cùng bên với

phẫu thuật viên phụ.

2.**Vô cảm:**

Gây tê tuỷ sống hay gây tê vùng tại chỗ.

3.**Kỹ thuật:**

Bước 1: rạch da, tuỳ theo vị trí của nơi vỏ trắng vật hang bị vỡ, có thể áp dụng thích hợp:

+ Vỡ vật hang ở 1/3 đầu: Đường rạch vòng quanh dương vật dưới rãnh quy đầu khoảng 1 cm, rồi lóc da xuống chỗ vỡ.

+ Vỡ vật hang ở 1/3 gốc dương vật: Có thể rạch vòng quanh, đưa da lên trên hay rạch dọc.

+ Vỡ thân vật hang: Rạch dọc vừa đủ ngay trên chỗ vỡ.

Bước 2: Phẫu tích các lớp dương vật, lấy hết máu cục tại nơi vỡ vật hang và xung quanh. Rửa sạch bằng dung dịch NaCl 0,9% để kiểm tra thương tổn rõ ràng. Vỏ trắng màu trắng bóng, có máu rỉ ra liên tục, đường vỡ có thể gọn nhưng cũng có thể vỡ nham nhở hình sao, có thể ngắn nhưng cũng có thể dài vòng quanh ½ chu vi hoặc hơn nữa, vào sâu gần hết chu vi vật hang.

Bước 3: Cắt xén một cách tiết kiệm, gọn gàng để 2 mép rách của vỏ trắng dễ khép vào nhau khi khâu.

Bước 4: Khâu vỏ trắng vật hang bằng chỉ khâu mạch máu mũi rời. Khâu vùi chỉ buộc vào trong để khi liền lớp vỏ trắng, không sờ thấy nút chỉ.

Bước 5: Khâu phục hồi lớp mạc sâu và mạc nông bên ngoài bằng chỉ tiêu chậm.

Bước 6: Khâu da tỉ mỉ để tránh sẹo rúm ró.

Chú ý: Kiểm tra, nếu có thương tổn niệu đạo kèm theo thì phải xử trí niệu đạo hoặc phải đặt thông tiểu cho người bệnh

**VI.THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

1.**Theo dõi:**

-Điều trị kháng sinh phối hợp, chống phù nề (α-chymotrypsin 4 viên/ ngày).

-Thuốc an thần tránh cương dương vật sớm: Seduxen 5 mg x 2 viên / ngày (uống vào lúc 21 giờ).

-Thay băng tránh nhiễm khuẩn vết thương, băng vòng quanh dương vật, tạo điều kiện cho thẳng dương vật, tránh vẹo dương vật sau này.

-Nhiều người bệnh được điều trị bảo tồn hoặc phẫu thuật muộn có biểu hiện của rối loạn tình dục như: cương đau, cong dương vật, rối loạn cương dương.

-Người bệnh có tổn thương niệu đạo phối hợp với vỡ vật hang mà không được điều trị có nguy cơ cao bị áp xe quanh niệu đạo, hẹp và rò niệu đạo.

**2.Xử trí tai biến:**

-Người bệnh bị rối loạn tình dục có thể điều trị nội khoa ổn định. Nếu dương vật cong nhiều, có thể tiến hành phẫu thuật sửa lại dương vật cho thẳng.

-Những tổn thương niệu đạo thường cần phải phẫu thuật sửa chữa niệu đạo.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bộ Y Tế (2017). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên khoa phẫu thuật tiết niệu. Số 5731/QĐ-BYT*.*

## **49. NONG NIỆU ĐẠO VÀ ĐẶT SONDE ĐÁI**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Nong niệu đạo là thủ thuật làm rộng lòng niệu đạo đã bị hẹp do nhiều nguyên nhân (di chứng của chấn thương, di chứng viêm nhiễm niệu đạo, tai biến sau đặt sonde niệu đạo, mổ lấy sỏi niệu đạo,...) nhằm mục đích đặt sonde tiểu thuận lợi.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Đặt sonde tiểu thất bại do hẹp niệu đạo.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Chấn thương niệu đạo.

- Hẹp niệu đạo do phì đại tuyến tiền liệt.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- 01 bác sĩ và 01 điều dưỡng.

**2. Phương tiện**

+ Bộ dụng cụ nong niệu đạo: kích cỡ ống từ 16 đến 32.

+ Gạc miếng: 02 gói

+ Gạc củ ấu: 02 gói

+ Dung dịch sát khuẩn (thuốc đỏ 2% hoặc thuốc tím 1%).

+ Bơm tiêm 10ml: 01 cái

+ Bơm tiêm 20ml: 01 cái

+ Nước muối sinh lý 0,9%: 01 chai 100ml

+ Gel xylocain 2%, dầu paraphine.

+ Găng vô trùng: 02 đôi

+ Săng mổ có lỗ: 01 cái

+ Kìm Kose: 01 cái

+ Bộ sonde Nelaton 16 - 18 và túi đựng nước tiểu.

+ Khay chữ nhật: 01 cái

+ Khay quả đậu: 01 cái

+ Bô dẹt: 01 cái

+ Bát kền: 01 cái

**3. Người bệnh**

- Người bệnh được giải thích rõ về phẫu thuật, cũng như các nguy cơ có thể xảy ra và ký vào giấy cam kết đồng ý làm thủ thuật

- Phải thụt tháo phân tối hôm trước mổ.

- Bệnh nhân được tắm rửa, vệ sinh sạch sẽ vùng mổ, đánh dấu vị trí mổ.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Đầy đủ các xét nghiệm cơ bản, điện tim, Xquang phổi

- Giấy cam đoan phẫu thuật.

- 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**

- Kiểm tra hồ sơ

- Kiểm tra tên, tuổi người bệnh.

- Kiểm tra người bệnh Đo huyết áp, nhịp tim.

- Thực hiện kỹ thuật

+ Cho người bệnh nằm ngửa, hai chân co và hơi dạng ra để bộc lộ bộ phận sinh dục.

+ Đặt bô dẹt dưới mông người bệnh.

+ Đổ dung dịch sát khuẩn vào bát kền đã có gạc củ ấu.

+ Bác sĩ rửa tay, đi găng vô khuẩn.

+ Sát trùng vùng hạ vị và cơ quan sinh dục cho người bệnh.

+ Trải săng vô khuẩn.

+ Bơm gel xylocain 2% hoặc xylocain vào lỗ niệu đạo người bệnh nhằm gây tê niêm mạc niệu đạo.

+ Bôi trơn ống nong bằng gel hoặc paraphine.

+ Nếu người bệnh là nam giới: nâng dương vật lên 90, đưa ống nong vào tại vị trí 2 giờ, sau đó xoay ống nong về vị trí 12 giờ để ống nong tự trượt 1cm vào bên trong niệu đạo. Dùng tay kéo nhẹ dương vật lên để ống nong đi sâu vào bên trong. Hạ dương vật xuống để ống nong cắm sâu đến cổ bàng quang, chú ý để bề dẹt của đầu ống nong phải nằm ngang.

+ Nếu người bệnh là nữ thì đưa ống nong vào niệu đạo.

+ Rút ống nong ra và lặp lại thủ thuật với các ống nong có kích thước lớn hơn.

+ Dùng ống sonde Nelaton số 16 hoặc 18 để đặt sonde đái: theo quy trình đặt sonde tiểu thường quy. Khi ống sonde vào tới bàng quang, tuỳ theo chỉ định mà lấy nước tiểu để xét nghiệm hoặc tháo nước tiểu. Nếu lưu sonde tiểu thì bơm 10 ml nước muối sinh lý vào cuff để giữ cho sonde không bị tuột ra ngoài, sau đó nối sonde với túi đựng nước tiểu.

**VI.TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Đau: nếu đau nhiều thì dùng thuốc giảm đau hoặc phải dừng thủ thuật.

- Chảy máu: ngừng thủ thuật và dùng thuốc cầm máu.

- Chấn thương niệu đạo: dừng thủ thuật và theo dõi.

- Nhiễm trùng: kháng sinh phù hợp.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bộ Y Tế (2017). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên khoa phẫu thuật tiết niệu. Số 5731/QĐ-BYT*.*

## **50. CẮT BỎ TINH HOÀN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Cắt bỏ tinh hoàn là phẫu thuật cắt bỏ một khối gồm cả tinh hoàn, mào tinh hoàn, thừng tinh để lấy bỏ triệt để tinh hoàn, nhất là trong trường hợp bệnh lý ác tính do tinh hoàn gây ra.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Ung thư tinh hoàn.

- Ung thư tiền liệt tuyến.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Chống chỉ định khi người bệnh có các bệnh đang tiến triển như suy gan, bệnh tim mạch, tiểu đường, rối loạn đông máu…

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- 03 bác sĩ: 01 phẫu thuật viên chính là bác sỹ chuyên khoa Tiết niệu và 02 phụ mổ

- 02 điều dưỡng: 1 điều dưỡng đưa dụng cụ, 01 phục phụ bên ngoài.

**2. Phương tiện**

- Dung dịch betadin sát trùng: 01 lọ

- Thuốc gây tê lidocain 2%: 04 ống

- Nước muối sinh lý 0,9%: 500ml

- Bơm, kim tiêm 5ml: 01 chiếc

- Bông băng gạc vô trùng: 04 gói

- Bộ áo thủ thuật + mũ + khẩu trang vô khuẩn: 03 bộ

- Găng tay vô trùng: 03 đôi

- Săng vô khuẩn: 04 chiếc

- Panh kẹp săng: 04 chiếc.

- Cán dao mổ

- Lưỡi dao mổ số 10

- Kéo phẫu tích

- Kéo cắt băng, chỉ

- Ống hút

- Kẹp mang kim

- Sonde tiểu folley số 16

- Chỉ tiêu chậm 3.0 hay 2.0 để khâu vạt, chỉ tiêu chậm 1.0 đóng cân cơ, chỉ không tiêu khâu da

**3. Người bệnh**

- Bệnh nhân có Cao huyết áp, bệnh nhân trên 60 tuổi cần được siêu âm tim; Bệnh nhân có bệnh phổi tắc ngẽn mạn tính (COPD) phải đo chức năng hô hấp trước mổ hoặc các bệnh lý mạn tính, nhiễm khuẩn khác khác cần phải được điều trị ổn định trước phẫu thuật.

- Người bệnh được giải thích rõ về phẫu thuật, cũng như các nguy cơ có thể xảy ra và ký vào giấy cam kết đồng ý làm thủ thuật

- Phải thụt tháo phân tối hôm trước mổ.

- Bệnh nhân được tắm rửa, vệ sinh sạch sẽ vùng mổ, đánh dấu vị trí mổ.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Đầy đủ các xét nghiệm cơ bản, điện tim, Xquang phổi

- Giấy cam đoan phẫu thuật.

- 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. **Vô cảm:** Gây mê toàn thân hoặc gây tê tủy sống.

2. **Kỹ thuật:**

1.Đường rạch:

- Có thể rạch ngang trên nếp da gấp dưới ổ bụng dưới.

- Khó khăn hơn khi bộc lộ thì rạch trên nếp bẹn từ gốc bìu chéo lên trên một góc 45o với đường giữa, đường rạch dài 4-5 khoát ngón tay.

- Nếu da bìu bị xâm lấn, có lỗ rò hay viêm dính, loét thì có thể rạch da lấy cả khối thương tổn.

1.Rạch cân cơ chéo lớn thừng tinh tới tận lỗ bẹn nông. Các thớ cơ dính vào thừng tinh được cắt đốt hoặc buộc cắt rời khỏi thừng tinh nhưng không làm thương tổn dây thần kinh chậu bẹn chạy dọc theo thừng tinh.

2.Bóc tách thừng tinh ở phía sau, cặp thừng tinh và bộc lộ cả khối tinh hoàn lên trên qua vết mổ, bằng cách đẩy nhẹ tinh hoàn lên, bóc tách cầm máu và cắt dây chằng phía dưới, giữ tinh hoàn vào da.

3.Để khối tinh hoàn đã được đưa ra trên một gạc to bằng săn mổ, sau đó mở tinh hoàn đánh giá thương tổn (nếu có nghi ngờ).

4.Kéo dài đường rạch lên trên, phẫu tích nhẹ nhàng thừng tinh. Buộc động mạch hạ vị và đẩy túi cùng phúc mạc lên cao vào trong. Cặp thừng tinh và buộc hai nút buộc bằng chỉ không tiêu phía trên nẹp thừng tinh, sau đó cắt thừng tinh.

5.Buộc động mạch tinh và tĩnh mạch tinh ở cao. Kiểm tra lại ống bẹn và cầm máu kĩ ống bẹn và ổ tinh hoàn.

6.Làm lại ống bẹn bằng cách khâu dây chằng kết hợp với cung đùi và đóng gân cơ chéo lớn.

7.Đặt ống dẫn lưu phía thấp của bìu trong 48-72 giờ.

8.Đóng lại da và tổ chức dưới da.

Chú ý: Nếu có hạch ở giai đoạn ung thư tiến triển, phải kết hợp nạo vét hạch.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN**

1.Chảy máu do dầm máu không kỹ, gây tụ máu: băng ép và theo dõi tiếp nếu máu chảy nhiều phải cầm máu lại.

2.Phù vết mổ: băng kép kết hợp điều trị kháng sinh và chống phù nề.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bộ Y Tế (2017). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên khoa phẫu thuật tiết niệu. Số 5731/QĐ-BYT*.*

## **51. PHẪU THUẬT XOẮN, VỠ TINH HOÀN**

**I.ĐẠI CƯƠNG**

- Xoắn tinh hoàn là một cấp cứu ngoại khoa cần được chẩn đoán và điều trị sớm để tránh những biến chứng đáng tiếc như hoại tử tinh hoàn, hoặc teo tinh hoàn với tỷ lệ 68%.

- Xoắn tinh hoàn được chia làm 3 loại: xoắn cả bó mạch thừng tinh; xoắn tinh hoàn đơn thuần, xoắn phần phụ của mào tinh – tinh hoàn.

**II.CHỈ ĐỊNH**

- Xoắn tinh hoàn, người bệnh đau nhiều bìu-tinh hoàn, có thể khẳng định được trên siêu âm Doppler.

**III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Đây là cấp cứu ngoại khoa nên không có chống chỉ định tuyệt đối.

- Chống chỉ định tương đối khi người bệnh có các bệnh đang tiến triển như suy gan, bệnh tim mạch, tiểu đường, rối loạn đông máu…

**IV.CHUẨN BỊ**

1.**Người thực hiện:**

- Phẫu thuật viên là bác sĩ chuyên khoa tiết niệu - nam học

- 2 bác sỹ phụ mổ

- 1 dụng cụ viên

- 1 chạy ngoài

- 1 bác sỹ gây mê và 1 phụ mê

**2. Người bệnh:**

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những 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.

- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi.

-Điều trị ổn định các bệnh nội khoa như cao huyết áp, đái đường… trước khi can thiệp phẫu thuật (trừ trường hợp mổ cấp cứu).

- Hồ sơ người bệnh, xét nghiệm cơ bản, phim XQ phổi, siêu âm tinh hoàn.

- Chuẩn bị người bệnh như một người bệnh mổ theo kế hoạch. Cạo lông sạch sẽ hoàn toàn bộ phận sinh dục ngoài.

- Điều trị dự phòng nhiễm khuẩn bằng kháng sinh.

3.**Phương tiện:**

-Bàn mổ có thể điều khiển quay các tư thế khi cần thiết

-Dao điện đơn cực, dao điện lưỡng cực bipolar

- Máy hút

- Dao mổ lạnh, cán dao, kìm kẹp kim, 10 pince cong, 2 pharabuf, 2 kéo phẫu tích: 1 to, 1 nhỏ, 1 kéo cắt chỉ.

- Các loại chỉ khâu chuyên dụng như: chỉ tiêu chậm [Monosyn, vicryl (4/0, 5/0)] 2 sợi, chỉ tiêu nhanh (safil quick, vicryl rapid: 4/0, 5/0) 1 sợi, chỉ không tiêu prolène 4/0.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Đầy đủ các xét nghiệm cơ bản, điện tim, Xquang phổi

- Giấy cam đoan phẫu thuật.

- 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.**Tư thế:**  Người bệnh nằm ngửa

2.**Vô cảm:** Tê tủy sống hoặc gây mê

3.**Kỹ thuật:**

- Đường rạch da: đường đan của bìu hay đường song song với đường đan bên tinh hoàn bên bệnh lý.

- Bộc lộ tinh hoàn và nang mào tinh hoàn đánh giá vị trí kích thước tinh hoàn: màu sắc, vị trí, xoắn mấy vòng.

- Kiểm tra xem tinh hoàn có bị tím không, thừng tinh có bị xoắn không.

-Tháo xoắn và cố định tinh hoàn: khi tinh hoàn sau thóa xoắn có màu sắc trở lại bình thường.

-Cắt tinh hoàn khi tinh hoàn có dấu hiệu hoại tử.

- Đưa tinh hoàn vào trong màng tinh hoàn: Chú ý mào tinh hoàn ở phía sau, đầu mào tinh hoàn ở trên chống xoắn tinh hoàn

- Cố định tinh hoàn bằng prolene 4/0 hai vị trí. Khâu lại màng tinh hoàn.

- Đóng vết mổ 2 lớp.

**VI. THEO DÕI CÁC TAI BIẾN – BIẾN CHỨNG VÀ NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ**

1.**Theo dõi:**

- Theo dõi toàn thân,

- Các tai biến, biến chứng có thể gặp:

+Chảy máu

+Nhiễm khuẩn vết mổ.

**2.Nguyên tắc xử trí:**

-Chảy máu: thay băng, theo dõi. Nếu chảy máu vết mổ thì khâu cầm máu. Nếu chảy máu bên trong thì mổ lại cầm máu.

-Nhiễm khuẩn vết mổ: điều trị kháng sinh, chăm sóc vết mổ.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bộ Y Tế (2017). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên khoa phẫu thuật tiết niệu. Số 5731/QĐ-BYT*.*

## **52. PHẪU THUẬT TRÀN DỊCH MÀNG TINH HOÀN**

**I.ĐẠI CƯƠNG**

- Tràn dịch màng tinh hoàn có nhiều thể bệnh:

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

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

- Tràn dịch màng tinh hoàn khu trú như thành nang bọc quanh tinh hoàn.

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

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

**II.CHỈ ĐỊNH**

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

**III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh có chống chỉ định phẫu thuật.

- Tràn dịch màng tinh hoàn do ung thư tinh hoàn

**IV.CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- 03 bác sĩ: 01 phẫu thuật viên chính là bác sỹ chuyên khoa Tiết niệu và 02 phụ mổ

- 02 điều dưỡng: 1 điều dưỡng đưa dụng cụ, 01 phục phụ bên ngoài.

**2. Phương tiện**

- Dung dịch betadin sát trùng: 01 lọ

- Thuốc gây tê lidocain 2%: 04 ống

- Nước muối sinh lý 0,9%: 500ml

- Bơm, kim tiêm 5ml: 01 chiếc

- Bông băng gạc vô trùng: 04 gói

- Bộ áo thủ thuật + mũ + khẩu trang vô khuẩn: 03 bộ

- Găng tay vô trùng: 03 đôi

- Săng vô khuẩn: 04 chiếc

- Panh kẹp săng: 04 chiếc.

- Cán dao mổ

- Lưỡi dao mổ số 10

- Kéo phẫu tích

- Kéo cắt băng, chỉ

- Ống hút

- Kẹp mang kim

- Sonde tiểu folley số 16

- Chỉ tiêu chậm 3.0 hay 2.0 để khâu vạt, chỉ tiêu chậm 1.0 đóng cân cơ, chỉ không tiêu khâu da

**3. Người bệnh**

- Bệnh nhân có Cao huyết áp, bệnh nhân trên 60 tuổi cần được siêu âm tim; Bệnh nhân có bệnh phổi tắc ngẽn mạn tính (COPD) phải đo chức năng hô hấp trước mổ hoặc các bệnh lý mạn tính, nhiễm khuẩn khác khác cần phải được điều trị ổn định trước phẫu thuật.

- Người bệnh được giải thích rõ về phẫu thuật, cũng như các nguy cơ có thể xảy ra và ký vào giấy cam kết đồng ý làm thủ thuật

- Phải thụt tháo phân tối hôm trước mổ.

- Bệnh nhân được tắm rửa, vệ sinh sạch sẽ vùng mổ, đánh dấu vị trí mổ.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Đầy đủ các xét nghiệm cơ bản, điện tim, Xquang phổi

- Giấy cam đoan phẫu thuật.

- 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.**Tư thế:**

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

-Cách bố trí phòng mổ:

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

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

diện.

+ Bàn dụng cụ đặt ở dưới chân người bệnh, y tá dụng cụ đứng cùng bên với

phẫu thuật viên phụ.

2.**Vô cảm:**

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

3.**Kỹ thuật:**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.**Theo dõi:**

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

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

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

**2.Xử trí tai biến:**

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

-Nhiễm khuẩn: điều trị kháng sinh phù hợp.

-Áp xe bìu: phẫu thuật trích rạch mở áp xe

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

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bộ Y Tế (2017). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên khoa phẫu thuật tiết niệu. Số 5731/QĐ-BYT*.*

## **53. CẮT BỎ BAO QUY ĐẦU DO DÍNH HOẶC DÀI**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Bao quy đầu (BQĐ) là lớp da bao phủ toàn phần hoặc bán phần quy đầu. Bao quy đầu dính vào dương vật ở nơi tiếp giáp giữa thân và đầu dương vật. Lớp da này có chức năng bảo vệ và duy trì độ ẩm của lớp niêm mạc da quy đầu.

- Bao quy đầu bình thường là khi dương vật ở trạng thái cương cứng phần da quy đầu sẽ tự tuột xuống để lộ toàn phần bao quy đầu của dương vật.

- Trường hợp da BQĐ bao phủ quy đầu nhưng có thể dùng tay kéo lên xuống được thì gọi là dài da BQĐ.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Điều trị bảo tồn thất bại.

- BQĐ dài hoặc dính

- Theo yêu cầu của gia đình bệnh nhân.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Vùi dương vật.

- Viêm bao qui đầu.

- Hẹp niệu đạo.

**IV. CHUẨN BỊ**

1. **Người thực hiện:**

- Bác sĩ chuyên khoa tiết niệu kết hợp bác sĩ chuyên khoa Gây mê hồi sức

**2. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ tiểu phẫu

**3. Người bệnh**

- Bệnh nhân có Cao huyết áp, bệnh nhân trên 60 tuổi cần được siêu âm tim; Bệnh nhân có bệnh phổi tắc ngẽn mạn tính (COPD) phải đo chức năng hô hấp trước mổ hoặc các bệnh lý mạn tính, nhiễm khuẩn khác khác cần phải được điều trị ổn định trước phẫu thuật.

- Người bệnh được giải thích rõ về phẫu thuật, cũng như các nguy cơ có thể xảy ra và ký vào giấy cam kết đồng ý làm thủ thuật

- Phải thụt tháo phân tối hôm trước mổ.

- Bệnh nhân được tắm rửa, vệ sinh sạch sẽ vùng mổ, đánh dấu vị trí mổ.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Đầy đủ các xét nghiệm cơ bản, điện tim, Xquang phổi

- Giấy cam đoan phẫu thuật.

- 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. Tư thế**

- Bệnh nhân nằm ngửa, hai chân duỗi thẳng đầu kê cao 15 độ

- Bố trí phòng mổ:

+ Bác sĩ gây mê đứng ở phía trên đầu bệnh nhân.

+ Phẫu thuật viên chính đứng phía bên trái bệnh nhân, phẫu thuật viên phụ đứng phía đối diện.

+ Bàn dụng cụ đặt ở phía chân bệnh nhân, y tá đưa dụng cụ đứng cùng bên với phẫu thuật viên chính.

**2. Vô cảm**

+ Tê tủy sống

**3.Kỹ thuật**

+ Bước 1: Chuẩn bị phần miệng cắt

Đánh dấu phần cắt rìa ngoài của bao quy đầu khoảng 5cm tùy theo kích thước dương vật và độ dài hay hẹp của bao quy đầu. Dùng một chiếc kìm cầm máu kẹp ở chỗ dây hãm bao quy đầu để nhấc bao quy đầu lên, chuẩn bị làm miệng cắt vòng

+ Bước 2: Cắt ở mặt lưng

Dùng kéo men theo kim dò cắt mặt trong và ngoài bao quy đầu, mặt trong bao quy đầu cũng phải cắt đến chỗ cách rìa của rãnh dương vật khoảng 0.5cm.

+Bước 3: Cắt bao quy đầu

Chỉnh phần trong và ngoài bao quy đầu, kéo kìm cầm máu kẹp ở chỗ mặt lưng bao quy đầu và dây hãm ra phía ngoài.Dùng kéo cong men theo chỗ dấu cắt cách rãnh dương vật khoảng 0.5cm cắt vạt da bên phải, sau đó lại cắt phía bên trái. Mặt trong chỗ dây hãm bao quy đầu có thể không cắt đi hoặc để lại nhiều hơn hơn một chút.

+ Bước 4: Cầm máu

Tiến hành cầm máu. Dồn phần da của dương vật lên trên, để lộ phần cắt bị chảy máu để tiến hành cầm máu.

+ Bước 5: Khâu liền

Khâu lại vết thương. Dùng chỉ phẫu thuật để tiến hành khâu.

+ Bước 6: Băng bó

Tiến hành lấy gạc quấn quanh chỗ vết cắt.

**V: THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ LÍ TAI BIẾN – BIẾN CHỨNG:**

**1. Biến chứng sớm:**

- Chảy máu (thường ở vị trí dây thắng, mạch máu dưới bao qui đầu)=> cầm máu (băng ép, đốt điện, hoặc khâu cầm máu).

- Phù nề, máu tụ => đắp ấm, hoặc thoát dịch, thoát máu tụ.

- Nhiễm trùng => thay băng + kháng sinh.

- Thiếu da do cắt bỏ quá nhiều bao qui đầu (xảy ra do cắt bao qui đầu ở tư thế dương vật không cương) => ghép da.

- Tổn thương qui đầu và một phần dương vật do kẹp bao qui đầu không chính xác => tạo hình lại qui đầu, dương vật.

**2. Biến chứng muộn:**

- Dính bao qui đầu sau cắt (do chừa lại bao qui đầu quá nhiều) => tách dính, hoặc cắt lại bao qui đầu.

- Thắt nghẽn bao qui đầu (do phù nề, chưa cắt hết vòng thắt bao qui đầu) => giảm phù nề (đắp ấm, thoát dịch, thuốc alphachymotrypsin) hoặc cắt vòng thắt.

- Sẹo xấu (thường ở vị trí dây thắng) => cắt sẹo, tạo hình lại bao qui đầu. Nếu cơ địa sẹo lồi => dùng corticoid.

- Hẹp lỗ tiểu (do tổn thương mạch nuôi lỗ tiểu) => mở rộng lỗ tiểu.

- Rò niệu đạo (do tổn thương niệu đạo trong lúc mổ) => vá rò.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bộ Y Tế (2017). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên khoa phẫu thuật tiết niệu. Số 5731/QĐ-BYT*.*

## **54. CẮT HẸP BAO QUY ĐẦU**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Hẹp bao qui đầu (chít hẹp bao quy đầu, hẹp da qui đầu - phimosis) là một bệnh lý thường gặp ở bé trai.

- Hẹp bao qui đầu là hẹp lỗ mở của bao qui đầu làm cho bao qui đầu không thể tách khỏi qui đầu.

- Hẹp bao qui đầu có thể là hẹp sinh lý hoặc hẹp bệnh lý: - Hẹp sinh lý (hẹp tiên phát) là hẹp do dính, bao qui đầu dính với qui đầu để bảo vệ qui đầu và lỗ tiểu lúc trẻ mới sinh ra. Đa số bé trai mới sinh (96%) đều có hẹp bao qui đầu sinh lý, đến 3 tuổi, tỉ lệ này giảm dần xuống còn 10% và giảm xuống còn 1% lúc 14 tuổi.

- Hẹp bệnh lý (hẹp thứ phát, mắc phải) là hẹp thực sự khi có sự hiện diện của sẹo xơ. Sẹo xơ được hình thành là do viêm nhiễm ở những bao qui đầu bình thường hoặc bao qui đầu dài, cũng có thể do những lần nong bao qui đầu quá mạnh bạo trước đó.

- Cắt bao qui đầu đã được thực hiện từ 6.000 năm trước ở Ai Cập, được coi là phương pháp điều trị kinh điển cho những trẻ em bị hẹp bao qui đầu, ngoài ra còn vì lý do phong tục, tránh nhiễm khuẩn đường tiết niệu, phòng ung thư dương vật…..

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Điều trị bảo tồn thất bại.

- Hẹp bao qui đầu thực sự (có vòng xơ).

- Có thắt nghẽn bao qui đầu.

- Theo yêu cầu của gia đình bệnh nhân.

**III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Vùi dương vật.

- Viêm bao qui đầu.

- Hẹp niệu đạo.

**IV. CHUẨN BỊ**

1. **Người thực hiện:**

- Bác sĩ chuyên khoa tiết niệu kết hợp bác sĩ chuyên khoa Gây mê hồi sức

**2. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ tiểu phẫu

**3. Người bệnh**

- Bệnh nhân có Cao huyết áp, bệnh nhân trên 60 tuổi cần được siêu âm tim; Bệnh nhân có bệnh phổi tắc ngẽn mạn tính (COPD) phải đo chức năng hô hấp trước mổ hoặc các bệnh lý mạn tính, nhiễm khuẩn khác khác cần phải được điều trị ổn định trước phẫu thuật.

- Người bệnh được giải thích rõ về phẫu thuật, cũng như các nguy cơ có thể xảy ra và ký vào giấy cam kết đồng ý làm thủ thuật

- Phải thụt tháo phân tối hôm trước mổ.

- Bệnh nhân được tắm rửa, vệ sinh sạch sẽ vùng mổ, đánh dấu vị trí mổ.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Đầy đủ các xét nghiệm cơ bản, điện tim, Xquang phổi

- Giấy cam đoan phẫu thuật.

- 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. Tư thế**

- Bệnh nhân nằm ngửa, hai chân duỗi thẳng đầu kê cao 15 độ

- Bố trí phòng mổ:

+ Bác sĩ gây mê đứng ở phía trên đầu bệnh nhân.

+ Phẫu thuật viên chính đứng phía bên trái bệnh nhân, phẫu thuật viên phụ đứng phía đối diện.

+ Bàn dụng cụ đặt ở phía chân bệnh nhân, y tá đưa dụng cụ đứng cùng bên với phẫu thuật viên chính.

**2. Vô cảm**

+ Tê tủy sống

**3.Kỹ thuật**

+ Bước 1: Chuẩn bị phần miệng cắt

Đánh dấu phần cắt rìa ngoài của bao quy đầu khoảng 5cm tùy theo kích thước dương vật và độ dài hay hẹp của bao quy đầu. Dùng một chiếc kìm cầm máu kẹp ở chỗ dây hãm bao quy đầu để nhấc bao quy đầu lên, chuẩn bị làm miệng cắt vòng

+ Bước 2: Cắt ở mặt lưng

Dùng kéo men theo kim dò cắt mặt trong và ngoài bao quy đầu, mặt trong bao quy đầu cũng phải cắt đến chỗ cách rìa của rãnh dương vật khoảng 0.5cm.

+Bước 3: Cắt bao quy đầu

Chỉnh phần trong và ngoài bao quy đầu, kéo kìm cầm máu kẹp ở chỗ mặt lưng bao quy đầu và dây hãm ra phía ngoài.Dùng kéo cong men theo chỗ dấu cắt cách rãnh dương vật khoảng 0.5cm cắt vạt da bên phải, sau đó lại cắt phía bên trái. Mặt trong chỗ dây hãm bao quy đầu có thể không cắt đi hoặc để lại nhiều hơn hơn một chút.

+ Bước 4: Cầm máu

Tiến hành cầm máu. Dồn phần da của dương vật lên trên, để lộ phần cắt bị chảy máu để tiến hành cầm máu.

+ Bước 5: Khâu liền

Khâu lại vết thương. Dùng chỉ phẫu thuật để tiến hành khâu.

+ Bước 6: Băng bó

Tiến hành lấy gạc quấn quanh chỗ vết cắt.

**V: THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ LÍ TAI BIẾN – BIẾN CHỨNG:**

**1. Biến chứng sớm:**

- Chảy máu (thường ở vị trí dây thắng, mạch máu dưới bao qui đầu)=> cầm máu (băng ép, đốt điện, hoặc khâu cầm máu).

- Phù nề, máu tụ => đắp ấm, hoặc thoát dịch, thoát máu tụ.

- Nhiễm trùng => thay băng + kháng sinh.

- Thiếu da do cắt bỏ quá nhiều bao qui đầu (xảy ra do cắt bao qui đầu ở tư thế dương vật không cương) => ghép da.

- Tổn thương qui đầu và một phần dương vật do kẹp bao qui đầu không chính xác => tạo hình lại qui đầu, dương vật.

**2. Biến chứng muộn:**

- Dính bao qui đầu sau cắt (do chừa lại bao qui đầu quá nhiều) => tách dính, hoặc cắt lại bao qui đầu.

- Thắt nghẽn bao qui đầu (do phù nề, chưa cắt hết vòng thắt bao qui đầu) => giảm phù nề (đắp ấm, thoát dịch, thuốc alphachymotrypsin) hoặc cắt vòng thắt.

- Sẹo xấu (thường ở vị trí dây thắng) => cắt sẹo, tạo hình lại bao qui đầu. Nếu cơ địa sẹo lồi => dùng corticoid.

- Hẹp lỗ tiểu (do tổn thương mạch nuôi lỗ tiểu) => mở rộng lỗ tiểu.

- Rò niệu đạo (do tổn thương niệu đạo trong lúc mổ) => vá rò.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bộ Y Tế (2017). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên khoa phẫu thuật tiết niệu. Số 5731/QĐ-BYT*.*

## **55. MỞ RỘNG LỖ SÁO**

**I.ĐẠI CƯƠNG**

- Mở rộng miệng sáo là phẫu thuật mở rộng làm tăng khẩu kính lỗ ngoài niệu đạo tạo điều kiện cho nước tiểu lưu thông bình thường.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Hẹp miệng sáo mà nong niệu đạo không kết quả.

**III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Chống chỉ định với các bệnh đang tiến triển như suy gan, bệnh tim mạch, tiểu đường, rối loạn đông máu…

**IV.CHUẨN BỊ**

1.**Người thực hiện:**

-Kíp phẫu thuật: bác sĩ chuyên khoa tiết niệu, nam học hoặc bác sĩ ngoại khoa được đào tạo và 2 người phụ mổ.

-Kíp gây mê: 01 bác sĩ gây mê, 01 người phụ mê, 01 dụng cụ viên, 01 người chạy ngoài.

2. **Phương tiện:**

-Dụng cụ: 01 bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản.

-Chỉ khâu tiêu chậm như monosyl, vycryl 4.0 hoặc 5.0, sonde tiểu số 14Fr hoặc 16Fr, túi nước tiểu.

**3.Người bệnh:**

-Hồ sơ bệnh án: xét nghiệm cơ bản, Xquang phổi, Xquang niệu đạo xuôi dòng- ngược dòng để đánh giá mức độ và vị trí hẹp, siêu âm hệ tiết niệu đánh giá mức độ ảnh hưởng trên hệ tiết niệu.

-Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những 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.

-Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi.

-Điều trị ổn định các bệnh nội khoa như cao huyết áp, đái tháo đường… trước khi can thiệp phẫu thuật.

-Nhịn ăn, thụt tháo, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.

-Có thể dùng kháng sinh dự phòng trước mổ.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Đầy đủ các xét nghiệm cơ bản, điện tim, Xquang phổi

- Giấy cam đoan phẫu thuật.

- 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.**Tư thế:**  Người bệnh nằm ngửa.

2.**Vô cảm:** Gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống.

3.**Kỹ thuật:**

-Bước 1: Nong kiểm tra miệng sáo, đánh giá chính xác vị trí và mức độ hẹp.

-Bước 2: Rạch mở rộng miệng sáo vị trí 6 giờ khi dương vật dựng thẳng đến đoạn niệu đạo lành.

- Bước 3: Nong thử kiểm tra niệu đạo còn lại, chắc chắn đặt được sonde tiểu 14Fr trở lên.

- Bước 4: Khâu tạo hình da với niêm mạc niệu đạo bằng chỉ tiêu chậm monosyl 4/0 hoặc vicryl 4.0, đảm bảo niêm mạc niệu đạo lộn ra ngoài.

- Bước 5: Đặt sonde tiểu và băng vết mổ.

**VI.THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG**

1.**Theo dõi:**

- Theo dõi toàn trạng: mạch, nhiệt độ, huyết áp.

- Đánh giá mức độ chảy máu qua băng vết mổ.

- Kháng sinh: Quilonon hoặc và phối hợp với cephalosporin.

**2. Các biến chứng sau mổ có thể xảy ra:**

- Chảy máu: Băng ép lại vết mổ.Nếu chảy máu nhiều thì khâu cầm máu.

- Nhiễm khuẩn: Điều trị kháng sinh và thay băng hang ngày.

- Hẹp tái phát: Nong niệu đạo, nếu hẹp nhiều thì mổ lại.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bộ Y Tế (2017). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên khoa phẫu thuật tiết niệu. Số 5731/QĐ-BYT*.*

**D. TIÊU HÓA**

## **56.** **MỞ THÔNG DẠ DÀY**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Mở thông dạ dày là phải phẫu thuật tạo ra lỗ thông trực tiếp từ ngoài vào trong lòng dạ dày để nuôi dưỡng người bệnh hoặc để hút làm giảm áp lực trong lòng dạ dày.

- Về kỹ thuật đây không phải là phẫu thuật phức tạp nhưng không được coi là một phẫu thuật nhỏ vì thường được làm trên những người bệnh có thể trạng toàn thân rất kém, suy kiệt như ung thư giai đoạn cuối hoặc được làm trong những phẫu thuật lớn ổ bụng như cắt khối tá tụy, viêm tụy cấp hoại tử…

**II. CHỈ ĐỊNH**

1. Mở thông dạ dày để nuôi dưỡng người bệnh

Mở thông dạ dày tạm thời được dùng trong những trường hợp sau:

+ Tổn thương thực quản do bỏng, hẹp thực quản mà dạ dày không bị tổn thương.

+ Trong các phẫu thuật lớn ổ bụng mà dự kiến phải nuôi dưỡng người bệnh qua đường tiêu hóa tích cực và lâu dài: cắt khối tá tụy, viêm tụy cấp hoại tử, cắt toàn bộ dạ dày…

- Mở thông dạ dày vĩnh viễn:

+ Trường hợp ung thư thực quản không còn chỉ định mổ vì nhiều lý do tại chỗ như u lan rộng ra trung thất, dò khí thực quản hoặc toàn thân như người bệnh quá già yếu có bệnh lý tuần hoàn và hô hấp…

+ Trường hợp ung thư vùng họng hầu

2. Mở thông dạ dày để giảm áp

- Trong trường hợp cần phải hút dạ dày lâu dài mở thông dạ dày giúp tránh được những nguy cơ do đặt sonde mũi dạ dày lâu dài có thể gây ra như viêm loét tại chỗ, nhiễm trùng đường hô hấp…

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh lý toàn thân nặng không cho phép can thiệp phẫu thuật.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:** Phẫu thuật viên chuyên khoa tiêu hoá hoặc ung bướu.

**2. Phương tiện:** bộ dụng cụ trung phẫu, chỉ khâu.

**3. Người bệnh:**

- Được làm đầy đủ các xét nghiệm chuẩn bị cuộc mổ.

- Được giải thích về quy trình, nguy cơ tai biến của phẫu thuật.

- Với những trường hợp mổ theo kế hoạch: vệ sinh sạch sẽ, ăn nhẹ đến 22h ngày hôm trước, thụt tháo phân sạch ,sáng ngày mổ: nhịn ăn uống, kháng sinh dự phòng

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:** người bệnh nằm ngửa, có thể kê gối ở đáy ngực, Người thực hiện đứng bên phải người bệnh, người phụ và dụng cụ viên đứng bên đối diện.

**2. Vô cảm:** Mê toàn thân hoặc tiền mê, tê tại chỗ.

**3. Kỹ thuật:**

- Đường trắng giữa trên rốn, cách mũi ức 2 cm, chiều dài đường mổ phụ thuộc vào mức độ dày của thành bụng. Hoặc đường mổ trắng bên hoặc dưới sườn.

- Thăm dò: Đặt van tự động để banh vết mổ, đặt một van để nâng gan lên trên. Kéo nhẹ dạ dày xuống dưới, thăm dò để phát hiện tổn thương ở dạ dày, nhất là vùng tâm phình vị hoặc cơ hoành (nếu có) trong trường hợp ung thư thực quản.

- Các phương pháp:

3.1. Mở thông dạ dày kiểu Witzel

- Sau khi thăm dò ổ bụng, người phụ kéo dạ dày xuống dưới để bọc lộ phình vị dạ dày.

- Dùng 2 cặp Allis cặp tạo nếp thành trước phình vị, nên chọn nơi có nghèo mạch máu nhất, có thể thay cặp Allis bằng 2 mũi chỉ khâu treo thành ruột lên

- Rạch thanh mạc cơ ở giữa 2 cặp Allis hoặc 2 mũi chỉ khâu, đường rạch dài 1-1,5 cm.

- Cầm máu kỹ lớp dưới niêm mạc và niêm mạc bằng dao điện hoặc các mũi chỉ khâu sau đó mở 1 lỗ nhỏ ở chỗ đã cầm máu.

- Hút sạch dịch trong dạ dày

- Luồn ống thông Pezzer số 23 hoặc Foley số 22 vào dạ dày.

- Khâu kín lỗ mở dạ dày bằng các mũi chỉ rời hoặc 1 đường khâu túi quanh ống thông.

- Khâu tạo 1 đường hầm dài 8 - 10 cm để vùi ống thông vào thành dạ dày. Vị trí đi ra của ống thông tương ứng với vị trí đưa ống ra ngoài ổ bụng.

- Đục 1 lỗ nhỏ ở thành bụng tương ứng với vị trí ra của ống thông ở dạ dày để luồn ống ra ngoài ổ bụng. Không bao giờ được đưa ống trực tiếp qua vết mổ vì nguy cơ nhiễm trùng vết mổ rất cao.

- Khâu đính dạ dày quanh ống thông vào thành bụng bằng 3-4 mũi chỉ không tiêu.

- Khâu cố định ống thông vào da

- Lau sạch ổ bụng, kiểm tra sau đó đóng vết mổ như thường quy.

3.2. Kỹ thuật mổ thông dạ dày kiểu Fontan

- Kéo mặt trước dạ dày càng cao càng tốt bằng 1 cặp Allis hoặc Babcok.

- Khâu 1 mũi thanh mạc cơ xung quanh cặp Allis bằng chỉ tiêu chậm 2.0 hoặc 3.0

- Rạch thanh mạc cơ ở giữa đường khâu túi

- Cầm máu lớp dưới niêm mạc sau đó mở 1 lỗ nhỏ qua niêm mạc bằng dao điện hoặc bằng panh, lỗ mở niêm mạc có kích thước tương ứng với ống thông

- Luồn ống thông vào trong lòng dạ dày

- Khâu vòng 2 túi vùi quanh ống thông

- Đưa ống thông ra ngoài ổ bụng qua 1 đường rạch ở thành bụng tương ứng với vị trí ống thông trên dạ dày

- Khâu cố định thanh mạc cơ dạ dày quanh ống thông với phúc mạc thành bụng.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Theo dõi sau mổ**

- Trong 48 giờ đầu sau mổ ống thông được nối với chai dẫn lưu để dịch dạ dày tự chảy ra nhằm làm giảm áp lực trong dạ dày bảo vệ cho vết mổ ở dạ dày.

- Từ ngày thứ 2 sau mổ bắt đầu truyền thức ăn qua ống thông để nuôi dưỡng người bệnh lúc đầu là dung dịch đường Glucose sau đó là sữa và cháo, súp đã được xay nhỏ, khối lượng thức ăn tăng dần theo nhu cầu và tùy theo sự đáp ứng của người bệnh.

- Cho kháng sinh dự phòng trước khi tiền mê và 24 giờ đầu sau mổ.

**2. Tai biến và xử trí tai biến**

- Chảy máu sau mổ: thường xảy ra khi cầm máu không tốt chỗ mổ niêm mạc dạ dày các triệu chứng là sonde dạ dày ra máu đỏ hoặc nôn máu, ỉa phân đen. Nếu chảy ít có thể điều trị bằng rửa dạ dày bằng nước lạnh và thuốc giảm tiết axit dạ dày, nếu chảy máu nhiều phải mổ lại để cầm máu.

- Nhiễm trùng vết mổ: thay băng làm sạch và dùng kháng sinh điều trị.

- Dò dịch dạ dày qua chân ống thông: tạm thời ngừng cho ăn qua ống thông và mổ cho dịch dạ dày chảy qua ống xuống chai dẫn lưu đồng thời làm sạch tại chỗ tránh loét da.

- Nếu dò nhiều: rút bỏ ống thông hoặc thay bằng ống to hơn.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa – chuyên khoa Phẫu thuật tiêu hóa và phẫu thuật nội soi- Bộ Y tế.

## **57. MỞ BỤNG THĂM DÒ**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Phẫu thuật thăm dò ổ bụng, được sử dụng để chẩn đoán, điều trị trong những trường hợp có tổn thương nghi ngờ trong ổ bụng mà các phương tiện kỹ thuật khác không đánh giá chính xác được.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Các chấn thương, tổn thương chưa biết rõ cơ quan nào, các vết thương thấu bụng không rõ tổn thương bên trong, các bệnh có nghi ngờ tổn thương trong ổ bụng khác.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh lý toàn thân nặng không cho phép can thiệp phẫu thuật.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

- Là phẫu thuật viên chuyên khoa ngoại tiêu hoá.

**2. Phương tiện:** Bộ dụng cụ đại phẫu, chỉ khâu, máy cắt nối…

**3. Người bệnh:**

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những 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 mổ theo kế hoạch: Nhịn ăn, thụt tháo, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân, kháng sinh dự phòng

- Được làm đầy đủ các xét nghiệm phục vụ cuộc mổ.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế,được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BỨỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:** Người bệnh nằm ngửa, kê gối đệm dưới lưng ngang đốt sống lưng 12 (D12).

**2. Vô cảm:** gây mê toàn thân có giãn cơ

**3. Kỹ thuật:**

- Bước 1: Mở bụng đường trắng giữa trên dưới rốn, tìm và bộc lộ tổn thương

- Bước 2: Xử trí tổn thương, tùy từng loại tổn thương mà có phương pháp xử trí khác nhau.

- Bước 3: đóng bụng.

**VI. THEO DÕI CÁC TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG VÀ NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ**

- Chảy máu: thường trong 48h đầu hoặc những ngày tiếp theo. Chảy máu đỏ tươi, số lượng nhiều qua dẫn lưu, toàn trạng thay đổi (nhợt, lo âu, mạch nhanh, huyết áp hạ) cần mổ lại kiểm tra, cầm máu.

- Theo dõi áp xe tồn dư, nhiễm trùng vết mổ để có chỉ định can thiệp kịp thời.

- Theo dõi tình trạng chung: viêm phổi…

- Truyền dịch: tính đủ năng lượng, lượng dịch vào cho từng người bệnh cụ thể.

- Kháng sinh: sử dụng kháng sinh dự phòng hoặc sử dụng kháng sinh điều trị khi có chỉ định, tùy thuộc hoàn cảnh cụ thể.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa – chuyên khoa Phẫu thuật tiêu hóa và phẫu thuật nội soi- Bộ Y tế.

2. Sách Bài giảng bệnh học ngoại khoa tập I và tập II- Đại học Y Hà Nội.

## **58. NỐI VỊ TRÀNG**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Nối vị tràng là phẫu thuật làm miệng nối thông giữa dạ dày và quai đầu hỗng tràng khi đường xuống tá tràng bị tắc nghẽn, cản trở (do u, loét hẹp, cắt thần kinh X toàn bộ…) hoặc chủ động không cho thức ăn qua tá tràng (vỡ tá tràng, túi thừa tá tràng lớn…).

**II. CHỈ ĐỊNH**

1. Đường xuống tá tràng bị tắc nghẽn do u ở hang vị, tá tràng, bóng Vater, tụy nhẫn…

2. Đường xuống tá tràng lưu thông kém do cắt thần kinh X toàn bộ, tạo hình môn vị.

3. Chủ động không cho thức ăn qua tá tràng, thường kèm theo đóng môn vị: vỡ tá tràng, túi thừa tá tràng lớn không cắt bỏ được

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

1. Tình trạng toàn thân quá nặng, nhiều bệnh phối hợp, albumin máu thấp... Cần điều chỉnh nước điện giải, máu, albumin… để mổ.

2. U xâm lấn hết dạ dày.

3. Di căn nhiều nơi, thời gian sống quá ngắn.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:** Phẫu thuật viên chuyên khoa ngoại tiêu hóa.

**2. Phương tiện:** bộ dụng cụ mổ mở trung phẫu tiêu hóa.

**3. Người bệnh**

- Xét nghiệm cơ bản: xét nghiệm công thức máu, sinh hóa máu, đông máu, chụp tim phổi, điện tim...

- Soi dạ dày: chẩn đoán chính xác nguyên nhân gây tắc.

- Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng…

- Được giải thích về quy trình, nguy cơ tai biến của phẫu thuật.

- Đặt sonde dạ dày, thụt tháo phân nếu mổ theo kế hoạch.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

1. Tư thế: nằm ngửa, dạng 2 tay.

2. Vô cảm: gây mê nội khí quản

3. Kỹ thuật:

- Rạch da: đường trắng giữa trên dưới rốn

- Thăm dò, đánh giá:

+ Đánh giá tổn thương (lý do chỉ định nối vị tràng), tình trạng ổ bụng (sạch hay bẩn, có cổ trướng không, có di căn không).

+ Đánh giá tình trạng dạ dày, nhất là vùng dự kiến làm miệng nối, tổ chức có đủ tốt để làm miệng nối không, vị trí làm miệng nối đủ lưu thông không.

+ Vị trí quai ruột cao nhất có thể nối với dạ dày (tốt nhất là quai hỗng tràng đầu tiên) tổ chức đủ tốt không, mạc treo có căng không…

+ Mạc treo đại tràng ngang có mềm mại không để làm miệng nối qua mạc treo hay trước mạc treo.

- Kỹ thuật làm miệng nối: trình bày kỹ thuật nối qua mạc treo đại tràng ngang 2 lớp với mặt sau hang vị.

+ Mở mạc treo đại tràng ngang: ở vị trí mỏng, ít mạch máu nhất, dài khoảng 8 cm. Đính bờ dưới chỗ mở với mặt sau dạ dày, chỗ đính cách bờ cong lớn khoảng 2 cm (để làm miệng nối), cách môn vị khoảng 4 cm. Đính tiếp bờ trên chỗ mở gần với cung mạch bờ cong lớn để trống phần dạ dày khoảng 2 cm làm miệng nối.

+ Chuẩn bị quai hỗng tràng: nên chọn quai hỗng tràng đầu tiên cách góc Treitz 6 - 8 cm, xoay quai ruột để chiều nhu động từ quai tới (từ góc Treitz) qua miệng nối hướng về phía môn vị rồi đến quai đi. Quai ruột với dạ dày khung tá tràng tạo thành hình chữ phi (φ).

+ Làm miệng nối: chiều dài miệng nối khoảng 6 cm, cách môn vị cũng khoảng 4 cm (chỗ thấp nhất của dạ dày). Mở dạ dày, mở ruột non tương xứng, cầm máu tốt chỗ mở (bằng khâu, đốt điện…), làm sạch dạ dày trước khi nối. Khâu thanh cơ mép sau chỗ mở dạ dày (trừ niêm mạc khâu sau) với thanh cơ mép sau chỗ mở ruột (cũng trừ niêm mạc) bằng chỉ tiêu 3/0 - 4/0 mũi rời hoặc mũi vắt. Khâu lớp trong mặt sau lấy chỉ niêm mạc hoặc toàn thể bằng mũi rời hoặc mũi vắt, thực hiện tương tự cho hết lớp trong mặt trước, chú ý khâu kín 2 góc. Khâu thanh cơ mép trước chỗ mở dạ dày với thanh cơ mép trước chỗ mở ruột, chú ý khâu kín 2 góc.

- Các thay đổi kỹ thuật

+ Làm miệng nối một lớp: lấy toàn bộ chiều dày thành ống tiêu hóa (niêm mạc ít, thanh cơ nhiều để niêm mạc lộn vào trong) mũi rời hoặc mũi vắt.

+ Làm miệng nối trước mạc treo đại tràng ngang: có thể nối thẳng vào mặt trước hang vị hoặc giải phóng mạc nối lớn để nối vào mặt sau hang vị. Quai tới đủ dài để khỏi căng nhưng không nên quá 20 cm tránh hội chứng quai tới

- Rửa ổ bụng: nếu ổ bụng bẩn do thủng dạ dày, tá tràng.

- Dẫn lưu: nếu ổ bụng bẩn.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

1. Theo dõi

- Nhịn ăn, nuôi dưỡng tĩnh mạch, lưu thông dạ dày đến khi có lưu thông tiêu hóa trở lại.

- Theo dõi thông dạ dày, tình trạng bụng để phát hiện các biến chứng chảy máu miệng nối, hẹp miệng nối, xì bục miệng nối.

2. Tai biến và xử trí

- Chảy máu sau mổ

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

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

- Xì bục đường khâu: Do tổ chức dạ dày mủn nát, chỉ buộc lỏng quá hoặc chặt quá (xé tổ chức), khâu thưa quá hoặc mỏng quá. Người bệnh có dấu hiệu viêm phúc mạc (sốt, bụng trướng, đau…), dẫn lưu ra dịch tiêu hóa, thông dạ dày ra dịch nâu bẩn. Cần mổ lại sớm, làm lại miệng nối, cắt dạ dày hoặc dẫn lưu chỗ xì. Nên mở thông hỗng tràng để nuôi dưỡng đường ruột.

- Tắc, hẹp miệng nối: thường do làm miệng nối nhỏ quá, xoắn miệng nối, đính 2 mép miệng nối vào nhau, miệng nối để cao quá… Sau mổ người bệnh chậm có lưu thông tiêu hóa trở lại, thông dạ dày ra nhiều dịch ứ đọng. Có thể soi dạ dày đánh giá, chẩn đoán. Điều trị nội giảm phù nề viêm miệng nối, nếu không đỡ phải mổ lại, làm lại miệng nối.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa – chuyên khoa Phẫu thuật tiêu hóa và phẫu thuật nội soi- Bộ Y tế.

2. Sách Bài giảng bệnh học ngoại khoa tập I và tập II- Đại học Y Hà Nội.

## **59. CẮT DẠ DÀY HÌNH CHÊM**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Trong điều trị phẫu thuật, không phải tổn thương nào cũng phải cắt đoạn hay toàn bộ dạ dày. Một số bệnh lý có chỉ định cắt dạ dày hình chêm làm phẫu thuật nhẹ nhàng hơn, bảo tồn được tối đa dạ dày mà không làm thay đổi kết quả phẫu thuật.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Ung thư dạ dày giai đoạn sớm, tại chỗ U dạ dày không thuộc biểu mô

- Loét lành tính dạ dày

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh lý toàn thân nặng không cho phép can thiệp phẫu thuật.

- Ung thư dạ dày tiến triển

**IV. CHUẨN BỊ**

1. Người thực hiện:

- Phẫu thuật viên chuyên khoa ngoại tiêu hoá.

2. Phương tiện: Bộ dụng cụ đại phẫu, chỉ khâu, máy cắt nối…

3. Người bệnh:

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những 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

- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi

- Điều trị ổn định các bệnh nội khoa như cao huyết áp, đái đường,… trước khi can thiệp phẫu thuật (trừ trường hợp mổ cấp cứu). Truyền máu nếu người bệnh có thiếu máu nhiều

- Nhịn ăn, thụt tháo, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân

- Kháng sinh dự phòng

4. Hồ sơ bệnh án: được bác sỹ gây mê kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

1. Tư thế: người bệnh nằm ngửa.

2. Vô cảm: gây mê nội khí quản. trường hợp chống chỉ định gây mê nội khí quản có thể gây tê ngoài màng cứng .

3. Kỹ thuật:

- Bước 1: mở bụng đường trắng giữa trên dưới rốn hoặc mổ nội soi

- Bước 2: đánh giá tổn thương

. Đánh giá dịch ổ bụng, tình trạng phúc mạc.

. Đánh giá cơ quan khác trong ổ bụng.

. Đánh giá tổn thương tại chỗ.

. Đánh giá di căn hạch.

- Bước 3: bộc lộ tổn thương, nếu tổn thương nằm mặt sau thì phải tách mạc nối lớn khỏi đại tràng

- Bước 4: cắt bỏ tổn thương có thể bằng echolon hoặc cắt bằng dao đơn cực xong khâu lại, đảm bảo cắt hết tổn thương

- Bước 5: cầm máu kỹ diện bóc tách, có thể đặt dẫn lưu nếu cần thiết.

- Bước 6: đóng bụng theo bình diện giải phẫu.

**VI. THEO DÕI CÁC TAI BIẾN – BIẾN CHỨNG VÀ NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ**

- Chảy máu: thường trong 48h đầu hoặc những ngày tiếp theo. Chảy máu đỏ tươi, số lượng nhiều qua dẫn lưu, toàn trạng thay đổi (nhợt, lo âu, mạch nhanh, huyết áp tụt) cần mổ kiểm tra lại, cầm máu.

- Theo dõi áp xe tồn dư, tình trạng bục miệng nối, nhiễm trùng vết mổ để có chỉ định can thiệp kịp thời.

- Theo dõi tình trạng chung: mạch, huyết áp, viêm phổi

+ Truyền dịch: tính đủ năng lượng, lượng dịch vào cho từng người bệnh cụ thể

+ Kháng sinh: sử dụng kháng sinh dự phòng hoặc sử dụng kháng sinh điều trị khi có chỉ định, tùy thuộc hoàn cảnh cụ thể.

+ Cho người bệnh ăn lại khi có trung tiện.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa – chuyên khoa Phẫu thuật tiêu hóa và phẫu thuật nội soi- Bộ Y tế.

2. Sách Bài giảng bệnh học ngoại khoa tập I và tập II- Đại học Y Hà Nội.

## **60. CẮT ĐOẠN DẠ DÀY**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Hiện nay với sự phát triển và ứng dụng rất tốt thuốc ức chế tiết acid dịch vị đã làm thay đổi kết quả điều trị trong bệnh lý loét dạ dày tá tràng. Tỷ lệ phẫu thuật cắt đoạn dạ dày chỉ còn trong một số trường hợp nhất định, chủ yếu là trong các trường hợp nghi ngờ hoặc đã chẩn đoán là ung thư.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Loét hành tá tràng có biến chứng thủng, hẹp, chảy máu, điều kiện cho phép (tại chỗ và toàn thân)

- Ung thư dạ dày vùng hang môn vị gây biến chứng thủng, hẹp, chảy máu mà điều kiện toàn thân không cho phép nạo vét hạch.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh lý toàn thân nặng không cho phép can thiệp phẫu thuật.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

- Phẫu thuật viên chuyên khoa ngoại tiêu hóa, ung bướu.

**2. Phương tiện:** Bộ dụng cụ đại phẫu, chỉ khâu, máy cắt nối…

**3. Người bệnh:**

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những 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

- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi

- Điều trị ổn định các bệnh nội khoa như cao huyết áp, đái đường,… trước khi can thiệp phẫu thuật (trừ trường hợp mổ cấp cứu). Truyền máu nếu người bệnh có thiếu máu nhiều

- Nhịn ăn, thụt tháo, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân

- Kháng sinh dự phòng

**4. Hồ sơ bệnh án:** được bác sỹ gây mê kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:** người bệnh nằm ngửa

**2. Vô cảm:** gây mê nội khí quản.

**3. Kỹ thuật:**

- Bước 1: đường mổ trắng giữa trên dưới rốn hoặc trên rốn

- Bước 2: đánh giá thương tổn trong mổ

- Bước 3: xác định mốc cắt dạ dày:

. Dưới môn vị 2-3 cm

. Bờ cong nhỏ: chỗ động mạch vị trái gặp bờ cong nhỏ

. Bờ cong lớn: chỗ gặp nhau của động mạch vị mạc nối phải và trái

- Bước 4: Đóng mỏm tá tràng kín, trong trường hợp khó đóng mỏm tá tràng nên đặt dẫn lưu mỏm tá tràng và đặt hệ thống dẫn lưu cạnh mỏm tá tràng.

- Bước 5: Lập lại lưu thông theo kiểu Billroth I (Péan), hoặc Billroth II (Polya, Frinsterer) hay Roux-en-Y tùy theo kinh nghiệm của phẫu thuật viên. Miệng nối trước hoặc qua mạc treo đại tràng ngang.

- Bước 6: lau rửa sạch ổ bụng, đặt dẫn lưu

- Bước 7: đóng bụng theo các lớp giải phẫu.

**VI. THEO DÕI CÁC TAI BIẾN – BIẾN CHỨNG VÀ NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ.**

- Chảy máu: thường trong 48h đầu hoặc những ngày tiếp theo. Chảy máu đỏ tươi, số lượng nhiều qua dẫn lưu, toàn trạng thay đổi (nhợt, lo âu, mạch nhanh, huyết áp tụt) cần mổ kiểm tra lại, cầm máu.

- Theo dõi áp xe tồn dư, tình trạng bục miệng nối, nhiễm trùng vết mổ để có chỉ định can thiệp kịp thời.

- Theo dõi tình trạng chung: mạch, huyết áp, viêm phổi

- Truyền dịch: tính đủ năng lượng, lượng dịch vào cho từng người bệnh cụ thể.

- Kháng sinh: sử dụng kháng sinh dự phòng hoặc sử dụng kháng sinh điều trị khi có chỉ định, tùy thuộc hoàn cảnh cụ thể.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa – chuyên khoa Phẫu thuật tiêu hóa và phẫu thuật nội soi- Bộ Y tế.

2. Sách Bài giảng bệnh học ngoại khoa tập I và tập II- Đại học Y Hà Nội.

## **61. CẮT ĐOẠN DẠ DÀY VÀ MẠC NỐI LỚN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Ung thư dạ dày là bệnh lý đứng hàng đầu trong các bệnh lý ung thư tại Việt Nam. Người bệnh thường đến trong giai đoạn muộn nên kết quả điều trị sống sau 5 năm không cao.

- Cắt đoạn dạ dày và mạc nối lớn là một trong những phương pháp điều trị ung thư dạ dày.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Ung thư dạ dày tiến triển.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh lý toàn thân nặng không cho phép can thiệp phẫu thuật.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

- Phẫu thuật viên chuyên khoa ngoại tiêu hóa.

**3. Người bệnh:**

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những 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

- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi

- Điều trị ổn định các bệnh nội khoa như cao huyết áp, đái đường,… trước khi can thiệp phẫu thuật (trừ trường hợp mổ cấp cứu). Truyền máu nếu người bệnh có thiếu máu nhiều

- Nhịn ăn, thụt tháo, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân

- Kháng sinh dự phòng

**4. Hồ sơ bệnh án:** được bác sỹ gây mê kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:** người bệnh nằm ngửa

**2. Vô cảm:** gây mê nội khí quản.

**3. Kỹ thuật:**

- Bước 1: đường mở bụng: mở bụng đường trắng giữa trên dưới rốn.

- Bước 2: đánh giá tổn thương

+ Đánh giá dịch ổ bụng, tình trạng phúc mạc.

+ Đánh giá cơ quan khác trong ổ bụng.

+ Đánh giá tổn thương tại chỗ.

+ Đánh giá di căn hạch.

- Bước 3: làm động tác Kocher. Cắt dây chằng gan tá tràng, gan đại tràng. Hạ toàn bộ đại tràng góc gan. Giải phóng tá tràng nhìn rõ bờ trái động mạch chủ bụng, tĩnh mạch thận trái.

- Bước 4: tách mạc nối lớn khỏi đại tràng

- Bước 5: thắt các mạch vị phải, vị trái, vị mạc nối phải, vị mạc nối trái sát gốc: nạo vét hạch nhóm 1, 7, 8 9, 11, 12. Phẫu tích lấy mạc nối nhỏ lên sát thực quản bụng.

- Bước 6: đóng mỏm tá tràng (nối Billroth II). Có thể đóng mỏm 2 hay 3 lớp tùy phẫu thuật viên.

- Bước 7: cắt bán phần dạ dày và lập lại lưu thông tiêu hóa một lớp hoặc hai lớp tùy phẫu thuật viên theo Billroth I, II ( trước hoặc qua mạc treo đại tràng ngang)

- Bước 8: cầm máu kỹ diện bóc tách và đặt dẫn lưu dưới gan và đóng bụng theo bình diện giải phẫu.

**VI. THEO DÕI CÁC TAI BIẾN – BIẾN CHỨNG VÀ NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ.**

- Chảy máu: thường trong 48h đầu hoặc những ngày tiếp theo. Chảy máu đỏ tươi, số lượng nhiều qua dẫn lưu, toàn trạng thay đổi (nhợt, lo âu, mạch nhanh, huyết áp tụt) cần mổ kiểm tra lại, cầm máu.

- Theo dõi áp xe tồn dư, tình trạng bục miệng nối, nhiễm trùng vết mổ để có chỉ định can thiệp kịp thời.

- Theo dõi tình trạng chung: mạch, huyết áp, viêm phổi

-Truyền dịch: tính đủ năng lượng, lượng dịch vào cho từng người bệnh cụ thể.

- Kháng sinh: sử dụng kháng sinh dự phòng hoặc sử dụng kháng sinh điều trị khi có chỉ định, tùy thuộc hoàn cảnh cụ thể.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa – chuyên khoa Phẫu thuật tiêu hóa và phẫu thuật nội soi- Bộ Y tế.

2. Sách Bài giảng bệnh học ngoại khoa tập I và tập II- Đại học Y Hà Nội.

## **62. KHÂU LỖ THỦNG DẠ DÀY – TÁ TRÀNG**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Khâu lỗ thủng dạ dày tá tràng là một kỹ thuật thường quy trong phẫu thuật tiêu hóa. Hiện nay hầu hết đã được thực hiện qua phẫu thuật nội soi.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Lỗ thủng lành tính, bờ mềm mại, không gây hẹp, loại trừ được tổn thương do ung thư

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh lý toàn thân nặng không cho phép can thiệp phẫu thuật.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:** Phẫu thuật viên chuyên khoa ngoại tiêu hóa.

**2. Phương tiện**: bộ dụng cụ trung phẫu, chỉ phẫu thuật.

**3. Người bệnh**

- Được chẩn đoán bệnh, xét nghiệm sinh học, đánh giá toàn trạng bệnh phối hợp và được điều trị, nuôi dưỡng, cân bằng đủ đảm bảo cho cuộc phẫu thuật dự kiến.

- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi, trừ trường hợp cấp cứu.

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những 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.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:** bệnh nhân nằm ngửa, dạng 2 tay, có thể kê gối lưng.

**2. Vô cảm:** Mê toàn thân có giãn cơ.

**3. Kỹ thuật:**

Bước 1: mở bụng đường trắng giữa trên dưới rốn.

Bước 2: đánh giá tổn thương

- Đánh giá dịch ổ bụng, tình trạng phúc mạc. cấy dịch ổ bụng.

- Đánh giá cơ quan khác trong ổ bụng.

- Đánh giá tổn thương tại chỗ.

Bước 3: khâu lỗ thủng chữ X, U. nếu nghi ngờ tổn thương ác tính phải sinh thiết. Với ổ loét xơ chai: khoét bỏ, khâu mũi rời theo chiều ngang, tránh hẹp.

Bước 4: hút rửa sạch ổ bụng

Bước 5: đặt dẫn lưu dưới gan.

Bước 6: đóng bụng theo bình diện giải phẫu.

**VI. THEO DÕI CÁC TAI BIẾN-BIẾN CHỨNG VÀ NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ**

- Chảy máu trong ổ bụng: thường trong 48h đầu hoặc những ngày tiếp theo. Chảy máu đỏ tươi, số lượng nhiều qua dẫn lưu, toàn trạng thay đổi (nhợt, lo âu, mạch nhanh, huyết áp hạ) cần mổ lại kiểm tra, cầm máu.

- Theo dõi áp xe tồn dư, theo dõi tình trạng bục miệng nối, nhiễm trùng vết mổ để có chỉ định can thiệp kịp thời.

- Theo dõi tình trạng chung: viêm phổi…

- Truyền dịch: tính đủ năng lượng, lượng dịch vào cho từng người bệnh cụ thể.

- Kháng sinh: sử dụng kháng sinh dự phòng hoặc sử dụng kháng sinh điều trị khi có chỉ định, tùy thuộc hoàn cảnh cụ thể.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa – chuyên khoa Phẫu thuật tiêu hóa và phẫu thuật nội soi- Bộ Y tế.

2. Sách Bài giảng bệnh học ngoại khoa tập I và tập II- Đại học Y Hà Nội.

## **63. PHẪU THUẬT NEWMANN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Thủng dạ dày - tá tràng là một biến chứng cấp cứu của loét dạ dày - tá tràng hoặc của ung thư dạ dày, hậu quả gây viêm phúc mạc.

- Trong những trường hợp tổn thương lỗ thủng phức tạp không khâu được, thể trạng người bệnh già yếu, nhiều bệnh nặng toàn thân phối hợp thì lựa chọn duy nhất là phẫu thuật Newmann.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Thủng dạ dày – tá tràng do loét dạ dày – tá tràng hoặc do ung thư dạ dày: tổn thương lỗ thủng phức tạp không khâu được, người bệnh có bệnh nặng toàn thân phối hợp không cho phép cắt dạ dày.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Tổn thương thủng có khả năng khâu lỗ thủng hoặc cắt dạ dày.

- Bệnh lý toàn thân nặng không cho phép can thiệp phẫu thuật.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:** Phẫu thuật viên chuyên khoa tiêu hoá.

**2. Phương tiện:** bộ dụng cụ trung phẫu, chỉ khâu.

**3. Người bệnh:**

- Được làm đầy đủ các xét nghiệm chuẩn bị cuộc mổ.

- Được giải thích về quy trình, nguy cơ tai biến của phẫu thuật.

- Với những trường hợp mổ theo kế hoạch: vệ sinh sạch sẽ, ăn nhẹ đến 22h ngày hôm trước, thụt tháo phân sạch ,sáng ngày mổ: nhịn ăn uống, kháng sinh dự phòng

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:** người bệnh nằm ngửa, có thể kê gối ở đáy ngực, Người thực hiện đứng bên phải người bệnh, người phụ và dụng cụ viên đứng bên đối diện.

**2. Vô cảm:** Mê toàn thân hoặc tiền mê, tê tại chỗ.

**3. Kỹ thuật:**

Bước 1: Mở bụng đường trắng giữa trên dưới rốn, đánh giá tổn thương.

- Đánh giá dịch ổ bụng, tình trạng phúc mạc.

- Đánh giá vị trí, kích thước lỗ thủng

- Đánh giá nguyên nhân gây thủng: loét lành tính hay ung thư.

Bước 2: Nếu thấy lỗ thủng quá to, tổ chức xung quanh lỗ thủng xơ cứng, mủn nát hoặc thủng do ung thư, khâu dễ bục, tình trạng người bệnh yếu không cho phép cắt ngay dạ dày thì dẫn lưu lỗ thủng ra ngoài bằng một ống thông Pezzer lớn. Lúc này chỉ đặt qua lỗ thủng ống cao su to sau đó cuốn mạc nối lớn xung quanh ống cao su và đính vào dạ dày và thành bụng. Có thể phối hợp với thắt môn vị, nối vị tràng hoặc mở thông hỗng tràng để nuôi dưỡng.

Bước 3: Rửa sạch bụng, đặt nhiều dẫn lưu, đóng bụng.

**VI. THEO DÕI CÁC TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG VÀ NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ**

- Chảy dịch dạ dày qua lỗ thủng gây áp xe tồn dư hoặc viêm phúc mạc: người bệnh sốt, dẫn lưu chảy dịch tiêu hóa. Tiếp tục điều trị kháng sinh, nhịn ăn, nuôi dưỡng qua mở thông hỗng tràng và tìm cách dẫn lưu dịch ra ngoài (tách vết mổ hoặc dẫn lưu dưới hướng dẫn của siêu âm)

- Theo dõi tình trạng chung: viêm phổi, nhiễm trùng vết mổ…

- Truyền dịch: tính đủ năng lượng, lượng dịch vào cho từng người bệnh cụ thể.

- Kháng sinh: sử dụng kháng sinh điều trị toàn thân, phối hợp kháng sinh.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa – chuyên khoa Phẫu thuật tiêu hóa và phẫu thuật nội soi- Bộ Y tế.

2. Sách Bài giảng bệnh học ngoại khoa tập I và tập II- Đại học Y Hà Nội.

## **64. KHÂU CẦM MÁU Ổ LOÉT DẠ DÀY**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Chảy máu ổ loét là một cấp cứu nguy hiểm do đáy ổ loét thủng thông vào một động mạch nuôi của dạ dày tá tràng. Trong trường hợp các điều trị nút mạch tiêm xơ không giải quyết được thì cần phẫu thuật cấp cứu. Phẫu thuật khâu cầm máu ổ loét thường phải phối hợp với phẫu thuật thắt động mạch nuôi của dạ dày tá tràng.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Chảy máu do loét dạ dày tá tràng can thiệp bằng các phương pháp khác không hiệu quả.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh lý toàn thân nặng không cho phép can thiệp phẫu thuật.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:** Phẫu thuật viên chuyên khoa ngoại tiêu hóa.

**2. Phương tiện**: bộ dụng cụ đại phẫu, chỉ phẫu thuật.

**3. Người bệnh**

- Được chẩn đoán bệnh, xét nghiệm sinh học, đánh giá toàn trạng bệnh phối hợp và được điều trị, nuôi dưỡng, cân bằng đủ đảm bảo cho cuộc phẫu thuật dự kiến.

- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi…

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những 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.

- Nhịn ăn, thụt tháo, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:** bệnh nhân nằm ngửa, dạng 2 tay, có thể kê gối lưng.

**2. Vô cảm:** Mê toàn thân có giãn cơ.

**3. Kỹ thuật:**

- Bước 1: Rạch da đường trắng giữa vào bụng

- Bước 2: Mở dạ dày theo đường rạch dọc mặt trước dạ dày. Kiểm tra phát hiện thương tổn loét chảy máu trực tiếp vào đường tiêu hóa.

- Bước 3: Phẫu tích ổ loét phía bên ngoài tương ứng bộc lộ vị trí chảy máu. Dùng chỉ phẫu thuật khâu đóng ổ loét và cầm máu. Cần phối hợp phẫu thuật thắt động mạch nuôi dạ dày gây chảy máu (động mạch vị phải, động mạch vị trái, động mạch vị tá tràng..)

- Bước 4: Kiểm tra hiệu quả cầm máu

- Bước 5: Khâu đóng mặt trước dạ dày bằng chỉ phẫu thuật hoặc máy khâu ống tiêu hóa. Lưu ống thông mũi dạ dày

- Bước 6: Đóng bụng

**VI. THEO DÕI CÁC TAI BIẾN-BIẾN CHỨNG VÀ NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ**

- Chảy máu trong ổ bụng: thường trong 48h đầu hoặc những ngày tiếp theo. Chảy máu đỏ tươi, số lượng nhiều qua dẫn lưu, toàn trạng thay đổi (nhợt, lo âu, mạch nhanh, huyết áp hạ) cần mổ lại kiểm tra, cầm máu.

- Theo dõi áp xe tồn dư, theo dõi tình trạng bục miệng nối, nhiễm trùng vết mổ để có chỉ định can thiệp kịp thời.

- Theo dõi tình trạng chung: viêm phổi…

- Truyền dịch: tính đủ năng lượng, lượng dịch vào cho từng người bệnh cụ thể.

- Kháng sinh: sử dụng kháng sinh dự phòng hoặc sử dụng kháng sinh điều trị khi có chỉ định, tùy thuộc hoàn cảnh cụ thể.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa – chuyên khoa Phẫu thuật tiêu hóa và phẫu thuật nội soi- Bộ Y tế.

## **65. MỞ DẠ DÀY XỬ TRÍ TỔN THƯƠNG**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Mở dạ dày xử trí tổn thương là phẫu thuật nhằm mở vào dạ dày để xử trí các tổn thương như: chảy máu dạ dày, mở dạ dày lấy khối bã thức ăn, dị vật…

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Các tổn thương như: chảy máu dạ dày không đã can thiệp bằng các phương pháp khác không kết quả

- Dị vật, bã thức ăn trong dạ dày không thể xử trí qua nội soi dạ dày.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh lý toàn thân nặng không cho phép can thiệp phẫu thuật.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:** Phẫu thuật viên chuyên khoa ngoại tiêu hóa.

**2. Phương tiện**: bộ dụng cụ trung phẫu, chỉ phẫu thuật.

**3. Người bệnh**

- Được chẩn đoán bệnh, xét nghiệm sinh học, đánh giá toàn trạng bệnh phối hợp và được điều trị, nuôi dưỡng, cân bằng đủ đảm bảo cho cuộc phẫu thuật dự kiến.

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những 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.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:** bệnh nhân nằm ngửa, dạng 2 tay, có thể kê gối lưng.

**2. Vô cảm:** Mê toàn thân có giãn cơ.

**3. Kỹ thuật:**

Bước 1: mở bụng đường trắng giữa trên dưới rốn.

Bước 2: đánh giá tổn thương

- Đánh giá dịch ổ bụng, tình trạng phúc mạc. cấy dịch ổ bụng.

- Đánh giá cơ quan khác trong ổ bụng.

- Đánh giá tổn thương tại chỗ.

Bước 3: Mở dạ dày xử trí tổn thương:

- Có thể mở dọc hay mở ngang vào dạ dày

- Xử trí các tổn thương như: khâu cầm máu ổ loét dạ dày, lấy bã thức ăn, dị vật trong dạ dày

- Khâu lại lỗ mở dạ dày bằng chỉ Vicryl 3.0 hoặc 4.0 1 lớp hoặc 2 lớp

Bước 4: hút rửa sạch ổ bụng.

Bước 5: đặt dẫn lưu ổ bụng.

Bước 6: đóng bụng theo bình diện giải phẫu.

**VI. THEO DÕI CÁC TAI BIẾN-BIẾN CHỨNG VÀ NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ**

- Chảy máu trong ổ bụng: thường trong 48h đầu hoặc những ngày tiếp theo. Chảy máu đỏ tươi, số lượng nhiều qua dẫn lưu, toàn trạng thay đổi (nhợt, lo âu, mạch nhanh, huyết áp hạ) cần mổ lại kiểm tra, cầm máu.

- Theo dõi áp xe tồn dư, theo dõi tình trạng bục miệng nối, nhiễm trùng vết mổ để có chỉ định can thiệp kịp thời.

- Theo dõi tình trạng chung: viêm phổi…

- Truyền dịch: tính đủ năng lượng, lượng dịch vào cho từng người bệnh cụ thể.

- Kháng sinh: sử dụng kháng sinh dự phòng hoặc sử dụng kháng sinh điều trị khi có chỉ định, tùy thuộc hoàn cảnh cụ thể.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa – chuyên khoa Phẫu thuật tiêu hóa và phẫu thuật nội soi- Bộ Y tế.

## **66. MỞ THÔNG HỖNG TRÀNG HOẶC MỞ THÔNG HỒI TRÀNG**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Phẫu thuật mở thông hỗng tràng hoặc hồi tràng là phẫu thuật tạo một lỗ mở trên thành bụng để một đoạn hồi tràng được mở ra da qua lỗ này và cố định vào thành bụng. Có 2 loại mở hồi tràng ra da chính là kiểu quai và kiểu tận.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Nhằm bảo vệ miệng nối hoặc các sang thương đường tiêu hóa bên dưới. Có thể gặp trong các bệnh cảnh sau:

- Tắc ruột

- Ung thư

- Viêm ruột

- Các biến chứng của bệnh lý viêm hoặc ung thư như: thủng ruột,rò.

- Chấn thương

- Là một phần của phẫu thuật được dự kiến từ trước như cắt trực tràng nối thấp nhằm bảo về miệng nối.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh lý toàn thân nặng không cho phép can thiệp phẫu thuật.

**IV. CHUẨNBỊ**

**1. Người thực hiện:** Phẫu thuật viên chuyên khoa tiêu hóa.

**2. Phương tiện:** Bộ dụng cụ phẫu thuật trung phẫu, chỉ khâu.

**3. Người bệnh:**

- Việc chuẩn bị ruột cho người bệnh tùy thuộc vào là mổ chương trình hay cấp cứu, việc mở thông hồi tràng hoặc mở hỗng tràng được dự tính từ trước hay phát sinh ngay trong cuộc mổ.

- Được làm đầy đủ các xét nghiệm chuẩn bị cuộc mổ.

- Được giải thích về quy trình, nguy cơ tai biến của phẫu thuật.

- Với những trường hợp mổ theo kế hoạch: vệ sinh sạch sẽ, ăn nhẹ đến 22h ngày hôm trước, thụt tháo phân sạch ,sáng ngày mổ: nhịn ăn uống, kháng sinh dự phòng

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾNHÀNH**

**1. Vô cảm:** Gây mê nội khí quản.

**2. Tư thế:** Người bệnh nằm ngửa. Dạng 2 tay.

**3. Kỹ thuật:**

- Bước 1: xác định quai ruột cần mở thông, nâng quai ruột lên sát thành bụng trước ở ¼ dưới phải để đảm bảo quai ruột đem ra không bị căng, cũng như không quá xa van hồi manh tràng (thông thường là 30-40cm).

- Bước 2: khâu đánh dấu vị trí ruột sẽ mở ra da, đánh dấu quai đi và quai đến, kéo ra ngoài.

- Bước 3: tạo lỗ mở trên thành bụng xung quanh vị trí mở lên ngoài thành bụng. Thông thường chúng tôi rạch da hình tròn, lấy đi mô mỡ và mô dưới da, rạch cân trước và sau hình chữ thập.

- Bước 4: kéo quai ruột ra ngoài thông qua lỗ mở thành bụng vừa tạo và khâu cố định thành hồi tràng vào 2 lá cân trước và sau theo chu vi bằng chỉ Vicryl 3.0.

- Bước 5: xẻ quai ruột, khâu miệng lỗ mở hồi tràng vào lớp dưới da xung quanh theo chu vi.

- Bước 6: kiểm tra lỗ mở hồi tràng hoặc hỗng tràng thông tốt.

- Bước 7: Đóng bụng

Những điểm lưu ý:

- Kích thước lỗ mở vừa đủ, nếu rộng quá có thể gây sa ruột, hẹp quá có thể gây tắc ruột. Đối với mở hồi tràng kiểu quai, thông thường kích thước lỗ mở đút lọt “2 ngón tay” là đủ.

- Đoạn ruột kéo ra dài hay ngắn tùy thuộc vào thành bụng dày hay mỏng, mục tiêu chính là sau khi hoàn thành, miệng lỗ mở hồi tràng phải cao hơn thành bụng.

- Không để xoắn ruột trong lúc kéo quai ruột xuyên qua thành bụng, đảm bảo đúng chiều quai đến và quai đi.

- Phải đảm bảo khâu thành ruột vào cân đủ kín để tránh thoát vị.

- Khâu thành ruột vào lớp da xung quanh đủ kín để ngăn dịch tiêu hóa rò vào lớp dưới da quanh lỗ mở hồi tràng hoặc hỗng tràng

- Nên khâu cân và da các lỗ trocar và vết mổ khác trên thành bụng trước khi xẻ thành ruột làm lỗ mở hồi tràng hoặc hỗng tràng để tránh nhiễm trùng vết mổ.

**VI. THEO DÕI CÁC TAI BIẾN-BIẾN CHỨNG VÀ NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ**

**1. Theo dõi**

- Thời điểm vận động và cho ăn bằng đường miệng tùy thuộc vào bệnh nền và phương pháp của phẫu thuật. Nếu chỉ đơn thuần là mở hồi tràng ra da thì có thể bắt đầu sớm.

- Theo dõi: hoạt động của lỗ mở hồi tràng (hơi, dịch tiêu hóa), rối loạn nước và điện giải, thiếu vitamin B12.

**2. Xử trí tai biến**

- Tắc ruột: điều trị nội khoa hoặc mổ lại khi điều trị nội không kết quả.

- Biến chứng của lỗ mở hồi tràng hoặc hỗng tràng ra da: lỗ mở ruột rộng hay hẹp quá, viêm da quanh lỗ mở hồi tràng hoặc hỗng tràng.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa – chuyên khoa Phẫu thuật tiêu hóa và phẫu thuật nội soi- Bộ Y tế.

## **67. KHÂU LỖ THỦNG HOẶC VẾT THƯƠNG RUỘT NON**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Thuật ngữ “Phẫu thuật khâu lỗ thủng hoặc vết thương ruột non” là để chỉ kỹ thuật mổ khâu một hay nhiều lỗ thủng ruột non do bị chấn thương bụng kín, vết thương thấu bụng hoặc bệnh lý bằng phẫu thuật.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Thủng ruột non do bệnh lý

- Thủng ruột non do chấn thương bụng kín, vết thương thấu bụng có thể có nhiều lỗ

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

**-** Người bệnh thể trạng yếu, sốc do nhiễm trùng, suy thở không đảm bảo cuộc mổ

**-** Ung thư di căn ra phúc mạc và di căn xa.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:** Người thực hiện là phẫu thuật viên tiêu hóa.

**2. Phương tiện:** Bộ dụng cụ phẫu thuật trung phẫu, chỉ khâu.

**3. Người bệnh:**

- Được làm đầy đủ các xét nghiệm chuẩn bị cuộc mổ.

- Được giải thích về quy trình, nguy cơ tai biến của phẫu thuật.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm:** Gây mê nội khí quản.

**2. Tư thế:**

- Nằm ngửa, 2 chân khép, 2 tay dạng

**3. Kỹ thuật**

- Rạch da đường trắng giữa trên, dưới rốn

- Đánh giá tổn thương:

+ Đầu tiên là quan sát ống bụng, số lượng dịch, có máu hay không (trong chấn thương bụng kín), nếu là chấn thương thì cần kiểm tra kỹ cả tạng đặc như lách, gan, tụy và thận. Kiểm tra dạ dày, đại tràng, sau đó kiểm tra ruột non từ góc Treitz đến hồi tràng để tìm lỗ thủng. Trong quá trình kiểm tra có thể kết hợp hút sạch dịch và gửi để cấy và kháng sinh đồ.

- Lau rửa ổ bụng: Sau khi tìm thấy lỗ thủng thì tiến hành lau rửa ổ bụng, lau rửa bằng dung dịch NaCl 0,9% ấm.

- Xử lý lỗ thủng:

+ Nếu thủng do bệnh lý: xén mép lỗ thủng làm giải phẫu bệnh lý

+ Nếu lỗ thủng nhỏ, có thể khâu bằng 1 mũi chữ X

+ Nếu lỗ thủng lớn hoặc nhiều lỗ thủng xa nhau: khâu ngang lại bằng chỉ tiêu chậm.

+ Nếu có nhiều lỗ thủng gần nhau kích thước lớn: cắt đoạn ruột chứa các lỗ thủng, nối lại tận-tận, tận- bên hoặc bên- bên và đưa vào lại ổ bụng.

- Dẫn lưu ổ bụng và đóng vết mổ.

**VI. THEO DÕI CÁC TAI BIẾN-BIẾN CHỨNG VÀ NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ**

- Chảy máu trong ổ bụng: thường trong 48h đầu hoặc những ngày tiếp theo. Chảy máu đỏ tươi, số lượng nhiều qua dẫn lưu, toàn trạng thay đổi (nhợt, lo âu, mạch nhanh, huyết áp hạ) cần mổ lại kiểm tra, cầm máu.

- Theo dõi áp xe tồn dư, theo dõi tình trạng nhiễm trùng vết mổ để có chỉ định can thiệp kịp thời.

- Theo dõi tình trạng chung: viêm phổi…

- Truyền dịch: tính đủ năng lượng, lượng dịch vào cho từng người bệnh cụ thể.

- Kháng sinh: sử dụng kháng sinh dự phòng hoặc sử dụng kháng sinh điều trị khi có chỉ định, tùy thuộc hoàn cảnh cụ thể.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa – chuyên khoa Phẫu thuật tiêu hóa và phẫu thuật nội soi- Bộ Y tế.

## **68. CẮT DÂY CHẰNG, GỠ DÍNH RUỘT**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Tắc ruột do dính/ dây chằng là một cấp cứu ngoại khoa hay gặp. Bệnh thường gặp ở các người bệnh đã có một phẫu thuật vào ổ bụng trước đây. Bệnh cảnh điển hình bao gồm các triệu chứng: đau bụng, buồn nôn và bí trung đại tiện. Một số trường hợp có thể điều trị nội khoa bảo tồn thành công nhưng nhiều trường hợp đòi hỏi cần phải chẩn đoán sớm và phẫu thuật kịp thời để tránh hoại tử ruột.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh có dấu hiệu tắc ruột: đau bụng, buồn nôn và nôn, bí trung đại tiện, các xét nghiệm cận lâm sàng gợi ý đến dấu hiệu tắc ruột, đã được theo dõi nhưng tình trạng không được cải thiện.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Rối loạn đông máu.

- Tình trạng toàn thân, huyết động không ổn định cho phẫu thuật, đòi hỏi phải hồi sức trước khi mổ.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Phẫu thuật viên chuyên khoa ngoại tiêu hóa.

**2. Phương tiện**

Dụng cụ mổ mở: bộ phẫu thuật mổ mở thường quy

**3. Người bệnh**

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

**4. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ gây mê kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

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: đứng bên phải người bệnh.

- Tư thế phẫu thuật viên phụ: đứng bên trái người bệnh.

- Dụng cụ viên: đứng bên phải phẫu thuật viên.

- Tiến hành phẫu thuật

- Rạch da đường trắng giữa trên và dưới rốn vào ổ bụng

- Kiểm tra toàn bộ ruột non từ góc Treitz tới góc hồi manh tràng.

- Dồn dịch và hơi ở đoạn ruột giãn phía trên chỗ tắc và hút qua sonde dạ dày

- Xác định nguyên nhân gây tắc ruột: dính / dây chằng

- Gỡ dính ruột, cắt dây chằng gây tắc ruột ở toàn bộ ruột non.

- Đánh giá toàn bộ ruột non còn hồng hào, bảo tồn được.

- Lau rửa ổ bụng

- Xếp lại ruột

- Đóng bụng theo lớp giải phẫu.

**VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Thủng ruột khi mở bụng vào ổ bụng. Xử trí: cần cẩn thận khi mở vào ổ bụng do khi tắc ruột bụng sẽ chướng. Kiểm tra ruột kĩ sau khi đã mở vào ổ bụng. Khâu lại lỗ thủng nếu có.

- Đoạn ruột bảo tồn tiếp tục hoại tử tiến triển. Xử trí cần theo dõi diễn biến sau mổ nhằm phát hiện sớm dấu hiệu viêm phúc mạc ổ bụng do hoại tử ruột. Mổ lại sớm, cắt đoạn ruột nối ngay hoặc dẫn lưu 2 đầu ruột ra ngoài và chờ đóng lại 2 đầu ruột ở thì mổ sau tùy theo tình trạng người bệnh.

- Nhiễm trùng, bục vết mổ. Xử tri: thay băng chăm sóc vết mổ. Khâu lại vết mổ khi có bục, dùng kháng sinh.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa – chuyên khoa Phẫu thuật tiêu hóa và phẫu thuật nội soi- Bộ Y tế.

2. Sách Bài giảng bệnh học ngoại khoa tập I và tập II- Đại học Y Hà Nội.

## **69. THÁO XOẮN RUỘT NON**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Xoắn ruột là một cấp cứu ngoại khoa tối cấp cứu, đòi hỏi cần được chẩn đoán và xử trí tích cực và kịp thời nếu không sẽ hoại tử ruột và phải cắt ruột. Nguyên nhân của tắc ruột rất đa dạng: do xoắn trung tràng, hoặc do dây chằng vắt qua gây xoắn,.. Đặc biệt lưu ý với các người bệnh đã được phẫu thuật vào trong ổ bụng từ trước thì xoắn ruột luôn là một chẩn đoán được đặt ra khi người bệnh có dấu hiệu tắc ruột.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Các người bệnh có dấu hiệu tắc ruột: đau bụng, buồn nôn và nôn, bí trung đại tiện, có thể kèm theo đi ngoài ra máu hoặc vào viện trong tình trạng huyết động không ổn định

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh lý toàn thân nặng không cho phép can thiệp phẫu thuật.

- Đây là một tối cấp cứu về Ngoại khoa do vậy cần hồi sức tích cực đảm bảm huyết động và các rối loạn được điều chỉnh ở mức độ cho phép và tiến hành phẫu thuật sớm nhất có thể.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Phẫu thuật viên chuyên khoa ngoại tiêu hóa

**2. Phương tiện**

- Dụng cụ mổ mở: bộ phẫu thuật mổ mở trung phẫu.

**3. Người bệnh:**

- Được làm đầy đủ các xét nghiệm chuẩn bị cuộc mổ.

- Được giải thích về quy trình, nguy cơ tai biến của phẫu thuật.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ**

**2. Kiểm tra người bệnh**

**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: đứng bên phải người bệnh.

- Tư thế phẫu thuật viên phụ: đứng bên trái phẫu thuật viên.

- Dụng cụ viên: đứng bên phải phẫu thuật viên.

- Tiến hành phẫu thuật :

+ Mở bụng theo đường trắng giữa trên và dưới rốn. Vào ổ bụng kiểm tra toàn bộ dạ dày, mặt dưới gan, túi mật.

+ Kiểm tra toàn bộ ruột non từ góc Treitz tới góc hồi manh tràng.

+ Đánh giá tính chất và vị trí của đoạn ruột xoắn.

+ Nếu xoắn toàn bộ ruột non hoặc phần ruột còn lại rất ngắn, cân nhắc tháo xoắn, xử lý nguyên nhân gây xoắn nếu có, đắp gạc ấm và phong bế mạc treo ruột bằng Lidocain và đóng bụng lại chờ mổ lại lần 2.

+ Nếu xoắn một đoạn ngắn của ruột, đánh giá xem đoạn ruột xoắn đã hoại tử lá úa, thủng hay chưa. Nếu đã có các dấu hiệu trên, tiến hành giải phóng mạc treo và cắt toàn bộ đoạn ruột xoắn. Cân nhắc đóng 2 đầu ruột luôn thì đầu hoặc dẫn lưu 2 đầu ruột nếu tình trạng người bệnh và tình trạng bụng không cho phép.

+ Nếu đánh giá đoạn ruột có thể bảo tồn được, tiến hành tháo xoắn, đắp gạc ấm và phong bế mạc treo bằng Lidocain. Sau 15 phút đánh giá lại ruột sau khi được tháo xoắn. Cần thiết có thể cắt đoạn ruột nghi ngờ không thể hồi phục được.

+ Dồn ruột giãn phía trên chỗ tắc và hút ra ngoài qua sonde dạ dày.

+ Rửa ổ bụng, đặt dẫn lưu ổ bụng.

+ Đóng bụng theo lớp giải phẫu.

**VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Có thể làm tổn thương ruột khi mở bụng vào do ruột quá chướng. Xử trí là cần mở bụng cẩn thận, kiểm tra ruột sau khi mở bụng.

- Đoạn ruột được bảo tồn tiếp tục hoại tử tiến triển. Xử trí: theo dõi sát diễn biến sau mổ, mổ lại sớm khi nghi ngờ có dấu hiệu viêm phúc mạc và cắt đoạn ruột hoại tử dẫn lưu 2 đầu ruột.

- Nhiễm trùng, bục vết mổ: sau mổ cần thay băng vết mổ và khâu đóng lại vết mổ nếu có bục, dùng kháng sinh.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa – chuyên khoa Phẫu thuật tiêu hóa và phẫu thuật nội soi- Bộ Y tế.

2. Sách Bài giảng bệnh học ngoại khoa tập I và tập II- Đại học Y Hà Nội.

## **70. THÁO LỒNG RUỘT NON**

**I .ĐẠI CƯƠNG**

- Lồng ruột là trạng thái một đoạn ruột chui vào đoạn ruột tiếp theo. Có nhiều kiểu lồng ruột nhưng hay gặp nhất là lồng hồi-manh tràng.

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

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Tháo lồng bằng các phương pháp không phẫu thuật thất bại

- Lồng ruột tái phát nhiều lần trong thời gian ngắn sau tháo lồng bằng các phương pháp không phẫu thuật (trên 3 lần/24h).

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh tình trạng sốc, rối loạn đông máu, rối loạn cân bằng nội môi: phải hồi sức, điều chỉnh rồi mới mổ.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:** Phẫu thuật viên tiêu hóa.

**2. Phương tiện:** Bộ dụng cụ phẫu thuật trung phẫu, chỉ khâu.

**3. Người bệnh:**

- Được làm đầy đủ các xét nghiệm chuẩn bị cuộc mổ.

- Được giải thích về quy trình, nguy cơ tai biến của phẫu thuật.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ**

- Kiểm tra lại chỉ định và cam kết đồng ý thực hiện thủ thuật.

- Kiểm tra người bệnh tình trạng toàn thân

**2. Thực hiện kỹ thuật**

- Rạch da và mở bụng đường dọc giữa hay đường ngang trên rốn, hoặc rạch da đường ngang hố chậu phải và mở bụng theo đường trắng bên.

- Bộc lộ tìm góc hồi manh tràng và khối lồng.

- Tiến hành nong cổ khối lồng bằng cán forceps hoặc dùng ngón tay út.

- Bóp đẩy khối lồng từ phía đại tràng, chú ý nhẹ nhàng tránh làm tổn thương rách thanh mạc.

- Tháo lồng xong kiểm tra tổn thương ruột. Đắp gạc ấm lên chỗ ruột bị tím đợi 10-15 phút.

- Cắt bờ mỡ ngay góc hồi manh tràng

- Cắt ruột thừa, cố định manh tràng vào thành bụng sau bên phải.

- Đóng bụng theo các lớp giải phẫu

- Khâu lại các vết mổ

**VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Chăm sóc sau mổ: Lưu sonde dạ dày, nhịn ăn truyền dịch đến khi phục hồi lưu thông tiêu hóa.

- Chú ý hồi sức theo dõi nhiệt độ, rối loạn điện giải ở những trong lồng ruột muộn.

- Ra viện khi ăn đường miệng hoàn toàn, thể trạng chung tốt.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Nhi khoa- Bộ Y tế.

2. Sách Bài giảng bệnh học ngoại khoa tập I và tập II- Đại học Y Hà Nội.

## **71. ĐẨY BÃ THỨC ĂN XUỐNG ĐẠI TRÀNG**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Phẫu thuật đẩy bã thức ăn xuống đại tràng được thực hiện để điều trị tắc ruột do bã thức ăn nhằm tìm ra tất cả các bã thức ăn trong ống tiêu hóa và chủ động đưa hết các khối bã di chuyển xuống đại tràng mà không cần phải mở ống tiêu hóa.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh bị bán tắc ruột điều trị nội không đỡ hoặc tắc ruột cơ học hoàn toàn do bã thức ăn trong ruột non.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh lý toàn thân nặng không cho phép can thiệp phẫu thuật.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:** Người thực hiện là phẫu thuật viên tiêu hóa.

**2. Phương tiện:** Bộ dụng cụ phẫu thuật trung phẫu, chỉ khâu.

**3. Người bệnh:**

- Được làm đầy đủ các xét nghiệm chuẩn bị cuộc mổ.

- Được giải thích về quy trình, nguy cơ tai biến của phẫu thuật.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm:** gây mê toàn thân với nội khí quản.

**2. Tư thế:** người bệnh nằm ngửa, dạng 2 tay. Vị trí của phẫu thuật viên, người phụ, dụng cụ viên tuỳ vị trí tổn thương.

**3. Kỹ thuật:**

- Rạch da đường trắng giữa trên, dưới rốn tùy thương tổn.

- Khảo sát các cơ quan khác trong ổ bụng, tìm quai ruột có bã thức ăn ở vị trí chuyển tiếp đoạn quai ruột xẹp và giãn.

- Đẩy bã thức ăn từ ruột non xuống đại tràng, tránh làm tổn thương thanh mạc ruột non.

- Kiểm tra toàn bộ ống tiêu hóa từ dạ dày, tá tràng trở xuống để chắc chắn không còn các khối bã khác vẫn đang di chuyển trong đường tiêu hóa.

- Lau rửa bụng, dẫn lưu tùy trường hợp, đóng bụng.

**VI. THEO DÕI CÁC TAI BIẾN-BIẾN CHỨNG VÀ NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ**

**1. Theo dõi sau mổ:**

- Theo dõi diễn biến sau mổ như các ca thông thường.

- Chú ý rút thông tiểu ngay sau mổ, lưu thông dạ dày hút dịch đọng trong khoảng 3 ngày, khi thấy dấu hiệu nhu động bình thường hoặc người bệnh trung tiện đại tiện được thì rút thông dạ dày.

- Theo dõi hoạt động của hệ thống tiêu hóa, nếu người bệnh không không chướng bụng, có thể cho ăn sớm.

- Hướng dẫn người bệnh khi ra viện thực hiện chế độ ăn uống hợp lý, tránh tái phát.

**2. Xử trí tai biến:**

- Tai biến rách thanh mạc ruột khi thao tác: thanh mạc hay thậm chí ruột bị thủng rách do thao tác quá mạnh. Cần phải lấy kim chỉ cỡ 3.0 hoặc 4.0 khâu lại thành ruột bằng các mũi rời. Cần làm sạch ổ bụng nếu thủng ruột làm các chất bẩn tràn ra.

- Tai biến chảy máu, tụ máu do rách mạc treo ruột non. Hút sạch máu chảy, nhanh chóng cặp mạch máu và cầm máu bằng chỉ khâu, buộc hay các dụng cụ khác.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa – chuyên khoa Phẫu thuật tiêu hóa và phẫu thuật nội soi- Bộ Y tế.

2. Sách Bài giảng bệnh học ngoại khoa tập I và tập II- Đại học Y Hà Nội.

## **72. MỞ RUỘT NON LẤY DỊ VẬT (BÃ THỨC ĂN, GIUN, MẢNH KIM LOẠI)**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Tắc ruột do dị vật (bã thức ăn, giun, mảnh kim loại…) là một cấp cứu ngoại khoa hay gặp.

- Bệnh biểu hiện với dấu hiệu tắc ruột : nôn, đau bụng bí trung đại tiện, các triệu chứng có thể không rầm rộ như các nguyên nhân gây tắc ruột khác. Cần chẩn đoán sớm và phẫu thuật kịp thời để tránh các biến chứng có thể xảy ra.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Các người bệnh có dấu hiệu tắc ruột: đau bụng, buồn nôn và nôn, bí trung đại tiện và các xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh hướng tới bệnh lý này.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Rối loạn đông máu nặng.

- Tình trạng người bệnh không đủ điều kiện cho phẫu thuật: đang có shock, phối hợp các bệnh lý nặng kèm theo,..

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

- Phẫu thuật viên chuyên khoa ngoại tiêu hóa.

**2. Phương tiện:** Dụng cụ mổ mở: bộ phẫu thuật mổ mở thường quy.

**3. Người bệnh:**

- Được làm đầy đủ các xét nghiệm chuẩn bị cuộc mổ.

- Được giải thích về quy trình, nguy cơ tai biến của phẫu thuật.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế :** người bệnh nằm ngửa, có đặt sonde niệu đạo bàng quang, sonde dạ dày.

- Tư thế phẫu thuật viên: đứng bên phải người bệnh.

- Tư thế phẫu thuật viên phụ: đứng bên trái phẫu thuật viên.

- Dụng cụ viên: đứng bên phải phẫu thuật viên.

**2. Vô cảm:** Mê nội khí quản.

**3. Kĩ thuật:**

- Mở bụng theo đường trắng giữa trên và dưới rốn. Vào ổ bụng kiểm tra toàn bộ dạ dày, mặt dưới gan, túi mật.

- Kiểm tra toàn bộ ruột non từ góc Treitz tới góc hồi manh tràng.

- Đánh giá vị trí của dị vật: chỉ có ruột non hay có ở dạ dày, tá tràng kèm theo

- Dồn ruột giãn phía trên chỗ tắc và hút ra ngoài qua sonde dạ dày

- Đánh giá xem có thể nghiền nhỏ bã thức ăn và đẩy xuống đại tràng

- Trường hợp không thể nghiền nhỏ dị vật do có nguy cơ làm tổn thương niêm mạc ruột thì có thể mở ruột (mở dọc khâu ngang) ở vị trí dưới chỗ tắc để lấy bã thức ăn, giun, mảnh kim loại… ra ngoài

- Rửa ổ bụng, đóng bụng theo lớp giải phẫu

**VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Có thể làm tổn thương ruột khi mở bụng vào do ruột quá chướng. Xử trí là cần mở bụng cẩn thận, kiểm tra ruột sau khi mở bụng

- Đoạn ruột non phía trên chỗ tắc giãn căng, tổn thương hoại tử tiến triển sau mổ. Xử trí là cần đánh giá kĩ tổn thương trong mổ, sau mổ theo dõi sát diễn biến

- Bục chỗ mở ruột để lấy bã thức ăn. Xử trí: trong mổ cần khâu đóng kĩ chỗ mở ruột để lấy bã thức ăn. Sau mổ theo dõi sát diễn biến nếu nghi ngờ bục cần mổ lại sớm.

- Nhiễm trùng, bục vết mổ: sau mổ cần thay băng vết mổ và khâu đóng lại vết mổ nếu có bục, dùng kháng sinh.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa – chuyên khoa Phẫu thuật tiêu hóa và phẫu thuật nội soi- Bộ Y tế.

2. Sách Bài giảng bệnh học ngoại khoa tập I và tập II- Đại học Y Hà Nội.

## **73. CẮT RUỘT NON HÌNH CHÊM**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Trong điều trị phẫu thuật, không phải tổn thương nào cũng phải cắt đoạn ruột non. Một số bệnh lý có chỉ định cắt ruột non hình chêm làm phẫu thuật nhẹ nhàng hơn, bảo tồn được tối đa đoạn ruột mà không làm thay đổi kết quả phẫu thuật.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Tổn thương ruột trong chấn thương.

- Viêm túi thừa Mekel

- U ruột non giai đoạn sớm

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh già yếu, suy kiệt, chống chỉ định phẫu thuật

- Tổn thương rộng.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

- Là phẫu thuật viên chuyên khoa ngoại tiêu hoá.

**2. Phương tiện:** Bộ dụng cụ mổ mở đại phẫu tiêu hóa, chỉ khâu,…

**3. Người bệnh:**

- Các xét nghiệm cơ bản chẩn đoán.

- Siêu âm bụng hoặc CT bụng trong những trường hợp khó.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

1. Tư thế: nằm ngửa dạng hai chân, đặt sonde bàng quang.

2. Vô cảm: gây mê nội khí quản.

3. Kĩ thuật:

- Phẫu thuật viên đứng bên phải người bệnh, hai người phụ đứng bên đối diện

- Thì 1: đường mở bụng: mở bụng đường trắng giữa trên dưới rốn. hoặc mổ nội

soi

- Thì 2: đánh giá tổn thương

+ Đánh giá dịch ổ bụng, tình trạng phúc mạc.

+ Đánh giá cơ quan khác trong ổ bụng.

+ Đánh giá tổn thương tại chỗ.

+ Đánh giá di căn hạch.

- Thì 4: bộc lộ tổn thương, nếu tổn thương nằm mặt sau thì phải tách mạc nối lớn khỏi đại tràng

- Thì 5: cắt bỏ tổn thương có thể bằng echolon hoặc cắt bằng dao đơn cực xong khâu lại. đảm bảo cắt hết tổn thương

- Thì 6: cầm máu kỹ diện bóc tách, có thể đặt dẫn lưu nếu cần thiết.

- Thì 7: đóng bụng theo bình diện giải phẫu.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Theo dõi:** như mọi trường hợp phẫu thuật đường tiêu hóa nói chung.

**2. Xử trí tai biến:**

- Chảy máu: chảy máu trong ổ bụng, cần theo dõi sát, cần thiết phải phẫu thuật lại ngay.

- Tắc ruột sau mổ: kiểm tra xem do dãn ruột cơ năng hay tắc ruột cơ học. Nếu do nguyên nhân cơ học phải mổ kiểm tra và xử lý nguyên nhân.

- Áp xe hoặc viêm phúc mạc do rò, bục miệng nối: điều trị nội hoặc phẫu thuật lại tùy thuộc mức độ của biến chứng.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa – chuyên khoa Phẫu thuật tiêu hóa và phẫu thuật nội soi- Bộ Y tế.

2. Sách Bài giảng bệnh học ngoại khoa tập I và tập II- Đại học Y Hà Nội

## **74. CẮT ĐOẠN RUỘT NON, LẬP LẠI LƯU THÔNG**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Phẫu thuật cắt đoạn ruột non, lập lại lưu thông là một thuật ngữ chỉ kỹ thuật mổ cắt bỏ một đoạn ruột non bất thường bằng phẫu thuật mở.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- U ruột non (GIST, carcinoid, adenoma, adenocarcinoma,…) có hoặc không có biến chứng.

- Tắc ruột (do dính, thoát vị nội, bã thức ăn, viêm, lao,…) có biến chứng hoại tử ruột.

- Hoại tử / thủng ruột do huyết khối mạch máu/ lao/ viêm ruột/ viêm thủng túi thừa Meckel/ chấn thương bụng kín …

- Chảy máu tiêu hoá từ ruột non do viêm loét, dị dạng mạch máu, túi thừa Meckel,…

- Bệnh Crohn không đáp ứng điều trị nội khoa hoặc có biến chứng (tắc ruột, chảy máu tiêu hoá, thủng, nguy cơ ác tính…).

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh lý toàn thân nặng không cho phép can thiệp phẫu thuật.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

- Phẫu thuật viên chuyên khoa ngoại tiêu hóa.

**2. Phương tiện:**

- Phòng mổ có đủ phương tiện thực hiện phẫu thuật.

- Bộ dụng cụ phẫu thuật đại phẫu, chỉ khâu., dụng cụ máy cắt nối ống tiêu hóa nếu có.

**3. Người bệnh:**

- Được làm đầy đủ các xét nghiệm chuẩn bị cuộc mổ.

- Được giải thích về quy trình, nguy cơ tai biến của phẫu thuật.

- Với những trường hợp mổ theo kế hoạch: vệ sinh sạch sẽ, ăn nhẹ đến 22h ngày hôm trước, chuẩn bị đại tràng sạch ,sáng ngày mổ: nhịn ăn uống, kháng sinh dự phòng

**4. Hồ sơ bệnh án:**

Hoàn tất các chi tiết về chuyên môn và thủ tục hành chính theo qui định (bệnh án, cam kết chấp nhận phẫu thuật, gây mê hồi sức,…).

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm:** gây mê toàn thể với nội khí quản.

**2. Tư thế:** người bệnh nằm ngửa, dạng 2 tay. Vị trí của phẫu thuật viên, người phụ, dụng cụ viên tuỳ vị trí tổn thương.

**3. Kỹ thuật:**

- Rạch da đường trắng giữa trên, dưới rốn tùy thương tổn.

- Khảo sát vị trí, tình trạng thương tổn tại ruột non và các cơ quan khác trong ổ bụng.

- Cắt mạc treo ruột non tương ứng với đoạn ruột non cần cắt bỏ. Đối với adenocarcinoma cần cắt rộng 2 đầu ruột non và mạc treo tương ứng để bảo đảm diện cắt không còn tế bào ác tính và lấy hết các hạch vùng tương ứng.

- Cắt đoạn ruột non- phục hồi lưu thông. Có thể nối tận- tận hoặc bên- bên, một lớp hoặc hai lớp.

- Khâu lại mạc treo ruột non.

- Lau rửa bụng, dẫn lưu, đóng bụng.

**VI. THEO DÕI CÁC TAI BIẾN-BIẾN CHỨNG VÀ NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ**

- Chảy máu trong ổ bụng: thường trong 48h đầu hoặc những ngày tiếp theo. Chảy máu đỏ tươi, số lượng nhiều qua dẫn lưu, toàn trạng thay đổi (nhợt, lo âu, mạch nhanh, huyết áp hạ) cần mổ lại kiểm tra, cầm máu.

- Theo dõi áp xe tồn dư, theo dõi tình trạng nhiễm trùng vết mổ để có chỉ định can thiệp kịp thời.

- Theo dõi tình trạng chung: viêm phổi…

- Truyền dịch: tính đủ năng lượng, lượng dịch vào cho từng người bệnh cụ thể.

- Kháng sinh: sử dụng kháng sinh dự phòng hoặc sử dụng kháng sinh điều trị khi có chỉ định, tùy thuộc hoàn cảnh cụ thể.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa – chuyên khoa Phẫu thuật tiêu hóa và phẫu thuật nội soi- Bộ Y tế.

2. Sách Bài giảng bệnh học ngoại khoa tập I và tập II- Đại học Y Hà Nội.

## **75. CẮT ĐOẠN RUỘT NON, ĐƯA HAI ĐẦU RUỘT RA NGOÀI**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Phẫu thuật cắt đoạn ruột non, đưa hai đầu ruột ra ngoài là một thuật ngữ chỉ kỹ thuật mổ cắt bỏ một đoạn ruột non bất thường bằng phẫu thuật mở, hai đầu ruột không nối ngay mà đưa ra ngoài nhằm tránh khả năng xì bục miệng nối hoặc không thể nối ngay được.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- U ruột non (GIST, carcinoid, adenoma, adenocarcinoma,…) có hoặc không có biến chứng.

- Tắc ruột (do dính, thoát vị nội, bã thức ăn, viêm, lao,…) có biến chứng hoại tử ruột.

- Hoại tử / thủng ruột do huyết khối mạch máu/ lao/ viêm ruột/ viêm thủng túi thừa Meckel/ chấn thương bụng kín …

- Chảy máu tiêu hoá từ ruột non do viêm loét, dị dạng mạch máu, túi thừa Meckel,…

- Bệnh Crohn không đáp ứng điều trị nội khoa hoặc có biến chứng (tắc ruột, chảy máu tiêu hoá, thủng, nguy cơ ác tính…).

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh lý toàn thân nặng không cho phép can thiệp phẫu thuật.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

- Phẫu thuật viên chuyên khoa ngoại tiêu hóa.

**2. Phương tiện:**

- Phòng mổ có đủ phương tiện thực hiện phẫu thuật.

- Bộ dụng cụ phẫu thuật đại phẫu, chỉ khâu., dụng cụ máy cắt nối ống tiêu hóa nếu có.

**3. Người bệnh:**

- Được làm đầy đủ các xét nghiệm chuẩn bị cuộc mổ.

- Được giải thích về quy trình, nguy cơ tai biến của phẫu thuật.

- Với những trường hợp mổ theo kế hoạch: vệ sinh sạch sẽ, ăn nhẹ đến 22h ngày hôm trước, chuẩn bị đại tràng sạch ,sáng ngày mổ: nhịn ăn uống, kháng sinh dự phòng

**4. Hồ sơ bệnh án:**

Hoàn tất các chi tiết về chuyên môn và thủ tục hành chính theo qui định (bệnh án, cam kết chấp nhận phẫu thuật, gây mê hồi sức,…).

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm:** gây mê toàn thể với nội khí quản.

**2. Tư thế:** người bệnh nằm ngửa, dạng 2 tay. Vị trí của phẫu thuật viên, người phụ, dụng cụ viên tuỳ vị trí tổn thương.

**3. Kỹ thuật:**

- Rạch da đường trắng giữa trên, dưới rốn tùy thương tổn.

- Khảo sát vị trí, tình trạng thương tổn tại ruột non và các cơ quan khác trong ổ bụng.

- Cắt mạc treo ruột non tương ứng với đoạn ruột non cần cắt bỏ. Đối với adenocarcinoma cần cắt rộng 2 đầu ruột non và mạc treo tương ứng để bảo đảm diện cắt không còn tế bào ác tính và lấy hết các hạch vùng tương ứng.

- Cắt đoạn ruột non tổn thương.

- Đưa hai đầu ruột ra ngoài, khâu miệng lỗ mở ruột vào lớp dưới da xung quanh theo chu vi.

- Khâu lại mạc treo ruột non.

- Lau rửa bụng, dẫn lưu, đóng bụng.

**VI. THEO DÕI CÁC TAI BIẾN-BIẾN CHỨNG VÀ NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ**

- Chảy máu trong ổ bụng: thường trong 48h đầu hoặc những ngày tiếp theo. Chảy máu đỏ tươi, số lượng nhiều qua dẫn lưu, toàn trạng thay đổi (nhợt, lo âu, mạch nhanh, huyết áp hạ) cần mổ lại kiểm tra, cầm máu.

- Theo dõi áp xe tồn dư, theo dõi tình trạng nhiễm trùng vết mổ để có chỉ định can thiệp kịp thời.

- Theo dõi tình trạng chung: viêm phổi…

- Truyền dịch: tính đủ năng lượng, lượng dịch vào cho từng người bệnh cụ thể.

- Kháng sinh: sử dụng kháng sinh dự phòng hoặc sử dụng kháng sinh điều trị khi có chỉ định, tùy thuộc hoàn cảnh cụ thể.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa – chuyên khoa Phẫu thuật tiêu hóa và phẫu thuật nội soi- Bộ Y tế.

2. Sách Bài giảng bệnh học ngoại khoa tập I và tập II- Đại học Y Hà Nội.

## **76. CẮT ĐOẠN RUỘT NON, NỐI TẬN BÊN, ĐƯA 1 ĐẦU RA NGOÀI (QUÉNUE)**

## **77. CẮT NHIỀU ĐOẠN RUỘT NON**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Phẫu thuật cắt nhiều đoạn ruột non là một thuật ngữ chỉ kỹ thuật mổ cắt bỏ từ hai đoạn ruột non bất thường bằng phẫu thuật mở, thực hiện từ hai miệng nối ruột- ruột trở lên bằng phẫu thuật mở.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- U ruột non (GIST, carcinoid, adenoma, adenocarcinoma,…) có hoặc không có biến chứng.

- Tắc ruột (do dính, thoát vị nội, bã thức ăn, viêm, lao,…) có biến chứng hoại tử ruột.

- Hoại tử / thủng ruột do huyết khối mạch máu/ lao/ viêm ruột/ viêm thủng túi thừa Meckel/ chấn thương bụng kín …

- Chảy máu tiêu hoá từ ruột non do viêm loét, dị dạng mạch máu, túi thừa Meckel,…

- Bệnh Crohn không đáp ứng điều trị nội khoa hoặc có biến chứng (tắc ruột, chảy máu tiêu hoá, thủng, nguy cơ ác tính…).

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh lý toàn thân nặng không cho phép can thiệp phẫu thuật.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

- Là phẫu thuật viên chuyên khoa ngoại tiêu hoá.

**2. Phương tiện:**

- Phòng mổ có đủ phương tiện thực hiện phẫu thuật.

- Bộ dụng cụ phẫu thuật đại phẫu, chỉ khâu., dụng cụ máy cắt nối ống tiêu hóa nếu có.

**3. Người bệnh:**

- Được làm đầy đủ các xét nghiệm chuẩn bị cuộc mổ.

- Được giải thích về quy trình, nguy cơ tai biến của phẫu thuật.

- Với những trường hợp mổ theo kế hoạch: vệ sinh sạch sẽ, ăn nhẹ đến 22h ngày hôm trước, chuẩn bị đại tràng sạch , sáng ngày mổ: nhịn ăn uống, kháng sinh dự phòng

**4. Hồ sơ bệnh án:**

Hoàn tất các chi tiết về chuyên môn và thủ tục hành chính theo qui định (bệnh án, cam kết chấp nhận phẫu thuật, gây mê hồi sức,…).

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm:** gây mê toàn thể với nội khí quản.

**2. Tư thế:** người bệnh nằm ngửa, dạng 2 tay. Vị trí của phẫu thuật viên, người phụ, dụng cụ viên tuỳ vị trí tổn thương.

**3. Kỹ thuật:**

- Rạch da đường trắng giữa trên, dưới rốn tùy thương tổn.

- Khảo sát vị trí, tình trạng thương tổn tại ruột non và các cơ quan khác trong ổ bụng.

- Cắt mạc treo ruột non tương ứng với những đoạn ruột non cần cắt bỏ. Đối với adenocarcinoma cần cắt rộng 2 đầu ruột non và mạc treo tương ứng để bảo đảm diện cắt không còn tế bào ác tính và lấy hết các hạch vùng tương ứng.

- Cắt các đoạn ruột non tổn thương.

- Thực hiện miệng nối tận- tận hoặc bên- bên, tận- bên tùy trường hợp, 1 lớp hoặc 2 lớp bằng chỉ Vicryl 3.0.

- Khâu lại mạc treo các đoạn ruột non đã cắt nối, tránh thoát vị nội.

- Lau rửa bụng, dẫn lưu, đóng bụng.

**VI. THEO DÕI CÁC TAI BIẾN-BIẾN CHỨNG VÀ NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ**

- Chảy máu trong ổ bụng: thường trong 48h đầu hoặc những ngày tiếp theo. Chảy máu đỏ tươi, số lượng nhiều qua dẫn lưu, toàn trạng thay đổi (nhợt, lo âu, mạch nhanh, huyết áp hạ) cần mổ lại kiểm tra, cầm máu.

- Theo dõi áp xe tồn dư, theo dõi tình trạng nhiễm trùng vết mổ để có chỉ định can thiệp kịp thời.

- Theo dõi tình trạng chung: viêm phổi…

- Truyền dịch: tính đủ năng lượng, lượng dịch vào cho từng người bệnh cụ thể.

- Kháng sinh: sử dụng kháng sinh dự phòng hoặc sử dụng kháng sinh điều trị khi có chỉ định, tùy thuộc hoàn cảnh cụ thể.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa – chuyên khoa Phẫu thuật tiêu hóa và phẫu thuật nội soi- Bộ Y tế.

2. Sách Bài giảng bệnh học ngoại khoa tập I và tập II- Đại học Y Hà Nội.

## **78. GỠ DÍNH SAU MỔ LẠI**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Gỡ dính sau mổ là một phẫu thuật ngoại khoa trong ổ bụng hay ngoài phúc mạc để phẫu tích tối đa theo yêu cầu và theo giải phẫu ổ bụng bộc lộ các nội tạng các mạc treo mạc nối phúc mạc thành phúc mạc tạng, khoang ổ bụng để tiến hành các mục đích chữa bệnh.

- Gỡ dính sau mổ là một phẫu thuật thường làm cùng với các phẫu thuật ngoại khoa khác trong cùng một ca mổ phối hợp. Phẫu thuật có thể là mổ mở bụng hay mổ nội soi ổ bụng hay nội soi ngoài phúc mạc.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Dính ruột hay các nội tạng, phúc mạc cần bóc tách trình bày rõ trong các phẫu thuật ổ bụng.

- Dính ổ bụng cần bóc tách giải phóng mạch máu nội tạng mạc treo để điều trị bệnh và biến chứng.

- Dính ổ bụng cần bóc tách giải phóng mạch máu nội tạng hạch thương tổn để chẩn đoán bệnh sinh thiết thương tổn cắt bỏ thương tổn dẫn lưu ổ dịch, tạo hình trong các kỹ thuật ngoại khoa.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh lý toàn thân nặng không cho phép can thiệp phẫu thuật.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

- Phẫu thuật viên chuyên khoa ngoại tiêu hóa, ung bướu.

**2. Phương tiện:**

- Bộ dụng cụ mổ bụng cơ bản nếu mổ mở bộ mổ nội soi ổ bụng nếu mổ gỡ dính nội soi . Dao mổ điện có thể thêm cán dài, các loại dao kỹ thuật cao như dao siêu âm dao ligasure bi-polar nếu mổ vị trí sâu và khó hoặc phải cầm máu chi tiết khi gỡ dính, chỉ khâu ruột, khâu mạch máu cho thường hợp khó cần phục hồi.

- Bộ mổ nội soi cần các kẹp phẫu tích không chấn thương, các dụng cụ phẫu tích tùy theo nhu cầu sử dụng và cách thức của phẫu thuật viên như móc điện, spatule điện, kéo điện, surgi-wan có phẫu tích kèm hút rửa...

- Bàn mổ loại đa năng điều chỉnh nhiều tư thế xoay và dạng chân.

**3. Người bệnh:**

- Được làm đầy đủ các xét nghiệm chuẩn bị cuộc mổ.

- Được giải thích về quy trình, nguy cơ tai biến của phẫu thuật.

- Thụt tháo phân sạch .

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:**

- Người bệnh nằm ngửa hay ngửa dạng chân (cần bàn mổ đa năng). Thay đổi được các tư thế.

**2. Vô cảm:** Mê nội khí quản.

**3. Kỹ thuật:**

- Bước 1 mở bụng: chọn vị trí vết mổ đủ rộng, điểm bắt đầu mở bụng thích hợp nhất. Mở bụng theo nguyên tắc từ ngoài và trong đi từng lớp giải phẫu vừa mở vừa gỡ dính, đi từ chỗ dính ít nhất.

- Bước 2 gỡ dính mạc nối, mạc treo, thành bụng, nội tạng. Nguyên tắc là đi vào các lớp bóc tách phẫu tích đúng của giải phẫu phôi thai học nguyên bản, phẫu tích toàn bộ các chỗ dính theo yêu cầu của chỉ định, tránh tối đa tác động tổn thương nội tạng mạch máu thần kinh bạch huyết.

- Bước 3 gỡ dính các thương tổn phức tạp do dính xoắn khó, có nguy cơ cao hay bị tác động do bệnh lý tiến triển sau ca mổ trước. Đây là chỗ khó nhất cần tập trung kỹ thuật .

- Bước 4 hút rửa ổ bụng có thể dẫn lưu để hạn chế dính lại, cần xếp ruột nội tạng mạc treo theo đúng giải phẫu .

- Bước 5 đóng bụng theo các lớp giải phẫu. Bước này nếu khó đóng bụng có thể cần áp dụng thêm phẫu thuật khâu phục hồi thành bụng.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Theo dõi theo nguyên tắc sau mổ bụng. Chăm sóc người bệnh toàn diện nuôi dưỡng ngay sau mổ bằng đường tĩnh mạch cho đến khi nhu động ruột bình thường. - Chăm sóc vết mổ, theo dõi sonde dạ dày và rút khi người bệnh ổn định.

- Theo dõi lâm sàng các dấu hiệu đau nôn chướng bụng sau mổ trung tiện đại tiện, hội chứng nhiễm trùng tại chỗ và toàn thân để sớm phát hiện biến chứng sau mổ.

- Biến chứng tắc ruột sau mổ: đau nôn bí trung tiện chướng bụng... cần điều trị tắc ruột sớm, kháng sinh hút dạ dày truyền dịch theo dõi chỉ định kịp thời.

- Biến chứng thủng ruột viêm phúc mạc, chảy máu trong ổ bụng, bục vết mổ, liệt ruột cơ năng.

- Rối loạn nước và điện giải, suy thận chức năng, suy dinh dưỡng , cần điều chỉnh kịp thời.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa – chuyên khoa Phẫu thuật tiêu hóa và phẫu thuật nội soi- Bộ Y tế.

2. Sách Bài giảng bệnh học ngoại khoa tập I và tập II- Đại học Y Hà Nội.

## **79. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ ÁP XE TỒN DƯ, DẪN LƯU Ổ BỤNG**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Áp-xe trong ổ bụng vẫn tiếp tục là vấn đề quan trọng và nghiêm trọng trong thực hành phẫu thuật. Chẩn đoán và điều trị chậm trễ có thể dẫn đến tỷ lệ tử vong tăng lên, do đó, tác động việc điều trị trì hoãn là đáng kể.

- Là phẫu thuật mở nhằm làm sạch những ổ áp xe tổn dư, dẫn ổ bụng.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Áp xe có triệu chứng: đau, sốt, không đáp ứng với điều trị nội khoa.

- Ổ áp xe nằm trong ổ bụng mà không dẫn lưu qua da trên hướng dẫn của chẩn đoán hình ảnh

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh lý toàn thân nặng không cho phép can thiệp phẫu thuật.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:** Người thực hiện là bác sỹ ngoại tiêu hóa.

**2. Phương tiện:**

- Bộ dụng cụ mổ mở trung phẫu, chỉ phẫu thuật…

**3. Người bệnh**

- Được làm đầy đủ các xét nghiệm chuẩn bị cuộc mổ.

- Được giải thích về quy trình, nguy cơ tai biến của phẫu thuật.

- Với những trường hợp mổ theo kế hoạch: vệ sinh sạch sẽ, ăn nhẹ đến 22h ngày hôm trước, thụt tháo phân sạch ,sáng ngày mổ: nhịn ăn uống, kháng sinh dự phòng

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm:** gây mê toàn thể với nội khí quản.

**2. Tư thế:** người bệnh nằm ngửa, dạng 2 tay. Vị trí của phẫu thuật viên, người phụ, dụng cụ viên tuỳ vị trí tổn thương.

**3. Kỹ thuật:**

- Rạch da: đường giữa trên hoặc dưới rốn tùy vị trí ổ áp xe.

- Quan sát toàn ổ bụng đánh giá tình trạng ổ áp xe: Hút dịch tiết hoặc dịch mủ (nếu có) ở khoang bụng tự do, lấy mẫu dịch để xét nghiệm vi khuẩn và làm kháng sinh đồ.

- Hút rửa và làm sạch ổ áp xe

- Kiểm tra các quai ruột và toàn ổ bụng

- Đặt dẫn lưu tại vị trí ổ áp xe và vị trí khác nếu cần.

- Đóng bụng

**VI. THEO DÕI CÁC TAI BIẾN-BIẾN CHỨNG VÀ NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ**

- Chảy máu trong ổ bụng: thường trong 48h đầu hoặc những ngày tiếp theo. Chảy máu đỏ tươi, số lượng nhiều qua dẫn lưu, toàn trạng thay đổi (nhợt, lo âu, mạch nhanh, huyết áp hạ) cần mổ lại kiểm tra, cầm máu.

- Theo dõi áp xe tồn dư, theo dõi tình trạng nhiễm trùng vết mổ để có chỉ định can thiệp kịp thời.

- Theo dõi tình trạng chung: viêm phổi…

- Truyền dịch: tính đủ năng lượng, lượng dịch vào cho từng người bệnh cụ thể.

- Kháng sinh: sử dụng kháng sinh dự phòng hoặc sử dụng kháng sinh điều trị khi có chỉ định, tùy thuộc hoàn cảnh cụ thể.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa – chuyên khoa Phẫu thuật tiêu hóa và phẫu thuật nội soi- Bộ Y tế.

2. Sách Bài giảng bệnh học ngoại khoa tập I và tập II- Đại học Y Hà Nội.

## **80. ĐÓNG MỞ THÔNG RUỘT NON**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Đóng mở thông ruột non là phẫu thuật làm kín lại vị trí ruột non đang mở ra da và lập lại lưu thông của đoạn ruột non từ đầu ruột này xuống dưới.

- Mở thông ruột non có thể có một đầu ruột hay hai đầu ruột tại một vị trí, có thể hai đầu ruột tại hai vị trí, có thể một đầu ruột mở thông trong khi một đầu đóng kín trong bụng. Lỗ mở thông có thể là thành bên của quai ruột non có thể là toàn bộ đường kính quai ruột mở thông.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh luôn có chỉ định đóng mở thông ruột non nếu mở thông ruột non hết tác dụng bảo vệ hay điều trị thương tổn phía dưới thành công.

- Điều kiện đóng mở thông là toàn bộ đoạn ruột phía dưới chỗ mở thông phải hết thương tổn và lưu thông được. Ổ bụng qua giai đoạn viêm dính phù nề sau lần mổ trước để gỡ dính ruột nếu cần.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Có tắc ruột hay hẹp ruột phía dưới chỗ mở thông không giải quyết được, có thương tổn nặng phía dưới chỗ mở thông chưa giải quyết được.

- Ổ bụng còn viêm dính hay phù nề, người bệnh suy kiệt thể trạng yếu không đảm bảo phẫu thuật.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

- Phẫu thuật viên chuyên khoa ngoại tiêu hóa.

**2. Phương tiện:**

- Bộ dụng cụ mổ bụng cơ bản nếu mổ mở, bộ mổ nội soi ổ bụng nếu mổ nội soi từ trong ra.

- Vật liệu là các loại chỉ khâu ngoại khoa cho ống tiêu hóa, cân cơ thành bụng, tấm prolene phục hồi thành bụng, khâu mạch máu ngoại khoa, máy cắt nối ống tiêu hóa tự động các loại tùy theo kỹ thuật áp dụng.

- Bàn mổ loại đa năng điều chỉnh nhiều tư thế xoay và dạng chân.

**3. Người bệnh:**

- Được làm đầy đủ các xét nghiệm chuẩn bị cuộc mổ.

- Vệ sinh sạch sẽ, ăn nhẹ đến 22h ngày hôm trước.

- Được giải thích về quy trình, nguy cơ tai biến của phẫu thuật.

- Chuẩn bị đại tràng sạch .

- Sáng ngày mổ: nhịn ăn uống, đánh dấu vùng mổ, kháng sinh dự phòng.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:** Người bệnh nằm ngửa hay ngửa dạng chân ( cần bàn mổ đa năng). Thay đổi được các tư thế.

**2. Vô cảm:** Mê nội khí quản hoặc tê tủy sống.

**3. Kỹ thuật:**

- Bước 1: phẫu tích quai ruột mở thông ra khỏi thành bụng, cắt và gỡ dính thành ruột, mạc treo mạch máu ra khỏi da cân cơ thành bụng đủ để cắt nối hoặc khâu đóng lỗ mở thông.

- Bước 2: gỡ dính các quai ruột phía dưới hoặc kiểm tra lưu thông quai đi phía dưới hoặc tìm đầu và quai ruột phía dưới để chuẩn bị đóng nối.

- Bước 3: đóng lỗ mở thông hoặc nối lại hai đầu ruột. dùng chỉ khâu nối ống tiêu hóa theo các kỹ thuật đảm bảo kín chắc không hẹp không kéo căng không thiếu máu nuôi dưỡng miệng nối. Có thể dùng máy cắt nối ống tiêu hóa để thực hiện khâu này với nguyên tắc như trên. Các kỹ thuật khác nhau như mổ tại chỗ ngoài phúc mạc, tại chỗ trong ổ bụng, mở bụng hoàn toàn cắt nối ruột kèm theo gỡ dính, nội soi ổ bụng gỡ dính và cắt nối ruột...

- Bước 4: Khâu đóng bụng và khâu phục hồi thành bụng vị trí ruột đã mở thông. Có thể khâu đóng đơn giản theo các lớp giải phẫu của thành bụng hoặc phải áp dụng riêng một phẫu thuật phục hồi thành bụng do khuyết cân cơ, điển hình là khâu phục hồi thành bụng bằng tấm đan prolen.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Theo dõi theo nguyên tắc sau mổ bụng. Chăm sóc người bệnh toàn diện nuôi dưỡng ngay sau mổ bằng đường tĩnh mạch cho đến khi nhu động ruột bình thường. - Chăm sóc vết mổ.

- Theo dõi lâm sàng các dấu hiệu đau nôn chướng bụng sau mổ trung tiện đại tiện, hội chứng nhiễm trùng tại chỗ và toàn thân để sớm phát hiện biến chứng sau mổ.

- Biến chứng tắc ruột sau mổ: đau nôn bí trung tiện chướng bụng... cần điều trị tắc ruột sớm, kháng sinh hút dạ dày truyền dịch theo dõi chỉ định kịp thời.

- Biến chứng thủng ruột viêm phúc mạc, chảy máu trong ổ bụng, bục vết mổ, rò chỗ nối.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa – chuyên khoa Phẫu thuật tiêu hóa và phẫu thuật nội soi- Bộ Y tế.

2. Sách Bài giảng bệnh học ngoại khoa tập I và tập II- Đại học Y Hà Nội.

## **81. NỐI TẮT RUỘT NON - ĐẠI TRÀNG HOẶC TRỰC TRÀNG**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

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

- Kỹ thuật này được tiến hành tạm thời hay vĩnh viễn khi tổn thương ống tiêu hóa không thể giải quyết triệt để được có thể về mặt kỹ thuật và hoặc tình trạng người bệnh không cho phép.

**II. CHỈ ĐỊNH**

1. U đại tràng không có khả năng cắt bỏ do:

- U to, xâm lấn hoặc đã di căn tới các tạng khác gây tắc ruột hoàn toàn.

- U đại tràng có khả năng cắt được. Nhưng tình trạng toàn thân của người bệnh, điều kiện cơ sở phẫu thuật, người thực hiện không chuyên khoa không cho phép thực hiện phẫu thuật cắt đại tràng.

2. Lao hồi - manh tràng, tổn thương lao gây tắc ruột hoàn toàn.

3. Dính ruột, tình trạng người bệnh nặng không cho phép cắt ruột.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Điều kiện tại chỗ và toàn thân không cho phép làm miệng nối: tình trạng người bệnh suy kiệt, nhiễm khuẩn nặng ổ bụng (viêm phúc mạc, áp xe tồn dư…) không đảm bảo an toàn miệng nối, dễ gây bục, rò miệng nối.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

Phẫu thuật viên chuyên khoa tiêu hoá hoặc ung bướu.

**2. Phương tiện:**

- Phòng mổ có đủ phương tiện thực hiện phẫu thuật.

- Bộ dụng cụ phẫu thuật đại phẫu, chỉ khâu., dụng cụ máy cắt nối ống tiêu hóa nếu cần.

**3. Người bệnh:**

- Được làm đầy đủ các xét nghiệm chuẩn bị cuộc mổ.

- Được giải thích về quy trình, nguy cơ tai biến của phẫu thuật.

- Với những trường hợp mổ theo kế hoạch: vệ sinh sạch sẽ, ăn nhẹ đến 22h ngày hôm trước, chuẩn bị đại tràng sạch , sáng ngày mổ: nhịn ăn uống, kháng sinh dự phòng

**4. Hồ sơ bệnh án:**

Hoàn tất các chi tiết về chuyên môn và thủ tục hành chính theo qui định (bệnh án, cam kết chấp nhận phẫu thuật, gây mê hồi sức,…).

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm:** gây mê toàn thể với nội khí quản.

**2. Tư thế:** người bệnh nằm ngửa, dạng 2 tay. Vị trí của phẫu thuật viên, người phụ, dụng cụ viên tuỳ vị trí tổn thương.

**3. Kỹ thuật:**

- Rạch da đường trắng giữa trên, dưới rốn tùy thương tổn.

- Thăm dò xác định tổn thương và thực hiện miệng nối:

+ Đánh giá thương tổn: thương tổn chính, tình trạng các tạng khác trong ổ bụng.

+ Xác định vị trí nối tắt: chọn vị trí ruột nối phù hợp (mạch nuôi tốt, hồng, mềm mại, không để quá nhiều đoạn ruột bị loại trừ,..).

+ Làm miệng nối ruột non - đại tràng, hoặc nối ruột non - trực tràng tùy thuộc tổn thương cụ thể trong mổ.

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

**VI. THEO DÕI CÁC TAI BIẾN-BIẾN CHỨNG VÀ NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ**

- Chảy máu trong ổ bụng: thường trong 48h đầu hoặc những ngày tiếp theo. Chảy máu đỏ tươi, số lượng nhiều qua dẫn lưu, toàn trạng thay đổi (nhợt, lo âu, mạch nhanh, huyết áp hạ) cần mổ lại kiểm tra, cầm máu.

- Theo dõi áp xe tồn dư, theo dõi tình trạng bục miệng nối, nhiễm trùng vết mổ để có chỉ định can thiệp kịp thời.

- Theo dõi tình trạng chung: viêm phổi…

- Truyền dịch: tính đủ năng lượng, lượng dịch vào cho từng người bệnh cụ thể.

- Kháng sinh: sử dụng kháng sinh dự phòng hoặc sử dụng kháng sinh điều trị khi có chỉ định, tùy thuộc hoàn cảnh cụ thể.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa – chuyên khoa Phẫu thuật tiêu hóa và phẫu thuật nội soi- Bộ Y tế.

2. Sách Bài giảng bệnh học ngoại khoa tập I và tập II- Đại học Y Hà Nội.

## **82. NỐI TẮT RUỘT NON – RUỘT NON**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Nối tắt ruột non- ruột non là phẫu thuật tạo miệng nối lưu thông đường tiêu hóa trực tiếp giữa ruột non với ruột non.

- Kỹ thuật này được tiến hành tạm thời hay vĩnh viễn khi tổn thương ống tiêu hóa không thể giải quyết triệt để được có thể về mặt kỹ thuật và hoặc tình trạng người bệnh không cho phép.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Tổn thương ruột non không có khả năng cắt bỏ do:

- U ruột non to, xâm lấn hoặc đã di căn tới các tạng khác gây tắc ruột hoàn toàn.

- U ruột non có khả năng cắt được. Nhưng tình trạng toàn thân của người bệnh, điều kiện cơ sở phẫu thuật, người thực hiện không chuyên khoa không cho phép thực hiện phẫu thuật.

- Lao ruột, dính ruột tình trạng người bệnh nặng không cho phép cắt ruột.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Điều kiện tại chỗ và toàn thân không cho phép làm miệng nối: tình trạng người bệnh suy kiệt, nhiễm khuẩn nặng ổ bụng (viêm phúc mạc, áp xe tồn dư…) không đảm bảo an toàn miệng nối, dễ gây bục, rò miệng nối.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

Phẫu thuật viên chuyên khoa tiêu hoá hoặc ung bướu.

**2. Phương tiện:**

- Phòng mổ có đủ phương tiện thực hiện phẫu thuật.

- Bộ dụng cụ phẫu thuật đại phẫu, chỉ khâu., dụng cụ máy cắt nối ống tiêu hóa nếu cần.

**3. Người bệnh:**

- Được làm đầy đủ các xét nghiệm chuẩn bị cuộc mổ.

- Được giải thích về quy trình, nguy cơ tai biến của phẫu thuật.

- Với những trường hợp mổ theo kế hoạch: vệ sinh sạch sẽ, ăn nhẹ đến 22h ngày hôm trước, chuẩn bị đại tràng sạch , sáng ngày mổ: nhịn ăn uống, kháng sinh dự phòng

**4. Hồ sơ bệnh án:**

Hoàn tất các chi tiết về chuyên môn và thủ tục hành chính theo qui định (bệnh án, cam kết chấp nhận phẫu thuật, gây mê hồi sức,…).

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm:** gây mê toàn thể với nội khí quản.

**2. Tư thế:** người bệnh nằm ngửa, dạng 2 tay. Vị trí của phẫu thuật viên, người phụ, dụng cụ viên tuỳ vị trí tổn thương.

**3. Kỹ thuật:**

- Rạch da đường trắng giữa trên, dưới rốn tùy thương tổn.

- Thăm dò xác định tổn thương và thực hiện miệng nối:

+ Đánh giá thương tổn: thương tổn chính, tình trạng các tạng khác trong ổ bụng.

+ Xác định vị trí nối tắt: chọn vị trí ruột nối phù hợp (mạch nuôi tốt, hồng, mềm mại, không để quá nhiều đoạn ruột bị loại trừ,..).

+ Làm miệng nối ruột non – ruột non tận- tận, tận- bên hoặc bên- bên 1 lớp hay 2 lớp tùy thuộc tổn thương cụ thể trong mổ.

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

**VI. THEO DÕI CÁC TAI BIẾN-BIẾN CHỨNG VÀ NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ**

- Chảy máu trong ổ bụng: thường trong 48h đầu hoặc những ngày tiếp theo. Chảy máu đỏ tươi, số lượng nhiều qua dẫn lưu, toàn trạng thay đổi (nhợt, lo âu, mạch nhanh, huyết áp hạ) cần mổ lại kiểm tra, cầm máu.

- Theo dõi áp xe tồn dư, theo dõi tình trạng bục miệng nối, nhiễm trùng vết mổ để có chỉ định can thiệp kịp thời.

- Theo dõi tình trạng chung: viêm phổi…

- Truyền dịch: tính đủ năng lượng, lượng dịch vào cho từng người bệnh cụ thể.

- Kháng sinh: sử dụng kháng sinh dự phòng hoặc sử dụng kháng sinh điều trị khi có chỉ định, tùy thuộc hoàn cảnh cụ thể.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa – chuyên khoa Phẫu thuật tiêu hóa và phẫu thuật nội soi- Bộ Y tế.

2. Sách Bài giảng bệnh học ngoại khoa tập I và tập II- Đại học Y Hà Nội.

## **83. CẮT MẠC NỐI LỚN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Mạc nối lớn là một hàng rào ngăn cản vi trùng, thường khu trú các ổ nhiễm trùng.

- Cắt mạc nối lớn thường không làm riêng rẽ mà thường được thực hiện cùng các phẫu thuật khác như cắt đoạn dạ dày…

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Các trường hợp ung thư dạ dày, ung thư buồng trứng, ung thư phúc mạc…

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh lý toàn thân nặng không cho phép can thiệp phẫu thuật.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:** Phẫu thuật viên chuyên khoa tiêu hóa, hoặc ung bướu.

**2. Phương tiện:** Bộ dụng cụ phẫu thuật trung phẫu, chỉ khâu.

**3. Người bệnh:**

- Được làm đầy đủ các xét nghiệm chuẩn bị cuộc mổ.

- Được giải thích về quy trình, nguy cơ tai biến của phẫu thuật.

- Với những trường hợp mổ theo kế hoạch: vệ sinh sạch sẽ, ăn nhẹ đến 22h ngày hôm trước, thụt tháo phân sạch ,sáng ngày mổ: nhịn ăn uống, kháng sinh dự phòng

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Rạch da: đường trắng giữa trên, dưới rốn.

- Thăm dò đánh giá các tổn thương

- Cắt bỏ mạc nối lớn:

+ Tránh tổn thương cung mạch của mạc treo đại tràng ngang.

+ Bóc mạc nối lớn vể phía trái không kéo căng quá dễ làm rách lách.

+ Lấy mạc nối lớn phía bên phải khi gần tới tá tràng nên dùng kéo tách giữa mạc treo đại tràng với mạc nối lớn, tới sát môn vị.

- Lau bụng, dẫn lưu ổ bụng, đóng bụng.

**VI. THEO DÕI CÁC TAI BIẾN-BIẾN CHỨNG VÀ NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ**

- Chảy máu trong ổ bụng: thường trong 48h đầu hoặc những ngày tiếp theo. Chảy máu đỏ tươi, số lượng nhiều qua dẫn lưu, toàn trạng thay đổi (nhợt, lo âu, mạch nhanh, huyết áp hạ) cần mổ lại kiểm tra, cầm máu.

- Theo dõi áp xe tồn dư, theo dõi tình trạng nhiễm trùng vết mổ để có chỉ định can thiệp kịp thời.

- Theo dõi tình trạng chung: viêm phổi…

- Truyền dịch: tính đủ năng lượng, lượng dịch vào cho từng người bệnh cụ thể.

- Kháng sinh: sử dụng kháng sinh dự phòng hoặc sử dụng kháng sinh điều trị khi có chỉ định, tùy thuộc hoàn cảnh cụ thể.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa – chuyên khoa Phẫu thuật tiêu hóa và phẫu thuật nội soi- Bộ Y tế.

2. Sách Bài giảng bệnh học ngoại khoa tập I và tập II- Đại học Y Hà Nội.

## **84. CẮT BỎ U MẠC NỐI LỚN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- U mạc nối lớn là những khối u trong mạc nối lớn không xuất phát từ các mạc nối lớn.

- Phẫu thuật có giá trị trong chẩn đoán và điều trị u mạc nối lớn.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Các khối u mạc nối lớn.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh lý toàn thân nặng không cho phép can thiệp phẫu thuật.

- Ung thư di căn xa, không còn khả năng cắt bỏ.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Phẫu thuật viên chuyên khoa ngoại ung bướu, Tiêu hóa

**2. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ đại phẫu ổ bụng

- Máy hút, dao điện,...

**3. Người bệnh**

- Các xét nghiệm cơ bản phục vụ cho phẫu thuật: công thức máu, nhóm máu, chức năng đông máu, điện tâm đồ, chụp phổi, chụp cắt lớp ổ bụng, giải phẫu bệnh (sinh thiết u, nếu có thể)

- Giải thích cho người bệnh và gia đình người bệnh hiểu, biết trước các nguy cơ bệnh tật cũng cách chăm sóc về sau và đồng ý ký giấy xin phẫu thuật.

- Kháng sinh dự phòng trước phẫu thuật.

- Chuẩn bị kỹ đại tràng trước mổ: thụt tháo, uống thuốc tẩy (Fortrans)

- Dự trù máu (với u to, nguy cơ mất máu nhiều)

**4. Hồ sơ bệnh án:** được bác sỹ gây mê kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:** người bệnh nằm ngửa, đầu hơi cao.

**2. Vô cảm:** gây mê nội khí quản.

**3. Kỹ thuật:**

- Đường rạch: rộng rãi, bọc vết mổ cẩn thận. Đường rạch là đường trắng giữa trên và dưới rốn (có thể kéo dài khi cần, có thể mở thêm đường ngang hay dưới bờ sườn)

- Thăm dò: đây là bước đầu tiên quan trọng trong mổ để đánh giá vị trí xuất phát khối u trên đại thể cũng như tình trạng xâm lấn các tạng xung quanh mà quyết định chiến lược phẫu thuật.

- Phẫu thuật:

+ Phẫu thuật lấy u trong vỏ

+ Phẫu thuật lấy u đơn thuần

+ Phẫu thuật lấy u có hoặc không kèm theo cắt một phần của ruột.

+ Khi u to, xâm lấn vào thành ruột non hay đại tràng, cần phải cắt u kèm theo cắt đoạn ruột non bị xâm lấn và tái lập lưu thông tiêu hóa

- Lau rửa bụng, dẫn lưu, đóng bụng.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

1. Theo dõi

- Theo dõi người bệnh sau phẫu thuật

- Thay băng hàng ngày.

- Cho ăn trở lại với người bệnh phẫu thuật không kèm theo phẫu thuật ống tiêu hóa khi người bệnh có trung tiện.

- Chú ý: thủng tạng, nhồi máu mạc treo để kịp thời xử trí

2. Xử trí

- Chảy máu: khâu kỹ , cầm máu vùng mổ, thận trọng với khối u lớn, nhiều mạch tăng sinh.

- Việc điều trị sau mổ như xạ trị, hóa trị phụ thuộc vào mô bệnh học sau mổ.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Ung bướu, Quyết định số 3338/QĐ-BYT của Bộ Y tế ban hành, 09/09/2013.

2. Sách Bài giảng bệnh học ngoại khoa tập I và tập II- Đại học Y Hà Nội.

## **85. CẮT U MẠC TREO RUỘT**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- U mạc treo ruột là những khối u trong phúc mạc không xuất phát từ các mạc treo ruột.

- Phẫu thuật có giá trị trong chẩn đoán và điều trị u mạc treo ruột

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Các khối u mạc treo ruột.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh lý toàn thân nặng không cho phép can thiệp phẫu thuật.

- Ung thư di căn xa, không còn khả năng cắt bỏ.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Phẫu thuật viên chuyên khoa ngoại ung bướu, Tiêu hóa

**2. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ đại phẫu ổ bụng

- Máy hút, dao điện,...

**3. Người bệnh**

- Các xét nghiệm cơ bản phục vụ cho phẫu thuật: công thức máu, nhóm máu, chức năng đông máu, điện tâm đồ, chụp phổi, chụp cắt lớp ổ bụng, giải phẫu bệnh (sinh thiết u, nếu có thể)

- Giải thích cho người bệnh và gia đình người bệnh hiểu, biết trước các nguy cơ bệnh tật cũng cách chăm sóc về sau và đồng ý ký giấy xin phẫu thuật.

- Kháng sinh dự phòng trước phẫu thuật.

- Chuẩn bị kỹ đại tràng trước mổ: thụt tháo, uống thuốc tẩy (Fortrans)

- Dự trù máu (với u to, nguy cơ mất máu nhiều)

**4. Hồ sơ bệnh án:** được bác sỹ gây mê kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:** người bệnh nằm ngửa, đầu hơi cao.

**2. Vô cảm:** gây mê nội khí quản.

**3. Kỹ thuật:**

- Đường rạch: rộng rãi, bọc vết mổ cẩn thận. Đường rạch là đường trắng giữa trên và dưới rốn (có thể kéo dài khi cần, có thể mở thêm đường ngang hay dưới bờ sườn)

- Thăm dò: đây là bước đầu tiên quan trọng trong mổ để đánh giá vị trí xuất phát khối u trên đại thể cũng như tình trạng xâm lấn các tạng xung quanh mà quyết định chiến lược phẫu thuật.

- Phẫu thuật:

+ Phẫu thuật lấy u trong vỏ

+ Phẫu thuật lấy u đơn thuần

+ Phẫu thuật lấy u có hoặc không kèm theo cắt một phần của ruột.

+ Khi u to, xâm lấn vào thành ruột non hay đại tràng, cần phải cắt u kèm theo cắt đoạn ruột non bị xâm lấn và tái lập lưu thông tiêu hóa

- Lau rửa bụng, dẫn lưu, đóng bụng.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

1. Theo dõi

- Theo dõi người bệnh sau phẫu thuật

- Thay băng hàng ngày.

- Cho ăn trở lại với người bệnh phẫu thuật không kèm theo phẫu thuật ống tiêu hóa khi người bệnh có trung tiện.

- Chú ý: thủng tạng, nhồi máu mạc treo để kịp thời xử trí

2. Xử trí

- Chảy máu: khâu kỹ , cầm máu vùng mổ, thận trọng với khối u lớn, nhiều mạch tăng sinh.

- Việc điều trị sau mổ như xạ trị, hóa trị phụ thuộc vào mô bệnh học sau mổ.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Ung bướu, Quyết định số 3338/QĐ-BYT của Bộ Y tế ban hành, 09/09/2013.

2. Sách Bài giảng bệnh học ngoại khoa tập I và tập II- Đại học Y Hà Nội.

## **86. CÁC PHẪU THUẬT TÁ TRÀNG KHÁC**

## **87. CẮT RUỘT THỪA ĐƠN THUẦN**

**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 nặng nề

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

- Là phẫu thuật viên chuyên khoa ngoại tiêu hóa.

**2. Phương tiện:** Dụng cụ mổ mở: bộ phẫu thuật mổ mở trung phẫu, chỉ khâu.

**3. Người bệnh:**

- Được làm đầy đủ các xét nghiệm chuẩn bị cuộc mổ.

- Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng với những trường hợp khó chẩn đoán.

- Được giải thích về quy trình, nguy cơ tai biến của phẫu thuật.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

1. Kiểm tra hồ sơ.

2. Kiểm tra người bệnh.

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: 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.

- 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. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- 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 cặp clip lại

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa – chuyên khoa Phẫu thuật tiêu hóa và phẫu thuật nội soi- Bộ Y tế.

2. Sách Bài giảng bệnh học ngoại khoa tập I và tập II- Đại học Y Hà Nội.

## **88. CẮT RUỘT THỪA, LAU RỬA Ổ BỤNG**

**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**

- Bệnh lý toàn thân nặng không cho phép can thiệp phẫu thuật.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

- Là phẫu thuật viên chuyên khoa ngoại tiêu hóa.

**2. Phương tiện:** Dụng cụ mổ mở: bộ phẫu thuật mổ mở trung phẫu, chỉ khâu.

**3. Người bệnh:**

- Được làm đầy đủ các xét nghiệm chuẩn bị cuộc mổ.

- Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng với những trường hợp khó chẩn đoán.

- Được giải thích về quy trình, nguy cơ tai biến của phẫu thuật.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

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: 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.

- 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 kẹp clip.

- Xử trí gốc ruột thừa: buộc gốc ruột thừa bằng chỉ có thòng lọng chuẩn bị sẵn hoặc buộc bằng hai panh.Có thể kẹp bằng clip.

- Kiểm tra túi thừa Meckel.

- Rửa ổ bụng bằng Nacl 0.9 %.

- 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. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- 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 kẹp clip lại.

- Nhiễm trùng vết mổ. Xử trí: thay băng vết mổ.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa – chuyên khoa Phẫu thuật tiêu hóa và phẫu thuật nội soi- Bộ Y tế.

2. Sách Bài giảng bệnh học ngoại khoa tập I và tập II- Đại học Y Hà Nội.

## **89. CẮT RUỘT THỪA, DẪN LƯU Ổ ÁP XE**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

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

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Viêm ruột thừa cấp không đủ điều kiện mổ nội soi ổ bụng

- Áp xe ruột thừa trong ổ bụng không đủ điều kiện điều trị can thiệp tối thiểu.

- Viêm phúc mạc ruột thừa mà ổ bụng quá bẩn, quá chướng hơi không mổ nội soi được.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Rối loạn đông máu.

- Bệnh lý toàn thân nặng nề.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

- Là phẫu thuật viên chuyên khoa ngoại tiêu hóa.

**2. Phương tiện:** Dụng cụ mổ mở: bộ phẫu thuật mổ mở trung phẫu

**3. Người bệnh:**

- Được làm đầy đủ các xét nghiệm chuẩn bị cuộc mổ.

- Được giải thích về quy trình, nguy cơ tai biến của phẫu thuật.

- Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng với những trường hợp khó chẩn đoán.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

1. Tư thế: người bệnh nằm ngửa và được đặt thông tiểu.

2. Vô cảm: bằng gây tê tủy sống hoặc gây mê nội khí quản, mặt nạ thanh quản tùy mức độ dự kiến của can thiệp, có thể phối hợp gây tê ngoài màng cứng tủy sống để giảm đau sau mổ.

3. Kỹ thuật:

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

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

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

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

**V. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Theo dõi**

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

- Biến chứng áp xe tồn dư trong ổ phúc mạc do xử trí vùng hố chậu phải không triệt để, do biến chứng tại gốc ruột thừa, do rò manh tràng. Áp xe giữa các quai ruột, áp xe tiểu khung đặc biệt là trường hợp sau mổ viêm phúc mạc toàn thể cần theo dõi chặt chẽ. Nếu có nhiễm khuẩn trong ổ bụng phải điều trị kháng sinh, chọc hút dẫn lưu, tách vết mổ dẫn lưu hoặc mổ để loại bỏ nguyên nhân.

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

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

**2. Chăm sóc sau mổ**

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

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

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

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa – chuyên khoa Phẫu thuật tiêu hóa và phẫu thuật nội soi- Bộ Y tế.

2. Sách Bài giảng bệnh học ngoại khoa tập I và tập II- Đại học Y Hà Nội.

## **90. DẪN LƯU ÁP XE RUỘT THỪA**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Dẫn lưu áp xe ruột thừa là phương pháp mổ mở nhằm rất lưu ổ áp xe ruột thừa, không cố gắng cắt bỏ ruột thừa.

- Phương pháp này hiện nay ngày càng ít được áp dụng do có thể dẫn lưu áp xe ruột thừa bằng phẫu thuật nội soi hay dẫn lưu áp xe ruột thừa dưới hướng dẫn của siêu âm hoặc cắt lớp vi tính bụng.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Viêm ruột thừa cấp không đủ điều kiện mổ nội soi ổ bụng

- Áp xe ruột thừa trong ổ bụng không đủ điều kiện điều trị can thiệp tối thiểu.

- Viêm phúc mạc ruột thừa mà ổ bụng quá bẩn, quá chướng hơi không mổ nội soi được.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh lý toàn thân nặng không cho phép can thiệp phẫu thuật.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:** Phẫu thuật viên chuyên khoa ngoại tiêu hóa.

**2. Phương tiện:** Bộ dụng cụ phẫu thuật trung phẫu, chỉ khâu.

**3. Người bệnh:**

- Được làm đầy đủ các xét nghiệm chuẩn bị cuộc mổ.

- Được giải thích về quy trình, nguy cơ tai biến của phẫu thuật.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:** người bệnh nằm ngửa , dạng 2 tay.

**2. Vô cảm:** bằng gây tê tủy sống hoặc gây mê nội khí quản, mặt nạ thanh quản tùy mức độ dự kiến của can thiệp, có thể phối hợp gây tê ngoài màng cứng tủy sống để giảm đau sau mổ.

**3. Kỹ thuật:**

- Rạch da: đường giữa dưới rốn, có thể kéo dài lên trên rốn.

- Gỡ dính hoặc lần theo các quai ruột hồi tràng đến gốc ruột thừa tại đáy manh tràng, nếu ổ áp xe quá chặt không tìm thấy ruột thừa thì không cố gắng phẫu tích tìm ruột thừa.

- Làm sạch ổ áp xe trong ổ bụng do ruột thừa bằng cách hút rửa làm sạch và gỡ hết tổ chức viêm, nếu ổ áp xe dính chặt quá có thể không gỡ nhưng phải dẫn lưu.

- Cố gắng làm sạch tối đa vùng hố chậu phải, tiểu khung, và ổ bụng bằng cách rửa nước muối đẳng trương, lau hút sạch và dẫn lưu đưa ra thành bụng bên phải.

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

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

1. Theo dõi

- Biến chứng áp xe tồn dư trong ổ phúc mạc do xử trí vùng hố chậu phải không triệt để, do biến chứng tại gốc ruột thừa, do rò manh tràng. Áp xe giữa các quai ruột, áp xe tiểu khung đặc biệt là trường hợp sau mổ viêm phúc mạc toàn thể cần theo dõi chặt chẽ.- Nếu có nhiễm khuẩn trong ổ bụng phải điều trị kháng sinh, chọc hút dẫn lưu, tách vết mổ dẫn lưu hoặc mổ để loại bỏ nguyên nhân.

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

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

2. Chăm sóc sau mổ

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

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

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

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa – chuyên khoa Phẫu thuật tiêu hóa và phẫu thuật nội soi- Bộ Y tế.

2. Sách Bài giảng bệnh học ngoại khoa tập I và tập II- Đại học Y Hà Nội.

## **91. CÁC PHẪU THUẬT RUỘT THỪA KHÁC**

## **92. DẪN LƯU HOẶC MỞ THÔNG MANH TRÀNG**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Dẫn lưu hay mở thông manh tràng là thủ thuật đưa manh tràng ra ngoài thành bụng một cách trực tiếp hoặc qua ống dẫn lưu. Trước đây, thủ thuật này thường được chỉ định để giảm áp cho các trường hợp làm miệng nối đại trực tràng thấp nhiều nguy cơ nhưng do có nhiều biến chứng đi kèm mà hiệu quả không cao nên ngày nay, người ta thường dẫn lưu hồi tràng hơn là dẫn lưu manh tràng. Trường hợp được chỉ định nhiều nhất vẫn là viêm ruột thừa hoặc túi thừa manh tràng làm cho thành manh tràng bị mủn, không đảm bảo khi khâu kín.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Viêm ruột thừa hoặc túi thừa manh tràng gây viêm phúc mạc và tổn thương thành manh tràng.

- Giảm áp trong các trường hợp miệng nối đại trực tràng ở thấp.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh lý toàn thân nặng không cho phép can thiệp phẫu thuật.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

- Là phẫu thuật viên chuyên khoa ngoại tiêu hóa.

**2. Phương tiện:**

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tiêu hóa, dao điện, chỉ khâu…

**3. Người bệnh:**

- Được làm đầy đủ các xét nghiệm chuẩn bị cuộc mổ.

- Được giải thích về quy trình, nguy cơ tai biến của phẫu thuật.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:** Người bệnh nằm ngửa. Đường mổ trắng giữa dưới rốn hoặc trắng bên bên phải

**2. Vô cảm:** Gây mê toàn thân

**3. Kỹ thuật:**

- Bước 1: Thăm dò và đánh giá thương tổn bằng cách quan sát.

- Bước 2: Di động đại tràng phải, manh tràng và đoạn cuối hồi tràng

- Bước 3: Xử lý thương tổn (cắt ruột thừa, túi thừa… hoặc cắt u, đoạn đại tràng, làm miệng nối).

- Bước 4: Đánh giá tình trạng thành manh tràng và lựa chọn vị trí thuận lợi để dẫn lưu hay mở thông. Có thể sử dụng ngay gốc ruột thừa.

- Bước 5: Đưa manh tràng ra thành bụng, cố định thành manh tràng vào cân cơ thành bụng bằng các mũi chỉ rời.

- Bước 6: Cố định dẫn lưu / niêm mạc manh tràng vào thành bụng.

- Bước 7: Đóng bụng theo các lớp giải phẫu

**VI. THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ CÁC TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG**

**1. Theo dõi:**

- Chảy máu: Theo dõi mạch, huyết áp, nhiệt độ, toàn trạng và tình trạng bụng, số lượng và màu sắc dịch dẫn lưu ít nhất 2h/lần trong 24h đầu.

- Nhiễm trùng: Theo dõi toàn trạng, dấu hiệu nhiễm trùng toàn thân hoặc tại chỗ. Nguyên nhân nhiễm trùng có thể từ vết mổ hoặc do rò, tụt vị trí cố định manh tràng.

**2. Tai biến và xử trí:**

- Điều trị bảo tồn: cần cân nhắc và theo dõi sát tại cơ sở ngoại khoa.

+ Kháng sinh toàn thân

+ Dinh dưỡng tích cực

- Phẫu thuật: Quyết định mổ lại sớm khi nghi ngờ chảy máu hoặc có dấu hiệu viêm phúc mạc toàn thể.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa – chuyên khoa Phẫu thuật tiêu hóa và phẫu thuật nội soi- Bộ Y tế.

2. Sách Bài giảng bệnh học ngoại khoa tập I và tập II- Đại học Y Hà Nội.

## **93. KHÂU LỖ THỦNG ĐẠI TRÀNG**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Phẫu thuật khâu lỗ thủng đại tràng là phẫu thuật mở khâu lỗ thủng đại tràng có thể do chấn thương hoặc bệnh lý.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Những lỗ thủng đại tràng do chấn thương hoặc bệnh lý mà lỗ thủng không quá to, ổ bụng tương đối sạch, khả năng khâu không xì bục.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:**

- Bệnh lý toàn thân nặng không cho phép can thiệp phẫu thuật.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:** Phẫu thuật viên chuyên khoa ngoại tiêu hoá.

**2. Phương tiện:** Bộ dụng cụ phẫu thuật trung phẫu, chỉ khâu.

**3. Người bệnh:**

- Được làm đầy đủ các xét nghiệm chuẩn bị cuộc mổ.

- Được giải thích về quy trình, nguy cơ tai biến của phẫu thuật.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm:** gây mê toàn thể với nội khí quản.

**2. Tư thế:** người bệnh nằm ngửa, dạng 2 tay. Vị trí của phẫu thuật viên, người phụ, dụng cụ viên tuỳ vị trí tổn thương.

**3. Kỹ thuật:**

- Rạch da: mở bụng đường giữa trên, dưới rốn tùy vị trí lỗ thủng đại tràng

- Thăm dò và đánh giá tổn thương:

+ Những lỗ thủng không quá to, ổ bụng tương đối sạch, khả năng khâu không xì bục: Tiến hành khâu lỗ thủng đại tràng bằng các mũi rời 1 lớp hoặc 2 lớp trong vắt ngoài rời, dùng chỉ Vicryl 3.0 hoặc 4.0.

+ Có thể mở thông hồi tràng để bảo vệ chỗ khâu

- Lau rửa sạch ổ bụng

- Đặt dẫn lưu ổ bụng, đóng bụng.

**VI. THEO DÕI CÁC TAI BIẾN-BIẾN CHỨNG VÀ NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ**

- Chảy máu trong ổ bụng: thường trong 48h đầu hoặc những ngày tiếp theo. Chảy máu đỏ tươi, số lượng nhiều qua dẫn lưu, toàn trạng thay đổi (nhợt, lo âu, mạch nhanh, huyết áp hạ) cần mổ lại kiểm tra, cầm máu.

- Theo dõi áp xe tồn dư, theo dõi tình trạng bục miệng nối, nhiễm trùng vết mổ để có chỉ định can thiệp kịp thời.

- Theo dõi tình trạng chung: viêm phổi…

- Truyền dịch: tính đủ năng lượng, lượng dịch vào cho từng người bệnh cụ thể.

- Kháng sinh: sử dụng kháng sinh dự phòng hoặc sử dụng kháng sinh điều trị khi có chỉ định, tùy thuộc hoàn cảnh cụ thể.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa – chuyên khoa Phẫu thuật tiêu hóa và phẫu thuật nội soi- Bộ Y tế.

2. Sách Bài giảng bệnh học ngoại khoa tập I và tập II- Đại học Y Hà Nội.

## **94. CẮT TÚI THỪA ĐẠI TRÀNG**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Túi thừa đại tràng là những cấu trúc dạng túi phát triển trong thành của đại tràng. Do thành đại tràng yếu so với các vị trí khác, hay gặp ở đại tràng sigma, đại tràng trái, manh tràng và cũng có thể gặp ở toàn bộ đại tràng.

- Điều trị nội là chủ yếu và chỉ phẫu thuật khi có biến chứng.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Thủng đại tràng do túi thừa.

- Áp xe quanh đại tràng

- Chảy máu do túi thừa

- Tắc: hẹp đại tràng, gây dính ruột

- Khối viêm giả u.

- Rò: bàng quang, âm đạo, ruột, da...

- Điều trị nội khoa không kết quả.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh lý toàn thân nặng không cho phép can thiệp phẫu thuật.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

- Phẫu thuật viên chuyên khoa ngoại tiêu hoá.

**2. Phương tiện:** Bộ dụng cụ đại phẫu, chỉ khâu, máy cắt nối…

**3. Người bệnh:**

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những 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

- Nhịn ăn, thụt tháo, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân, kháng sinh dự phòng (trừ trường hợp mổ cấp cứu).

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:** người bệnh nằm ngửa

**2. Vô cảm:** gây mê nội khí quản.

**3. Kỹ thuật:**

- Đường vào ổ bụng: theo một trong những đường sau tuỳ thuộc vào túi thừa nằm ở bên phải hay bên trái của đại tràng:

- Kiểm tra thương tổn, toàn bộ đại - trực tràng và các cơ quan trong ổ bụng.

- Phẫu tích đại tràng khỏi khỏi tổ chức dính

- Cắt và buộc động mạch và tĩnh mạch:

- Cắt nối đại tràng: dùng máy nối hay khâu tay

- Trong trường hợp đánh giá tình trạng thương tổn, điều kiện toàn thân hay phương tiện không cho phép nên đưa hai đầu ra thành bụng là hậu môn nhân tạo hay phẫu thuật kiểu Hartmann.

- Dẫn lưu: nên đặt dẫn lưu (dưới gan, Douglas, hoặc hố lách tuỳ tổn thương ở đại tràng trái hay phải).

- Đóng bụng: đóng một, hai hay ba lớp tuỳ theo thói quen và kinh nghiệm của phẫu thuật viên. Nếu vết mổ có nguy cơ bị nhiễm khuẩn thì đóng một lớp.

**VI. THEO DÕI CÁC TAI BIẾN-BIẾN CHỨNG VÀ NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ**

- Chảy máu trong ổ bụng: thường trong 48h đầu hoặc những ngày tiếp theo. Chảy máu đỏ tươi, số lượng nhiều qua dẫn lưu, toàn trạng thay đổi (nhợt, lo âu, mạch nhanh, huyết áp hạ) cần mổ lại kiểm tra, cầm máu.

- Theo dõi áp xe tồn dư, theo dõi tình trạng bục miệng nối, nhiễm trùng vết mổ để có chỉ định can thiệp kịp thời.

- Theo dõi tình trạng chung: viêm phổi…

- Truyền dịch: tính đủ năng lượng, lượng dịch vào cho từng người bệnh cụ thể.

- Kháng sinh: sử dụng kháng sinh dự phòng hoặc sử dụng kháng sinh điều trị khi có chỉ định, tùy thuộc hoàn cảnh cụ thể.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa – chuyên khoa Phẫu thuật tiêu hóa và phẫu thuật nội soi- Bộ Y tế.

2. Sách Bài giảng bệnh học ngoại khoa tập I và tập II- Đại học Y Hà Nội.

## **95. CẮT ĐOẠN ĐẠI TRÀNG , NỐI NGAY**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Cắt đoạn đại tràng, nối ngay là phẫu thuật cắt bỏ một đoạn đại tràng, thực hiện miệng nối ruột ngay thì đầu.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Những tổn thuơng ở khung đại tràng như u đại tràng mà được chuẩn bị đại tràng sạch, việc nối ngay 2 đầu đại tràng đảm bảo việc không xì bục miệng nối.

- Những tổn thương như vết thương, chấn thương ở đại tràng, tắc ruột do u đại tràng cũng có thể cắt đoạn đại tràng nối ngay nếu tình trạng 2 đầu đại tràng được làm sạch, ổ bụng sạch sẽ, ít nguy cơ xì bục miệng nối.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh lý toàn thân nặng không cho phép can thiệp phẫu thuật.

- Ung thư đã di căn xa, vào các tạng lân cận, đặc biệt là phúc mạc không có khả năng cắt bỏ.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

- Phẫu thuật viên chuyên khoa ngoại tiêu hóa, ung bướu.

**2. Phương tiện:**

- Bộ dụng cụ mổ mở đại phẫu tiêu hóa, chỉ khâu, dao điện, dao siêu âm nếu có.

**3. Người bệnh:**

- Được làm đầy đủ các xét nghiệm chuẩn bị cuộc mổ.

- Được giải thích về quy trình, nguy cơ tai biến của phẫu thuật.

- Với những trường hợp mổ theo kế hoạch: vệ sinh sạch sẽ, ăn nhẹ đến 22h ngày hôm trước, chuẩn bị đại tràng sạch ,sáng ngày mổ: nhịn ăn uống, kháng sinh dự phòng

**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. Tư thế:** bệnh nhân nằm ngửa, dạng 2 tay.

**2. Vô cảm:** gây mê nội khí quản.

**3. Kỹ thuật:**

- Rạch da: đường trắng giữa dưới rốn, có thể kéo dài lên trên rốn.

- Thăm dò đánh giá thương tổn và toàn bộ ổ bụng.

- Cắt đoạn đại tràng tổn thương:

+ Giải phóng đoạn đại tràng cần cắt bỏ.

+ Cặp cắt các mạc máu nuôi đoạn đại tràng.

+ Xác định đoạn đại tràng cần cắt: tùy vào tổn thương do ung thư hay do tổn thương khác mà cắt đoạn đại tràng cho hợp lý nhất.

- Lập lại lưu thông tiêu hóa ngay:

+ Nếu đã được chuẩn bị đại tràng trước mổ: thực hiện miệng nối ngay bằng 1 lớp hoặc 2 lớp bằng các mũi chỉ Vicryl 3.0 hoặc 4.0.

+ Nếu trường hợp mổ cấp cứu: cần làm sạch phân trong 2 đầu đại tràng còn lại, chuẩn bị 2 đầu đại tràng sạch để đảm bảo việc khâu nối ngay không bị xì bục miệng nối. Thực hiện miệng nối 1 lớp hoặc 2 lớp bằng các mũi chỉ Vicryl 3.0 hoặc 4.0.

- Có thể mở thông hồi tràng phía trên miệng nối để bảo vệ miệng nối.

- Lau rửa sạch ổ bụng, dẫn lưu ổ bụng, đóng bụng: 2 hoặc 3 lớp.

**VI. THEO DÕI CÁC TAI BIẾN-BIẾN CHỨNG VÀ NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ**

- Chảy máu trong ổ bụng: thường trong 48h đầu hoặc những ngày tiếp theo. Chảy máu đỏ tươi, số lượng nhiều qua dẫn lưu, toàn trạng thay đổi (nhợt, lo âu, mạch nhanh, huyết áp hạ) cần mổ lại kiểm tra, cầm máu.

- Theo dõi áp xe tồn dư, theo dõi tình trạng xì bục miệng nối, nhiễm trùng vết mổ, theo dõi hậu môn nhân tạo để có chỉ định can thiệp kịp thời.

- Theo dõi tình trạng chung: viêm phổi…

- Truyền dịch: tính đủ năng lượng, lượng dịch vào cho từng người bệnh cụ thể.

- Kháng sinh: sử dụng kháng sinh dự phòng hoặc sử dụng kháng sinh điều trị khi có chỉ định, tùy thuộc hoàn cảnh cụ thể.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa – chuyên khoa Phẫu thuật tiêu hóa và phẫu thuật nội soi- Bộ Y tế.

2. Sách Bài giảng bệnh học ngoại khoa tập I và tập II- Đại học Y Hà Nội.

## **96. CẮT ĐOẠN ĐẠI TRÀNG, ĐƯA 2 ĐẦU ĐẠI TRÀNG RA NGOÀI**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Cắt đoạn đại tràng, đưa 2 đầu đại tràng ra ngoài là phẫu thuật mở cắt đoạn đại tràng bị tổn thương, 2 đầu đại tràng còn lại không thể nối được ngay mà đưa ra ngoài để đảm bảo an toàn cho cuộc mổ.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Trong các trường hợp cắt đoạn đại tràng mà đoạn đại tràng bẩn, hoại tử nhiều, có nguy cơ bục miệng nối cần đưa 2 đầu đại tràng ra ngoài làm hậu môn nhân tạo

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh lý toàn thân nặng không cho phép can thiệp phẫu thuật.

- Ung thư đã di căn xa, vào các tạng lân cận, đặc biệt là phúc mạc không có khả năng cắt bỏ.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

- Phẫu thuật viên chuyên khoa ngoại tiêu hóa, ung bướu.

**2. Phương tiện:**

- Bộ dụng cụ mổ mở đại phẫu tiêu hóa, chỉ khâu, dao điện, dao siêu âm nếu có.

**3. Người bệnh:**

- Được làm đầy đủ các xét nghiệm chuẩn bị cuộc mổ.

- Được giải thích về quy trình, nguy cơ tai biến của phẫu thuật.

**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. Tư thế:** bệnh nhân nằm ngửa, dạng 2 tay.

**2. Vô cảm:** gây mê nội khí quản.

**3. Kỹ thuật:**

- Rạch da: đường trắng giữa dưới rốn, có thể kéo dài lên trên rốn.

- Thăm dò đánh giá thương tổn và toàn bộ ổ bụng.

- Cắt đoạn đại tràng tổn thương:

+ Giải phóng đoạn đại tràng cần cắt bỏ.

+ Cặp cắt các mạc máu nuôi đoạn đại tràng.

+ Xác định đoạn đại tràng cần cắt: tùy vào tổn thương do ung thư hay do tổn thương khác mà cắt đoạn đại tràng cho hợp lý nhất

- Đưa 2 đầu đại tràng ra ngoài, làm hậu môn nhân tạo ở 1 vị trí hoặc 2 vị trí riêng biệt trên thành bụng.

- Khâu mạc treo, kiểm tra xem hậu môn nhân tạo không bị căng, nuôi dưỡng tốt.

- Lau rửa sạch ổ bụng, dẫn lưu ổ bụng, đóng bụng: 2 hoặc 3 lớp.

**VI. THEO DÕI CÁC TAI BIẾN-BIẾN CHỨNG VÀ NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ**

- Chảy máu trong ổ bụng: thường trong 48h đầu hoặc những ngày tiếp theo. Chảy máu đỏ tươi, số lượng nhiều qua dẫn lưu, toàn trạng thay đổi (nhợt, lo âu, mạch nhanh, huyết áp hạ) cần mổ lại kiểm tra, cầm máu.

- Theo dõi áp xe tồn dư, theo dõi tình trạng nhiễm trùng vết mổ, theo dõi hậu môn nhân tạo để có chỉ định can thiệp kịp thời.

- Theo dõi tình trạng chung: viêm phổi…

- Truyền dịch: tính đủ năng lượng, lượng dịch vào cho từng người bệnh cụ thể.

- Kháng sinh: sử dụng kháng sinh dự phòng hoặc sử dụng kháng sinh điều trị khi có chỉ định, tùy thuộc hoàn cảnh cụ thể.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa – chuyên khoa Phẫu thuật tiêu hóa và phẫu thuật nội soi- Bộ Y tế.

2. Sách Bài giảng bệnh học ngoại khoa tập I và tập II- Đại học Y Hà Nội.

## **97. CẮT ĐOẠN TRỰC TRÀNG , ĐÓNG ĐẦU DƯỚI ĐƯA ĐẦU TRÊN RA NGOÀI KIỂU HARTMANN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Cắt đoạn trực tràng, đóng đầu dưới đưa đầu trên ra ngoài kiểu Hartmann là phẫu thuật cắt bỏ một đoạn trực tràng, đầu đại tràng phía trên được đưa ra ngoài làm hậu môn nhân tạo, đầu dưới đóng lại làm mỏm tận trực tràng.

- Phẫu thuật này ngày càng ít được áp dụng, thường chỉ còn được chỉ định cho các trường hợp cắt u trực tràng để cấp cứu do tắc ruột hoặc ở bệnh nhân già yếu, người cao tuổi.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Thường áp dụng cho trường hợp mổ cấp cứu tắc ruột do u trực tràng ở những bệnh nhân già yếu không đảm bảo cho việc thực hiện miệng nối ruột ngay.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh lý toàn thân nặng không cho phép can thiệp phẫu thuật.

- Ung thư đã di căn xa, vào các tạng lân cận, đặc biệt là phúc mạc không có khả năng cắt bỏ.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

- Phẫu thuật viên chuyên khoa ngoại tiêu hóa, ung bướu.

**2. Phương tiện:**

- Bộ dụng cụ mổ mở đại phẫu tiêu hóa, chỉ khâu, dao điện, dao siêu âm nếu có.

**3. Người bệnh:**

- Được làm đầy đủ các xét nghiệm chuẩn bị cuộc mổ.

- Được giải thích về quy trình, nguy cơ tai biến của phẫu thuật.

- Với những trường hợp mổ theo kế hoạch: vệ sinh sạch sẽ, ăn nhẹ đến 22h ngày hôm trước, chuẩn bị đại tràng sạch ,sáng ngày mổ: nhịn ăn uống, kháng sinh dự phòng

**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. Tư thế:** bệnh nhân nằm ngửa, dạng 2 tay.

**2. Vô cảm:** gây mê nội khí quản.

**3. Kỹ thuật:**

- Rạch da: đường trắng giữa dưới rốn, có thể kéo dài lên trên rốn.

- Thăm dò đánh giá thương tổn và toàn bộ ổ bụng.

- Cắt đoạn đại tràng xích ma - trực tràng:

\* Giải phóng đại tràng xích ma – trực tràng:

+ Rạch mở phúc mạc bắt đầu từ bên trái. Phẫu tích giải phóng đại tràng xích ma – trực tràng khỏi phúc mạc thành sau - bên trái theo một nếp rãnh tạo bởi phúc mạc tiểu khung và mạc treo trực tràng. Đường phẫu tích đi từ trên xuống dưới, từ trái sang phải, từ trước ra sau. Diện phẫu tích đi đúng vào khoảng vô mạch nằm giữa lớp cân sau mạc treo trực tràng và mặt trước xương cùng cụt (thường không chảy máu). Khi phẫu tích cần thấy và bộc lộ rõ niệu quản, động mạch chậu trái. Phẫu tích tới sàn chậu (mặt trên khối cơ nâng hậu môn) thì dừng lại, khi đó cũng thấy rõ mạch trực tràng trên, kéo nâng lên ra phía trước.

+ Cắt mở bờ phải mạc treo đại tràng xích ma - trực tràng: xác định rõ niệu quản phải. Rạch một đường đánh dấu từ bờ phải mạc treo đại tràng xích ma (nơi dự kiến thắt gốc mạch mạc treo trực tràng) theo đường rãnh tạo bởi mạc treo trực tràng và nếp phúc mạc tiểu khung bên phải vòng qua mặt trước trực tràng (điểm thấp nhất túi cùng Douglas). Phẫu tích trực tràng từ trên xuống dưới, từ trước ra sau. Thường rất dễ dàng, chỉ cần mở mạc treo phẫu tích nhẹ nhàng ta sẽ gặp đường phẫu tích từ phía bên trái.

+ Phẫu tích giải phóng mạc treo trực tràng phía sau: người phụ dùng panh cặp vào đoạn trực tràng phía trước (đoạn sẽ cắt bỏ) kéo trực tràng nâng lên, đặt van sâu bộc lộ rõ mặt sau mạc treo trực tràng. Phẫu tích giải phóng mạc treo trực tràng đúng lớp vô mạc nằm giữa cân sau mạc treo trực tràng và mặt trước xương cùng cụt. Thường ít chảy máu. Tuy nhiên, không được phẫu tích quá thô bạo, tránh thương tổn rách tĩnh mạch trước xương cùng, rất khó cầm máu. Tùy theo có cắt toàn bộ hay một phần mạc treo trực tràng mà dừng lại cho thích hợp. Trong trường hợp cần cắt toàn bộ mạc treo trực tràng (áp dụng cho ung thư trực tràng 1/3 giữa và 1/3 dưới) thì mặt sau phẫu tích đến hết mạc treo tới mặt trên khối cơ nâng, sát lớp cơ vòng hậu môn.

+ Phẫu tích mặt trước trực tràng: nối liền 2 điểm phẫu tích trực tràng bên phải và bên trái. Phẫu tích tách trực tràng khỏi bàng quang, tuyến tiền liệt, hai túi tinh ở nam (tử cung, âm đạo ở nữ) vừa đủ để cắt dưới u 4cm.

Như vậy, toàn bộ trực tràng và đoạn thấp đại tràng xích ma đã được giải phóng khỏi phúc mạc thành sau và tiểu khung.

\* Cắt đoạn đại tràng xích ma – trực tràng:

+ Xác định điểm cắt trực tràng dưới u ít nhất 2 cm. Phẫu tích cắt mạc treo trực tràng: điểm khởi phát thường bắt đầu từ bờ trái. Dùng kẹp phẫu tích tách mạc treo khỏi lớp cơ trực tràng, từ điểm này có thể dùng dao siêu âm cắt bóc lớp mạc treo trực tràng theo một vòng từ bờ trái ra phía sau, sang phải (ngược chiều kim đồng hồ). Cũng tương tự cách phẫu tích như vậy sẽ cắt lớp mạc treo khỏi thành trực tràng bên phải. Trong trường hợp không có dao siêu âm thì phối hợp cắt đốt bằng dao điện với dùng panh kẹp cắt và buộc chỉ.

+ Cắt trực tràng: chú ý khâu các mũi treo trực tràng, cầm máu tỉ mỉ, cắt trực tràng thật cân đối.

+ Cắt đại tràng xích ma: cặp cắt mạch mạc treo tràng trên (trong một số trường hợp cần thiết, có thể cặp cắt ở thì ngay sau giải phóng bờ phải mạc treo trực tràng). Cắt một phần đại tràng xích ma ước lượng sao cho còn đủ để đưa ra ngoài làm hậu môn nhân tạo ở hố chậu trái.

- Đóng mỏm cắt trực tràng phía dưới, đưa đoạn đại tràng phía trên ra làm hậu môn nhân tạo kiểu Hartmann.

- Khâu mạc treo, kiểm tra xem hậu môn nhân tạo không bị căng, nuôi dưỡng tốt.

- Lau sạch ổ bụng, dẫn lưu ổ bụng, đóng bụng: 2 hoặc 3 lớp.

**VI. THEO DÕI CÁC TAI BIẾN-BIẾN CHỨNG VÀ NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ**

- Chảy máu trong ổ bụng: thường trong 48h đầu hoặc những ngày tiếp theo. Chảy máu đỏ tươi, số lượng nhiều qua dẫn lưu, toàn trạng thay đổi (nhợt, lo âu, mạch nhanh, huyết áp hạ) cần mổ lại kiểm tra, cầm máu.

- Theo dõi áp xe tồn dư, theo dõi tình trạng bục miệng nối, nhiễm trùng vết mổ để có chỉ định can thiệp kịp thời.

- Theo dõi tình trạng chung: viêm phổi…

- Truyền dịch: tính đủ năng lượng, lượng dịch vào cho từng người bệnh cụ thể.

- Kháng sinh: sử dụng kháng sinh dự phòng hoặc sử dụng kháng sinh điều trị khi có chỉ định, tùy thuộc hoàn cảnh cụ thể.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa – chuyên khoa Phẫu thuật tiêu hóa và phẫu thuật nội soi- Bộ Y tế.

2. Sách Bài giảng bệnh học ngoại khoa tập I và tập II- Đại học Y Hà Nội

## **98. CẮT MANH TRÀNG VÀ ĐOẠN CUỐI HỒI TRÀNG**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Cắt manh tràng và đoạn cuối hồi tràng là phẫu thuật mở cắt bỏ manh tràng, đoạn cuối hồi tràng khoảng 10-15 cm.Lập lại lưu thông đường tiêu hóa bằng nối hồi tràng với đại tràng lên.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Những tổn thương ở manh tràng và hồi tràng như: Lồng hồi- manh tràng hoại tử hay tổn thương ở cả manh tràng và đoạn cuối hồi tràng mà không có khả năng khâu bảo tổn được phải cắt bỏ cả hai.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Thể trạng người bệnh quá yếu, cần hồi sức tích cực trước phẫu thuật.

- Ung thư ở manh tràng, ung thư di căn xa.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Phẫu thuật viên chính là bác sĩ chuyên khoa ngoại tiêu hóa

**2. Phương tiện:** bộ đại phẫu tiêu hóa, các phương tiện cần có kèm theo như dao điện, dao mổ siêu âm, phương tiện khâu nối máy.

**3. Người bệnh**

- Được làm đầy đủ các xét nghiệm chuẩn bị cuộc mổ.

- Được giải thích về quy trình, nguy cơ tai biến của phẫu thuật.

- Với những trường hợp mổ theo kế hoạch: vệ sinh sạch sẽ, ăn nhẹ đến 22h ngày hôm trước, thụt tháo phân sạch ,sáng ngày mổ: nhịn ăn uống, kháng sinh dự phòng

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:** Bệnh nhânnằm ngửa, dạng 2 tay

**2. Vô cảm:** gây mê nội khí quản

**3. Kỹ thuật:**

- Rạch da: đường trắng giữa trên và dưới rốn.

- Thăm dò đánh giá thương tổn và toàn bộ ổ bụng.

- Cắt đoạn cuối hồi tràng- manh tràng:

+ Giải phóng manh tràng, đại tràng lên.

+ Cắt đoạn cuối hồi tràng, manh tràng và mạc treo tương ứng.

- Lập lại lưu thông đường tiêu hóa: Thực hiện bằng miệng nối hồi tràng – đại tràng lên với chỉ không tiêu hoặc tiêu chậm 4.0 hoặc 3.0

- Lau rửa, dẫn lưu ổ bụng, đóng bụng: 2 hoặc 3 lớp.

**VI. THEO DÕI CÁC TAI BIẾN-BIẾN CHỨNG VÀ NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ**

- Chảy máu trong ổ bụng: thường trong 48h đầu hoặc những ngày tiếp theo. Chảy máu đỏ tươi, số lượng nhiều qua dẫn lưu, toàn trạng thay đổi (nhợt, lo âu, mạch nhanh, huyết áp hạ) cần mổ lại kiểm tra, cầm máu.

- Theo dõi áp xe tồn dư, theo dõi tình trạng bục miệng nối, nhiễm trùng vết mổ để có chỉ định can thiệp kịp thời.

- Theo dõi tình trạng chung: viêm phổi…

- Truyền dịch: tính đủ năng lượng, lượng dịch vào cho từng người bệnh cụ thể.

- Kháng sinh: sử dụng kháng sinh dự phòng hoặc sử dụng kháng sinh điều trị khi có chỉ định, tùy thuộc hoàn cảnh cụ thể.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa – chuyên khoa Phẫu thuật tiêu hóa và phẫu thuật nội soi- Bộ Y tế.

2. Sách Bài giảng bệnh học ngoại khoa tập I và tập II- Đại học Y Hà Nội.

## **99. CẮT ĐẠI TRÀNG PHẢI HOẶC ĐẠI TRÀNG TRÁI NỐI NGAY**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Cắt đại tràng phải hoặc đại tràng trái nối ngay là phẫu thuật mở cắt đại tràng phải hoặc đại trái bị tổn thương, lập lại lưu thông tiêu hóa bằng miệng nối hồi- đại tràng hoặc đại- trực tràng.

**II. CHỈ ĐỊNH**

1. Chỉ định mổ cắt đại tràng phải:

- Thường áp dụng nhất cho các trường hợp u ở đại tràng từ van hồi - manh tràng đến đại tràng góc gan.

- Một số trường hợp khác: lao hồi manh tràng, polyp ung thư hóa, xoắn đại tràng, lồng ruột hoại tử, khối u ở sau phúc mạc hay mạc treo đại tràng, vết thương hoặc chấn thương đại tràng không có khả năng bảo tồn.

2. Chỉ định mổ cắt đại tràng trái:

- Thường áp dụng nhất cho các trường hợp u bên trái đại tràng ngang, u đại tràng góc lách, đại tràng xuống.

- Một số trường hợp khác: polyp ung thư hóa, xoắn đại tràng, lồng ruột hoại tử, khối u ở sau phúc mạc hay mạc treo đại tràng, vết thương hoặc chấn thương đại tràng không có khả năng bảo tồn.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh lý toàn thân nặng không cho phép can thiệp phẫu thuật.

- Ung thư đã di căn xa, vào các tạng lân cận, đặc biệt là phúc mạc không có khả năng cắt bỏ.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

- Phẫu thuật viên chuyên khoa ngoại tiêu hóa hoặc ung bướu.

**2. Phương tiện:**

- Bộ dụng cụ mổ mở đại phẫu tiêu hóa, chỉ khâu, dao điện, dao siêu âm nếu có.

**3. Người bệnh:**

- Được làm đầy đủ các xét nghiệm chuẩn bị cuộc mổ.

- Được giải thích về quy trình, nguy cơ tai biến của phẫu thuật.

- Với những trường hợp mổ theo kế hoạch: vệ sinh sạch sẽ, ăn nhẹ đến 22h ngày hôm trước, chuẩn bị đại tràng sạch ,sáng ngày mổ: nhịn ăn uống, kháng sinh dự phòng.

**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. Tư thế:** bệnh nhân nằm ngửa, dạng 2 tay.

**2. Vô cảm:** gây mê nội khí quản.

**3. Kỹ thuật:**

3.1 Kỹ thuật cắt đại tràng phải:

- Rạch da: đường trắng giữa trên và dưới rốn.

- Thăm dò đánh giá thương tổn và toàn bộ ổ bụng. Thận trọng trước khi quyết định cắt đại tràng nếu thấy tổn thương thâm nhiễm vào dạ dày, khối tá tụy hoặc thành bụng sau.

- Cắt đại tràng:

+ Buộc thắt 2 đầu ruột: đầu trên (hồi tràng) cách góc hồi manh tràng từ 10cm đến 15cm; đầu dưới (đại tràng ngang).

+ Giải phóng đại tràng bắt đầu từ góc manh tràng, đại tràng lên… cho đến nửa đại tràng phải. Cần bộc lộ rõ tá tràng, tĩnh mạch chủ dưới, niệu quản để tránh làm tổn thương đến các cơ quan này.

+ Cắt mạc treo đại tràng, hồi tràng. Đối với ung thư cần cắt các mạch máu sát gốc để lấy hết các hạch, các hạch này cần được ghi chú riêng từng vị trí để thử giải phẫu bệnh.

+ Cắt hồi tràng và đại tràng ngang ở chỗ đã được buộc.

- Lập lại lưu thông đường tiêu hóa:

+ Miệng nối hồi - đại tràng ngang với chỉ không tiêu hoặc tiêu chậm 4.0 hoặc 3.0 kiểu tận – tận, tận – bên hoặc bên – bên. Có thể sử dụng máy cắt nối nếu có điều kiện.

-Dẫn lưu dưới gan – rãnh đại tràng phải.

- Đóng bụng: 2 hoặc 3 lớp.

3.2 Kỹ thuật cắt đại tràng trái, nối ngay:

- Rạch da: đường trắng giữa trên và dưới rốn.

- Thăm dò đánh giá thương tổn và toàn bộ ổ bụng. Thận trọng trước khi quyết định cắt đại tràng nếu thấy tổn thương thâm nhiễm vào dạ dày, tụy, niệu quản hoặc thành bụng sau.

- Cắt đại tràng:

+ Giải phóng đại tràng ngang, đại tràng góc lách, đại tràng xuống và đại tràng xích ma.

+ Cắt mạc treo đại tràng, lấy hết các hạch, các hạch này cần được ghi chú riêng từng vị trí để thử giải phẫu bệnh.

- Lập lại lưu thông đường tiêu hóa có thể:

+ Được thực hiện ngay bằng miệng nối đại tràng – trực tràng với chỉ không tiêu hoặc tiêu chậm Vicryl 4.0 hoặc 3.0.

- Dẫn lưu rãnh đại tràng trái, Douglas.

- Đóng bụng: 2 hoặc 3 lớp.

**VI. THEO DÕI CÁC TAI BIẾN-BIẾN CHỨNG VÀ NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ**

- Chảy máu trong ổ bụng: thường trong 48h đầu hoặc những ngày tiếp theo. Chảy máu đỏ tươi, số lượng nhiều qua dẫn lưu, toàn trạng thay đổi (nhợt, lo âu, mạch nhanh, huyết áp hạ) cần mổ lại kiểm tra, cầm máu.

- Theo dõi áp xe tồn dư, theo dõi tình trạng nhiễm trùng vết mổ, theo dõi xì bục miệng nối để có chỉ định can thiệp kịp thời.

- Theo dõi tình trạng chung: viêm phổi…

- Truyền dịch: tính đủ năng lượng, lượng dịch vào cho từng người bệnh cụ thể.

- Kháng sinh: sử dụng kháng sinh dự phòng hoặc sử dụng kháng sinh điều trị khi có chỉ định, tùy thuộc hoàn cảnh cụ thể.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa – chuyên khoa Phẫu thuật tiêu hóa và phẫu thuật nội soi- Bộ Y tế.

2. Sách Bài giảng bệnh học ngoại khoa tập I và tập II- Đại học Y Hà Nội.

## **100. CẮT ĐẠI TRÀNG PHẢI HOẶC ĐẠI TRÀNG TRÁI, ĐƯA 2 ĐẦU RUỘT RA NGOÀI**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Cắt đại tràng phải hoặc đại tràng trái nối ngay là phẫu thuật mở cắt đại tràng phải hoặc đại trái bị tổn thương, không lập lại lưu thông tiêu hóa ngay mà đưa 2 đầu ruột ra ngoài.

- Phẫu thuật thường áp dụng khi 2 đoạn ruột còn lại không thể nối được ngay do những nguy cơ xì bục miệng nối hoặc không thể nối được do những nguyên nhân khác.

**II. CHỈ ĐỊNH**

1. Chỉ định mổ cắt đại tràng phải:

- Thường áp dụng nhất cho các trường hợp u ở đại tràng từ van hồi - manh tràng đến đại tràng góc gan.

- Một số trường hợp khác: lao hồi manh tràng, polyp ung thư hóa, xoắn đại tràng, lồng ruột hoại tử, khối u ở sau phúc mạc hay mạc treo đại tràng, vết thương hoặc chấn thương đại tràng không có khả năng bảo tồn.

2. Chỉ định mổ cắt đại tràng trái:

- Thường áp dụng nhất cho các trường hợp u bên trái đại tràng ngang, u đại tràng góc lách, đại tràng xuống.

- Một số trường hợp khác: polyp ung thư hóa, xoắn đại tràng, lồng ruột hoại tử, khối u ở sau phúc mạc hay mạc treo đại tràng, vết thương hoặc chấn thương đại tràng không có khả năng bảo tồn.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh lý toàn thân nặng không cho phép can thiệp phẫu thuật.

- Ung thư đã di căn xa, vào các tạng lân cận, đặc biệt là phúc mạc không có khả năng cắt bỏ.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

Phẫu thuật viên chuyên khoa ngoại tiêu hóa hoặc ung bướu.

**2. Phương tiện:**

- Bộ dụng cụ mổ mở đại phẫu tiêu hóa, chỉ khâu, dao điện, dao siêu âm nếu có.

**3. Người bệnh:**

- Được làm đầy đủ các xét nghiệm chuẩn bị cuộc mổ.

- Được giải thích về quy trình, nguy cơ tai biến của phẫu thuật.

- Với những trường hợp mổ theo kế hoạch: vệ sinh sạch sẽ, ăn nhẹ đến 22h ngày hôm trước, chuẩn bị đại tràng sạch ,sáng ngày mổ: nhịn ăn uống, kháng sinh dự phòng.

**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. Tư thế:** bệnh nhân nằm ngửa, dạng 2 tay.

**2. Vô cảm:** gây mê nội khí quản.

**3. Kỹ thuật:**

3.1 Kỹ thuật cắt đại tràng phải, đưa 2 đầu ruột ra ngoài.

- Rạch da: đường trắng giữa trên và dưới rốn.

- Thăm dò đánh giá thương tổn và toàn bộ ổ bụng. Thận trọng trước khi quyết định cắt đại tràng nếu thấy tổn thương thâm nhiễm vào dạ dày, khối tá tụy hoặc thành bụng sau.

- Cắt đại tràng:

+ Buộc thắt 2 đầu ruột: đầu trên (hồi tràng) cách góc hồi manh tràng từ 10cm đến 15cm; đầu dưới (đại tràng ngang).

+ Giải phóng đại tràng bắt đầu từ góc manh tràng, đại tràng lên… cho đến nửa đại tràng phải. Cần bộc lộ rõ tá tràng, tĩnh mạch chủ dưới, niệu quản để tránh làm tổn thương đến các cơ quan này.

+ Cắt mạc treo đại tràng, hồi tràng. Đối với ung thư cần cắt các mạch máu sát gốc để lấy hết các hạch, các hạch này cần được ghi chú riêng từng vị trí để thử giải phẫu bệnh.

+ Cắt hồi tràng và đại tràng ngang ở chỗ đã được buộc.

- Đưa 2 đầu hồi tràng và đại tràng ngang ra ngoài ở 1 chỗ hoặc 2 chỗ riêng biệt trên thành bụng

-Dẫn lưu ổ bụng, đóng bụng: 2 hoặc 3 lớp.

3.2 Kỹ thuật cắt đại tràng trái, nối ngay:

- Rạch da: đường trắng giữa trên và dưới rốn.

- Thăm dò đánh giá thương tổn và toàn bộ ổ bụng. Thận trọng trước khi quyết định cắt đại tràng nếu thấy tổn thương thâm nhiễm vào dạ dày, tụy, niệu quản hoặc thành bụng sau.

- Cắt đại tràng:

+ Giải phóng đại tràng ngang, đại tràng góc lách, đại tràng xuống và đại tràng xích ma.

+ Cắt mạc treo đại tràng, lấy hết các hạch, các hạch này cần được ghi chú riêng từng vị trí để thử giải phẫu bệnh.

- Đưa 2 đầu hồi tràng và đại tràng ngang ra ngoài ở 1 chỗ hoặc 2 chỗ riêng biệt trên thành bụng

- Dẫn lưu ổ bụng, đóng bụng: 2 hoặc 3 lớp.

**VI. THEO DÕI CÁC TAI BIẾN-BIẾN CHỨNG VÀ NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ**

- Chảy máu trong ổ bụng: thường trong 48h đầu hoặc những ngày tiếp theo. Chảy máu đỏ tươi, số lượng nhiều qua dẫn lưu, toàn trạng thay đổi (nhợt, lo âu, mạch nhanh, huyết áp hạ) cần mổ lại kiểm tra, cầm máu.

- Theo dõi áp xe tồn dư, theo dõi tình trạng nhiễm trùng vết mổ, theo dõi hậu môn nhân tạo để có chỉ định can thiệp kịp thời.

- Theo dõi tình trạng chung: viêm phổi…

- Truyền dịch: tính đủ năng lượng, lượng dịch vào cho từng người bệnh cụ thể.

- Kháng sinh: sử dụng kháng sinh dự phòng hoặc sử dụng kháng sinh điều trị khi có chỉ định, tùy thuộc hoàn cảnh cụ thể.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa – chuyên khoa Phẫu thuật tiêu hóa và phẫu thuật nội soi- Bộ Y tế.

2. Sách Bài giảng bệnh học ngoại khoa tập I và tập II- Đại học Y Hà Nội.

## **101. LÀM HẬU MÔN NHÂN TẠO (ĐOẠN ĐẠI TRÀNG)**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Hậu môn nhân tạo (HMNT) là hậu môn ở đại tràng do phẫu thuật viên tạo ra để dẫn lưu một phần hay toàn bộ phân ở trong đại tràng ra ngoài ổ bụng.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Thủng đại tràng do:

+ Phẫu thuật viên gây ra trong khi mổ,

+ Chấn thương hay vết thương đại tràng,

+ Bệnh lý: Ung thư, loét, bệnh Crohn, viêm loét đại trực tràng chảy máu...

- Vết thương tầng sinh môn, đứt cơ thắt do chấn thương hoặc trong sản khoa (HMNT để bảo vệ, giữ cho vết mổ bên dưới sạch)...

- Tắc ruột do u đại tràng.

- Chuẩn bị cho việc cắt bỏ đại tràng có khối u.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh lý toàn thân nặng không cho phép can thiệp phẫu thuật.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:** Phẫu thuật viên ngoại tiêu hoá hay ung bướu.

**2. Phương tiện:** Bộ dụng cụ đại phẫu.

**3. Người bệnh:**

- Xét nghiệm chẩn đoán, đánh giá bệnh phối hợp, toàn trạng người bệnh...

- Người bệnh và gia đình phải được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những 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.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:**

- Người bệnh nằm ngửa.

- Phẫu thuật viên đứng bên phải hoặc bên trái tuỳ theo thói quen hay vị trí tổn thương ở đại - trực tràng.

- Phụ mổ thứ 1 đứng đối diện phẫu thuật viên.

- Dụng cụ viên đứng bên phải phụ mổ thứ nhất.

**2. Vô cảm:** Gây mê nội khí quản hay tê vùng (ngoài màng cứng, tê tại chỗ).

**3. Kỹ thuật:**

a. Đường vào ổ bụng: Đường giữa hoặc bờ ngoài cơ thẳng.

b. Kiểm tra vị trí khối u, tìm đại tràng trên u (thường là đại tràng ngang hoặc đại tràng xích ma) đoạn di động nhất để đưa ra thành bụng. Không nên để HMNT ngay tại vết mổ bụng hoặc sát ngay cạnh vết mổ vì dễ làm nhiễm trùng vết mổ và toác vết mổ.

Nếu tách thớ cơ thành bụng chưa đủ rộng để quai đại tràng chui qua thì có thể dùng kéo khoét cân và cơ thành một lỗ tròn hoặc bầu dục để đại tràng không bị kẹt và sau này phân ra được dễ dàng.

c. Cho đại tràng ra ngoài thành bụng: Kéo quai đại tràng ra khoảng 4-6cm. Xác định đại tràng xích ma hoặc đại tràng ngang dựa vào kích thước và dải cơ dọc. Nếu là đại tràng ngang thì cần tách mạc nối lớn ra khỏi đại tràng ngang ở đoạn cần làm HMNT. Nếu đưa 2 đầu ruột riêng biệt thì khâu 2 cạnh lại với nhau trước khi đưa ra.

d. Đặt que thuỷ tinh (có thể dùng hoặc không dùng que thủy tinh): chọn chỗ mạc treo không có mạch máu sát thành đại tràng, chọc thủng một lỗ. Cho qua lỗ thủng này một que thuỷ tinh hoặc nhựa cứng dài 10-15cm. Đại tràng sẽ gập trên que đấy theo hình chữ ômêga (Ω).

e. Khâu tạo cựa bằng 2 - 3 mũi rời ở mỗi bên thành ruột (trong trường hợp HMNT có cựa).

f. Cố định đoạn trên và đoạn dưới đại tràng vào phúc mạc: đảm bảo đoạn trên không bị xoắn, gấp và 2 đoạn trên, dưới không bị căng.

g. Mở đại tràng: mở đại tràng ngay sau khi đóng thành bụng hoặc sau 24 giờ. Mở dọc theo cơ dọc hoặc ngang quá nửa đại tràng

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Theo dõi:**

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

- Theo dõi tình trạng lưu thông và tại chỗ của HMNT.

**2. Xử trí tai biến:**

a. Tai biến - biến chứng sớm:

- Tổ chức dưới da quanh hậu môn bị nhiễn khuẩn: sau mổ ngày thứ 5, thứ 6. Da quanh HMNT tấy đỏ, sưng to và đau. Sốt 38-38,5 độ. Tách mũi chỉ cố định HMNT vào da ngay ổ áp xe để dẫn lưu mủ ra.

- Rò: Sau mổ một đến hai tuần, quanh hậu môn có thể có một hay nhiều áp xe vỡ ra tạo thành đường rò. Nếu đường rò chưa vào HMNT thì có thể chỉ cần rạch rộng lỗ rò; nếu rò vào HMNT ở người bệnh làm HMNT vĩnh viễn nên làm lại.

- Thoát vị thành bụng cạnh HMNT: thường do đường rạch thành bụng (vị trí đưa ruột ra làm HMNT) quá rộng. Xử trí bằng cách mổ lại để cho ruột hay mạc nối lớn vào trong ổ bụng, cố định lại HMNT và khâu lại thành bụng bằng chỉ không tiêu.

- Tụt HMNT: Hậu môn có thể tụt toàn bộ hoặc hoàn toàn do cố định HMNT không chắc chắn, mạch máu nuôi không tốt, mạc treo căng, thể trạng người bệnh suy kiệt...Muốn tránh biến chứng này, khi làm HMNT phải cố định phúc mạc quanh đại tràng, cố định thêm đại tràng vào cân, da bằng nhiều mũi rời và không để đại tràng bị căng.

- Hoại tử HMNT: Phát hiện màu sắc của hậu môn bị biến đổi (mất đi màu hồng bóng của niêm mạc mà chuyển sang màu nhợt đỏ có những chấm đen) sau đó toàn bộ đại tràng trở nên tím đen. Nguyên nhân do đại tràng không được nuôi dưỡng do vết mổ quanh hậu môn quá hẹp hay hậu môn nhân tạo quá căng hay mạch máu nuôi dưỡng đoạn đại tràng đưa ra bị tổn thương. Người bệnh phải được phát hiện sớm và mổ làm lại HMNT.

- Tắc ruột sớm: Thường xảy ra 2 - 3 tuần sau mổ, sau khi HMNT đã hoạt động tốt. Nguyên nhân thương do ruột non chui vào khe giữa thành bụng bên và quai đại tràng đưa ra làm HMNT. Để tránh biến chứng này khi làm HMNT nên cố định đoạn đại tràng và mạc treo với thành bụng.

b. Tai biến - biến chứng muộn:

- Hậu môn và vùng da xung quanh trũng xuống: Nhìn nghiêng thấy hậu môn và da thành bụng trũng xuống làm thành một cái hõm và lâu dần hậu môn sẽ bị thu hẹp. Nguyên nhân gây tai biến này là quai đại tràng được chọn dùng làm hậu môn quá ngắn. Xử trí nếu hậu môn bị hẹp sẽ phẫu thuật làm lại hậu môn.

- Niêm mạc hậu môn và da quanh hậu môn bị thương tổn:

+ Niêm mạc lòi ra ngoài hậu môn: Nếu niêm mạc lòi quá 1cm và viêm nhiễm lâu ngày, đẩy vào không được. Điều trị bằng tiêm xơ dưới niêm mạc hay cắt bỏ đoạn niêm mạc lòi ra.

+ Da và niêm mạc bị tổn thương do phân hay hồ dán gây hỏng da. Trên da thấy những mụn hay những ổ loét nhỏ. Mỗi khi lau chùi hậu môn hay dán túi mới, người bệnh thấy xót và đau. Thay dụng cụ HMNT (vòng sắt,...) và vệ sinh sạch quanh HMNT.

- Chức năng của hậu môn bị rối loạn:

+ Phân đóng cục ở trong đoạn đại tràng dưới: thường gặp trong trường hợp HMNT không có cựa. Mỗi khi phân đùn ra, một ít lọt vào đoạn dưới, dần dần phân đóng cục và có thể gây tắc đoạn dưới. Nguyên nhân do không làm cựa, làm không đúng hay làm đúng nhưng rút que thuỷ tinh dưới cựa quá sớm. Có thể xử trí bằng khâu niêm mạc đầu dưới.

+ Phân lỏng: Có thể do chế độ ăn hoặc do thuốc (bột than, bột bismut).

+ Phân tự động đùn ra: Hầu hết các trường hợp phân đều tự đùn ra, có thể điều chỉnh chế độ ăn táo bón hoặc hướng dẫn cho người bệnh tự thụt tháo.

- Hẹp HMNT: Khó cho ngón tay vào HMNT. Nguyên nhân do viêm thanh mạc đại tràng hoặc viêm thành bụng. Xử trí bằng nong HMNT. Nếu không được thì làm lại HMNT.

- Sa niêm mạc đại tràng qua HMNT: đại tràng thoát qua hậu môn ra ngoài.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa – chuyên khoa Phẫu thuật tiêu hóa và phẫu thuật nội soi- Bộ Y tế.

2. Sách Bài giảng bệnh học ngoại khoa tập I và tập II- Đại học Y Hà Nội.

## **102. LÀM HẬU MÔN NHÂN TẠO ( ĐOẠN TRỰC TRÀNG)**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Hậu môn nhân tạo (HMNT) là hậu môn ở trực tràng do phẫu thuật viên tạo ra để dẫn lưu một phần hay toàn bộ phân ở trong trực tràng hoặc đại tràng phá trên ra ngoài ổ bụng.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Thủng trực tràng tràng do:

+ Phẫu thuật viên gây ra trong khi mổ,

+ Chấn thương hay vết thương trực tràng,

+ Bệnh lý: Ung thư, loét, bệnh Crohn, viêm loét đại trực tràng chảy máu...

- Vết thương tầng sinh môn, đứt cơ thắt do chấn thương hoặc trong sản khoa (HMNT để bảo vệ, giữ cho vết mổ bên dưới sạch)...

- Tắc ruột do u trực tràng.

- Chuẩn bị cho việc cắt bỏ trực tràng có khối u.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh lý toàn thân nặng không cho phép can thiệp phẫu thuật.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:** Phẫu thuật viên ngoại tiêu hoá hay ung bướu.

**2. Phương tiện:** Bộ dụng cụ đại phẫu.

**3. Người bệnh:**

- Xét nghiệm chẩn đoán, đánh giá bệnh phối hợp, toàn trạng người bệnh...

- Người bệnh và gia đình phải được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những 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.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:**

- Người bệnh nằm ngửa.

- Phẫu thuật viên đứng bên phải hoặc bên trái tuỳ theo thói quen hay vị trí tổn thương ở đại - trực tràng.

- Phụ mổ thứ 1 đứng đối diện phẫu thuật viên.

- Dụng cụ viên đứng bên phải phụ mổ thứ nhất.

**2. Vô cảm:** Gây mê nội khí quản hay tê vùng (ngoài màng cứng, tê tại chỗ).

**3. Kỹ thuật:**

a. Đường vào ổ bụng: Đường giữa hoặc bờ ngoài cơ thẳng.

b. Kiểm tra vị trí khối u, tìm đại tràng trên u (thường là đại tràng ngang hoặc đại tràng xích ma) đoạn di động nhất để đưa ra thành bụng. Không nên để HMNT ngay tại vết mổ bụng hoặc sát ngay cạnh vết mổ vì dễ làm nhiễm trùng vết mổ và toác vết mổ.

Nếu tách thớ cơ thành bụng chưa đủ rộng để quai đại tràng chui qua thì có thể dùng kéo khoét cân và cơ thành một lỗ tròn hoặc bầu dục để đại tràng không bị kẹt và sau này phân ra được dễ dàng.

c. Cho đại tràng ra ngoài thành bụng: Kéo quai đại tràng ra khoảng 4-6cm. Xác định đại tràng xích ma hoặc đại tràng ngang dựa vào kích thước và dải cơ dọc.

d. Đặt que thuỷ tinh (có thể dùng hoặc không dùng que thủy tinh): chọn chỗ mạc treo không có mạch máu sát thành đại tràng, chọc thủng một lỗ. Cho qua lỗ thủng này một que thuỷ tinh hoặc nhựa cứng dài 10-15cm. Đại tràng sẽ gập trên que đấy theo hình chữ ômêga (Ω).

e. Khâu tạo cựa bằng 2 - 3 mũi rời ở mỗi bên thành ruột (trong trường hợp HMNT có cựa).

f. Cố định đoạn trên đai tràng và đoạn dưới trực tràng vào phúc mạc: đảm bảo đoạn trên không bị xoắn, gấp và 2 đoạn trên, dưới không bị căng.

g. Mở đại tràng: mở đại tràng ngay sau khi đóng thành bụng hoặc sau 24 giờ. Mở dọc theo cơ dọc hoặc ngang quá nửa đại tràng

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Theo dõi:**

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

- Theo dõi tình trạng lưu thông và tại chỗ của HMNT.

**2. Xử trí tai biến:**

a. Tai biến - biến chứng sớm:

- Tổ chức dưới da quanh hậu môn bị nhiễn khuẩn: sau mổ ngày thứ 5, thứ 6. Da quanh HMNT tấy đỏ, sưng to và đau. Sốt 38-38,5 độ. Tách mũi chỉ cố định HMNT vào da ngay ổ áp xe để dẫn lưu mủ ra.

- Rò: Sau mổ một đến hai tuần, quanh hậu môn có thể có một hay nhiều áp xe vỡ ra tạo thành đường rò. Nếu đường rò chưa vào HMNT thì có thể chỉ cần rạch rộng lỗ rò; nếu rò vào HMNT ở người bệnh làm HMNT vĩnh viễn nên làm lại.

- Thoát vị thành bụng cạnh HMNT: thường do đường rạch thành bụng (vị trí đưa ruột ra làm HMNT) quá rộng. Xử trí bằng cách mổ lại để cho ruột hay mạc nối lớn vào trong ổ bụng, cố định lại HMNT và khâu lại thành bụng bằng chỉ không tiêu.

- Tụt HMNT: Hậu môn có thể tụt toàn bộ hoặc hoàn toàn do cố định HMNT không chắc chắn, mạch máu nuôi không tốt, mạc treo căng, thể trạng người bệnh suy kiệt...Muốn tránh biến chứng này, khi làm HMNT phải cố định phúc mạc quanh đại tràng, cố định thêm đại tràng vào cân, da bằng nhiều mũi rời và không để đại tràng bị căng.

- Hoại tử HMNT: Phát hiện màu sắc của hậu môn bị biến đổi (mất đi màu hồng bóng của niêm mạc mà chuyển sang màu nhợt đỏ có những chấm đen) sau đó toàn bộ đại tràng trở nên tím đen. Nguyên nhân do đại tràng không được nuôi dưỡng do vết mổ quanh hậu môn quá hẹp hay hậu môn nhân tạo quá căng hay mạch máu nuôi dưỡng đoạn đại tràng đưa ra bị tổn thương. Người bệnh phải được phát hiện sớm và mổ làm lại HMNT.

- Tắc ruột sớm: Thường xảy ra 2 - 3 tuần sau mổ, sau khi HMNT đã hoạt động tốt. Nguyên nhân thương do ruột non chui vào khe giữa thành bụng bên và quai đại tràng đưa ra làm HMNT. Để tránh biến chứng này khi làm HMNT nên cố định đoạn đại tràng và mạc treo với thành bụng.

b. Tai biến - biến chứng muộn:

- Hậu môn và vùng da xung quanh trũng xuống: Nhìn nghiêng thấy hậu môn và da thành bụng trũng xuống làm thành một cái hõm và lâu dần hậu môn sẽ bị thu hẹp. Nguyên nhân gây tai biến này là quai đại tràng được chọn dùng làm hậu môn quá ngắn. Xử trí nếu hậu môn bị hẹp sẽ phẫu thuật làm lại hậu môn.

- Niêm mạc hậu môn và da quanh hậu môn bị thương tổn:

+ Niêm mạc lòi ra ngoài hậu môn: Nếu niêm mạc lòi quá 1cm và viêm nhiễm lâu ngày, đẩy vào không được. Điều trị bằng tiêm xơ dưới niêm mạc hay cắt bỏ đoạn niêm mạc lòi ra.

+ Da và niêm mạc bị tổn thương do phân hay hồ dán gây hỏng da. Trên da thấy những mụn hay những ổ loét nhỏ. Mỗi khi lau chùi hậu môn hay dán túi mới, người bệnh thấy xót và đau. Thay dụng cụ HMNT (vòng sắt,...) và vệ sinh sạch quanh HMNT.

- Chức năng của hậu môn bị rối loạn:

+ Phân đóng cục ở trong đoạn đại tràng dưới: thường gặp trong trường hợp HMNT không có cựa. Mỗi khi phân đùn ra, một ít lọt vào đoạn dưới, dần dần phân đóng cục và có thể gây tắc đoạn dưới. Nguyên nhân do không làm cựa, làm không đúng hay làm đúng nhưng rút que thuỷ tinh dưới cựa quá sớm. Có thể xử trí bằng khâu niêm mạc đầu dưới.

+ Phân lỏng: Có thể do chế độ ăn hoặc do thuốc (bột than, bột bismut).

+ Phân tự động đùn ra: Hầu hết các trường hợp phân đều tự đùn ra, có thể điều chỉnh chế độ ăn táo bón hoặc hướng dẫn cho người bệnh tự thụt tháo.

- Hẹp HMNT: Khó cho ngón tay vào HMNT. Nguyên nhân do viêm thanh mạc đại tràng hoặc viêm thành bụng. Xử trí bằng nong HMNT. Nếu không được thì làm lại HMNT.

- Sa niêm mạc đại tràng qua HMNT: đại tràng thoát qua hậu môn ra ngoài.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa – chuyên khoa Phẫu thuật tiêu hóa và phẫu thuật nội soi- Bộ Y tế.

2. Sách Bài giảng bệnh học ngoại khoa tập I và tập II- Đại học Y Hà Nội.

## **103. LẤY DỊ VẬT TRỰC TRÀNG**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Dị vật trực tràng có 2 nguồn: dị vật nuốt vào đường tiêu hoá trôi xuống trực tràng và dị vật đâm từ ngoài vào. Dị vật trực tràng từ ngoài vào thường kèm theo vết thương tầng sinh môn. Lấy dị vật trực tràng đi kèm xử trí vết thương tầng sinh môn

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Các tổn thương trực tràng xác định do dị vật

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh lý toàn thân nặng không cho phép can thiệp phẫu thuật.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:** Phẫu thuật viên tiêu hóa.

**2. Phương tiện:** Van hậu môn, tốt nhất có van Hill Ferguson, bộ dụng cụ trung phẫu.

**3. Người bệnh:**

- Được làm đầy đủ các xét nghiệm chuẩn bị cuộc mổ.

- Được giải thích về quy trình, nguy cơ tai biến của phẫu thuật.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:** Phụ khoa, có thể nằm sấp.

**2. Vô cảm:** Gây mê toàn thân, gây tê vùng hoặc gây tê tại chỗ.

**3. Kỹ thuật:**

- Lấy bỏ dị vật trong vết thương( sỏi, đá, mảnh tre…)

- Làm sạch vết thương bằng oxy già, betadine

- Kiểm tra kỹ thương tổn ở trực tràng và cơ thắt. Nếu dị vật xuyên thủng thành trực tràng, tổn thương cơ thắt thì xử trí như vết thương tầng sinh môn phức tạp

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Theo dõi:**

- Theo dõi tình trạng toàn thân và tại vùng phẫu thuật: Mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ, tri giác

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

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

- Dùng thuốc giảm đau, kháng sinh nếu cần; thuốc nhuận tràng, thuốc an thần buổi tối. Cho người bệnh ăn nhẹ, tập vận động sớm.

- Săn 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.

- Săn sóc tại chỗ: giữ sạch vết mổ (sau đại tiện rửa sạch hậu môn, thấm khô).

**2. Xử trí tai biến:**

- Chảy máu: ít gặp, có thể khâu cầm máu.

- Nhiễm trùng vết thương: Cắt lọc tổ chức hoại tử, trong 1 số trường hợp cần làm hậu môn nhân tạo.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa – chuyên khoa Phẫu thuật tiêu hóa và phẫu thuật nội soi- Bộ Y tế.

2. Sách Bài giảng bệnh học ngoại khoa tập I và tập II- Đại học Y Hà Nội.

## **104. CẮT ĐOẠN TRỰC TRÀNG NỐI NGAY**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Cắt đoạn trực tràng, nối ngay là phẫu thuật cắt bỏ một đoạn đại tràng xích ma và trực tràng cùng mạc treo tương ứng. Lập lại lưu thông đường tiêu hóa bằng nối đại tràng trái (đại tràng xuống hoặc đại tràng xích ma) với trực tràng còn lại. Có hai phương pháp mổ chính là cắt trước và cắt trước thấp. Chỉ định dựa vào vị trí của u nằm ở 1/3 trên hay giữa của trực tràng.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Thường áp dụng nhất cho trường hợp u đại tràng xích ma, u trực tràng đoạn 1/3 trên và 1/3 giữa.

- Một số trường hợp khác: polyp ung thư hóa, khối u ở tiểu khung …

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Thể trạng người bệnh quá yếu, cần hồi sức tích cực trước phẫu thật.

- Ung thư đã di căn xa, vào các tạng lân cận, đặc biệt là phúc mạc không có khả năng cắt bỏ.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

- Phẫu thuật viên chuyên khoa ngoại tiêu hóa, ung bướu.

**2. Phương tiện:**

- Bộ dụng cụ mổ mở đại phẫu tiêu hóa, chỉ khâu,…

- Dụng cụ khâu nối máy nếu cần.

**3. Người bệnh:**

- Các xét nghiệm cơ bản chẩn đoán.

- Soi đại trực - tràng và làm sinh thiết, chụp cắt lớp hoặc cộng hưởng từ ổ bụng và tiểu khung.

- Nội soi dạ dày-tá tràng trong trường hợp polyps lan tỏa ở đại tràng.

- Nếu nghi ngờ có thâm nhiễm hay rò vào các cơ quan khác cần xác minh rõ ràng.

- Chuẩn bị đại tràng theo quy định trừ trường hợp mổ cấp cứu.

- Đặc biệt cần lưu ý nâng cao thể trạng người bệnh trước phẫu thuật bằng nuôi dưỡng qua đường tĩnh mạch.

**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. Tư thế:** bệnh nhân nằm tư thế sản khoa.

**2. Vô cảm:** gây mê nội khí quản.

**3. Kỹ thuật:**

- Rạch da: đường trắng giữa dưới rốn, có thể kéo dài lên trên rốn.

- Thăm dò đánh giá thương tổn và toàn bộ ổ bụng.

- Cắt đoạn đại tràng xích ma - trực tràng:

\* Giải phóng đại tràng xích ma – trực tràng:

+ Rạch mở phúc mạc bắt đầu từ bên trái. Phẫu tích giải phóng đại tràng xích ma – trực tràng khỏi phúc mạc thành sau - bên trái theo một nếp rãnh tạo bởi phúc mạc tiểu khung và mạc treo trực tràng. Đường phẫu tích đi từ trên xuống dưới, từ trái sang phải, từ trước ra sau. Diện phẫu tích đi đúng vào khoảng vô mạch nằm giữa lớp cân sau mạc treo trực tràng và mặt trước xương cùng cụt (thường không chảy máu). Khi phẫu tích cần thấy và bộc lộ rõ niệu quản, động mạch chậu trái. Phẫu tích tới sàn chậu (mặt trên khối cơ nâng hậu môn) thì dừng lại, khi đó cũng thấy rõ mạch trực tràng trên, kéo nâng lên ra phía trước.

+ Cắt mở bờ phải mạc treo đại tràng xích ma - trực tràng: xác định rõ niệu quản phải. Rạch một đường đánh dấu từ bờ phải mạc treo đại tràng xích ma (nơi dự kiến thắt gốc mạch mạc treo trực tràng) theo đường rãnh tạo bởi mạc treo trực tràng và nếp phúc mạc tiểu khung bên phải vòng qua mặt trước trực tràng (điểm thấp nhất túi cùng Douglas). Phẫu tích trực tràng từ trên xuống dưới, từ trước ra sau. Thường rất dễ dàng, chỉ cần mở mạc treo phẫu tích nhẹ nhàng ta sẽ gặp đường phẫu tích từ phía bên trái.

+ Phẫu tích giải phóng mạc treo trực tràng phía sau: người phụ dùng panh cặp vào đoạn trực tràng phía trước (đoạn sẽ cắt bỏ) kéo trực tràng nâng lên, đặt van sâu bộc lộ rõ mặt sau mạc treo trực tràng. Phẫu tích giải phóng mạc treo trực tràng đúng lớp vô mạc nằm giữa cân sau mạc treo trực tràng và mặt trước xương cùng cụt. Thường ít chảy máu. Tuy nhiên, không được phẫu tích quá thô bạo, tránh thương tổn rách tĩnh mạch trước xương cùng, rất khó cầm máu. Tùy theo có cắt toàn bộ hay một phần mạc treo trực tràng mà dừng lại cho thích hợp. Trong trường hợp cần cắt toàn bộ mạc treo trực tràng (áp dụng cho ung thư trực tràng 1/3 giữa và 1/3 dưới) thì mặt sau phẫu tích đến hết mạc treo tới mặt trên khối cơ nâng, sát lớp cơ vòng hậu môn.

+ Phẫu tích mặt trước trực tràng: nối liền 2 điểm phẫu tích trực tràng bên phải và bên trái. Phẫu tích tách trực tràng khỏi bàng quang, tuyến tiền liệt, hai túi tinh ở nam (tử cung, âm đạo ở nữ) vừa đủ để cắt dưới u 4cm.

Như vậy, toàn bộ trực tràng và đoạn thấp đại tràng xích ma đã được giải phóng khỏi phúc mạc thành sau và tiểu khung.

\* Cắt đoạn đại tràng xích ma – trực tràng:

+ Xác định điểm cắt trực tràng dưới u ít nhất 2 cm. Phẫu tích cắt mạc treo trực tràng: điểm khởi phát thường bắt đầu từ bờ trái. Dùng kẹp phẫu tích tách mạc treo khỏi lớp cơ trực tràng, từ điểm này có thể dùng dao siêu âm cắt bóc lớp mạc treo trực tràng theo một vòng từ bờ trái ra phía sau, sang phải (ngược chiều kim đồng hồ). Cũng tương tự cách phẫu tích như vậy sẽ cắt lớp mạc treo khỏi thành trực tràng bên phải. Trong trường hợp không có dao siêu âm thì phối hợp cắt đốt bằng dao điện với dùng panh kẹp cắt và buộc chỉ.

+ Cắt trực tràng: chú ý khâu các mũi treo trực tràng, cầm máu tỉ mỉ, cắt trực tràng thật cân đối.

+ Cắt đại tràng xích ma: cặp cắt mạch mạc treo tràng trên (trong một số trường hợp cần thiết, có thể cặp cắt ở thì ngay sau giải phóng bờ phải mạc treo trực tràng). Cắt một phần đại tràng xích ma ước lượng sao cho còn đủ để đưa xuống nối với trực tràng không bị căng, mạch nuôi dưỡng tốt.

- Lập lại lưu thông đường tiêu hóa có thể:

+ Được thực hiện bằng miệng nối đại tràng – trực tràng còn lại với chỉ tiêu chậm 4.0 hoặc 3.0 (thường dùng Vicryl hoặc các sản phẩm tương tự) mũi rời hoặc khâu vắt, một hoặc hai lớp.

+ Nếu nối máy thì cắt trực tràng và nối đại tràng xích ma – trực tràng sẽ được thực hiện bằng dụng cụ cắt nối chuyên dụng.

- Khâu mạc treo, kiểm tra xem miệng nối kín, không bị căng, nuôi dưỡng tốt không. Trong trường hợp miệng nối đại trực tràng thấp, hoặc ngay sát trên hậu môn, có thể xem xét làm hậu môn nhân tạo bảo vệ phía trên. Hậu môn nhân tạo toàn thể, có thể đặt ở hồi tràng hoặc đại tràng.

- Lau sạch ổ bụng, dẫn lưu Douglas, đóng bụng: 2 hoặc 3 lớp.

**VI. THEO DÕI CÁC TAI BIẾN-BIẾN CHỨNG VÀ NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ**

- Chảy máu trong ổ bụng: thường trong 48h đầu hoặc những ngày tiếp theo. Chảy máu đỏ tươi, số lượng nhiều qua dẫn lưu, toàn trạng thay đổi (nhợt, lo âu, mạch nhanh, huyết áp hạ) cần mổ lại kiểm tra, cầm máu.

- Theo dõi áp xe tồn dư, theo dõi tình trạng bục miệng nối, nhiễm trùng vết mổ để có chỉ định can thiệp kịp thời.

- Theo dõi tình trạng chung: viêm phổi…

- Truyền dịch: tính đủ năng lượng, lượng dịch vào cho từng người bệnh cụ thể.

- Kháng sinh: sử dụng kháng sinh dự phòng hoặc sử dụng kháng sinh điều trị khi có chỉ định, tùy thuộc hoàn cảnh cụ thể.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa – chuyên khoa Phẫu thuật tiêu hóa và phẫu thuật nội soi- Bộ Y tế.

2. Sách Bài giảng bệnh học ngoại khoa tập I và tập II- Đại học Y Hà Nội.

## **105. CẮT ĐOẠN TRỰC TRÀNG , ĐÓNG ĐẦU DƯỚI ĐƯA ĐẦU TRÊN RA NGOÀI KIỂU HARTMANN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Cắt đoạn trực tràng, đóng đầu dưới đưa đầu trên ra ngoài kiểu Hartmann là phẫu thuật cắt bỏ một đoạn trực tràng, đầu đại tràng phía trên được đưa ra ngoài làm hậu môn nhân tạo, đầu dưới đóng lại làm mỏm tận trực tràng.

- Phẫu thuật này ngày càng ít được áp dụng, thường chỉ còn được chỉ định cho các trường hợp cắt u trực tràng để cấp cứu do tắc ruột hoặc ở bệnh nhân già yếu, người cao tuổi.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Thường áp dụng cho trường hợp mổ cấp cứu tắc ruột do u trực tràng ở những bệnh nhân già yếu không đảm bảo cho việc thực hiện miệng nối ruột ngay.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh lý toàn thân nặng không cho phép can thiệp phẫu thuật.

- Ung thư đã di căn xa, vào các tạng lân cận, đặc biệt là phúc mạc không có khả năng cắt bỏ.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

- Phẫu thuật viên chuyên khoa ngoại tiêu hóa, ung bướu.

**2. Phương tiện:**

- Bộ dụng cụ mổ mở đại phẫu tiêu hóa, chỉ khâu, dao điện, dao siêu âm nếu có.

**3. Người bệnh:**

- Được làm đầy đủ các xét nghiệm chuẩn bị cuộc mổ.

- Được giải thích về quy trình, nguy cơ tai biến của phẫu thuật.

- Với những trường hợp mổ theo kế hoạch: vệ sinh sạch sẽ, ăn nhẹ đến 22h ngày hôm trước, chuẩn bị đại tràng sạch ,sáng ngày mổ: nhịn ăn uống, kháng sinh dự phòng

**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. Tư thế:** bệnh nhân nằm ngửa, dạng 2 tay.

**2. Vô cảm:** gây mê nội khí quản.

**3. Kỹ thuật:**

- Rạch da: đường trắng giữa dưới rốn, có thể kéo dài lên trên rốn.

- Thăm dò đánh giá thương tổn và toàn bộ ổ bụng.

- Cắt đoạn đại tràng xích ma - trực tràng:

\* Giải phóng đại tràng xích ma – trực tràng:

+ Rạch mở phúc mạc bắt đầu từ bên trái. Phẫu tích giải phóng đại tràng xích ma – trực tràng khỏi phúc mạc thành sau - bên trái theo một nếp rãnh tạo bởi phúc mạc tiểu khung và mạc treo trực tràng. Đường phẫu tích đi từ trên xuống dưới, từ trái sang phải, từ trước ra sau. Diện phẫu tích đi đúng vào khoảng vô mạch nằm giữa lớp cân sau mạc treo trực tràng và mặt trước xương cùng cụt (thường không chảy máu). Khi phẫu tích cần thấy và bộc lộ rõ niệu quản, động mạch chậu trái. Phẫu tích tới sàn chậu (mặt trên khối cơ nâng hậu môn) thì dừng lại, khi đó cũng thấy rõ mạch trực tràng trên, kéo nâng lên ra phía trước.

+ Cắt mở bờ phải mạc treo đại tràng xích ma - trực tràng: xác định rõ niệu quản phải. Rạch một đường đánh dấu từ bờ phải mạc treo đại tràng xích ma (nơi dự kiến thắt gốc mạch mạc treo trực tràng) theo đường rãnh tạo bởi mạc treo trực tràng và nếp phúc mạc tiểu khung bên phải vòng qua mặt trước trực tràng (điểm thấp nhất túi cùng Douglas). Phẫu tích trực tràng từ trên xuống dưới, từ trước ra sau. Thường rất dễ dàng, chỉ cần mở mạc treo phẫu tích nhẹ nhàng ta sẽ gặp đường phẫu tích từ phía bên trái.

+ Phẫu tích giải phóng mạc treo trực tràng phía sau: người phụ dùng panh cặp vào đoạn trực tràng phía trước (đoạn sẽ cắt bỏ) kéo trực tràng nâng lên, đặt van sâu bộc lộ rõ mặt sau mạc treo trực tràng. Phẫu tích giải phóng mạc treo trực tràng đúng lớp vô mạc nằm giữa cân sau mạc treo trực tràng và mặt trước xương cùng cụt. Thường ít chảy máu. Tuy nhiên, không được phẫu tích quá thô bạo, tránh thương tổn rách tĩnh mạch trước xương cùng, rất khó cầm máu. Tùy theo có cắt toàn bộ hay một phần mạc treo trực tràng mà dừng lại cho thích hợp. Trong trường hợp cần cắt toàn bộ mạc treo trực tràng (áp dụng cho ung thư trực tràng 1/3 giữa và 1/3 dưới) thì mặt sau phẫu tích đến hết mạc treo tới mặt trên khối cơ nâng, sát lớp cơ vòng hậu môn.

+ Phẫu tích mặt trước trực tràng: nối liền 2 điểm phẫu tích trực tràng bên phải và bên trái. Phẫu tích tách trực tràng khỏi bàng quang, tuyến tiền liệt, hai túi tinh ở nam (tử cung, âm đạo ở nữ) vừa đủ để cắt dưới u 4cm.

Như vậy, toàn bộ trực tràng và đoạn thấp đại tràng xích ma đã được giải phóng khỏi phúc mạc thành sau và tiểu khung.

\* Cắt đoạn đại tràng xích ma – trực tràng:

+ Xác định điểm cắt trực tràng dưới u ít nhất 2 cm. Phẫu tích cắt mạc treo trực tràng: điểm khởi phát thường bắt đầu từ bờ trái. Dùng kẹp phẫu tích tách mạc treo khỏi lớp cơ trực tràng, từ điểm này có thể dùng dao siêu âm cắt bóc lớp mạc treo trực tràng theo một vòng từ bờ trái ra phía sau, sang phải (ngược chiều kim đồng hồ). Cũng tương tự cách phẫu tích như vậy sẽ cắt lớp mạc treo khỏi thành trực tràng bên phải. Trong trường hợp không có dao siêu âm thì phối hợp cắt đốt bằng dao điện với dùng panh kẹp cắt và buộc chỉ.

+ Cắt trực tràng: chú ý khâu các mũi treo trực tràng, cầm máu tỉ mỉ, cắt trực tràng thật cân đối.

+ Cắt đại tràng xích ma: cặp cắt mạch mạc treo tràng trên (trong một số trường hợp cần thiết, có thể cặp cắt ở thì ngay sau giải phóng bờ phải mạc treo trực tràng). Cắt một phần đại tràng xích ma ước lượng sao cho còn đủ để đưa ra ngoài làm hậu môn nhân tạo ở hố chậu trái.

- Đóng mỏm cắt trực tràng phía dưới, đưa đoạn đại tràng phía trên ra làm hậu môn nhân tạo kiểu Hartmann.

- Khâu mạc treo, kiểm tra xem hậu môn nhân tạo không bị căng, nuôi dưỡng tốt.

- Lau sạch ổ bụng, dẫn lưu ổ bụng, đóng bụng: 2 hoặc 3 lớp.

**VI. THEO DÕI CÁC TAI BIẾN-BIẾN CHỨNG VÀ NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ**

- Chảy máu trong ổ bụng: thường trong 48h đầu hoặc những ngày tiếp theo. Chảy máu đỏ tươi, số lượng nhiều qua dẫn lưu, toàn trạng thay đổi (nhợt, lo âu, mạch nhanh, huyết áp hạ) cần mổ lại kiểm tra, cầm máu.

- Theo dõi áp xe tồn dư, theo dõi tình trạng bục miệng nối, nhiễm trùng vết mổ để có chỉ định can thiệp kịp thời.

- Theo dõi tình trạng chung: viêm phổi…

- Truyền dịch: tính đủ năng lượng, lượng dịch vào cho từng người bệnh cụ thể.

- Kháng sinh: sử dụng kháng sinh dự phòng hoặc sử dụng kháng sinh điều trị khi có chỉ định, tùy thuộc hoàn cảnh cụ thể.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa – chuyên khoa Phẫu thuật tiêu hóa và phẫu thuật nội soi- Bộ Y tế.

2. Sách Bài giảng bệnh học ngoại khoa tập I và tập II- Đại học Y Hà Nội.

## **106. KHÂU LỖ THỦNG, VẾT THƯƠNG TRỰC TRÀNG**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Vết thương trực tràng do chấn thương hay vết thương được điều trị phẫu thuật tuỳ thuộc vết thương ở trong phúc mạc hay dưới phúc mạc.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Vết thương trực tràng phụ thuộc vào:

+ Vị trí (trong phúc mạc hay ngoài phúc mạc),

+ Thời gian (vết thương sạch trước 24 giờ hay vết thương bẩn sau 24 giờ),

+ Kích thước (vết thương rộng >1cm hay vết thương nhỏ < 1cm)...

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:** Bệnh lý toàn thân nặng không cho phép can thiệp phẫu thuật.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:** Phẫu thuật viên tiêu hoá.

**2. Phương tiện:** Bộ dụng cụ phẫu thuật tiêu hoá kèm van hậu môn.

**3. Người bệnh:**

- Được làm đầy đủ các xét nghiệm chuẩn bị cuộc mổ.

- Được giải thích về quy trình, nguy cơ tai biến của phẫu thuật.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:** Tư thế sản khoa.

**2. Vô cảm:** Gây mê nội khí quản.

**3. Kỹ thuật:**

- Nếu vết thương trực tràng đoạn trong phúc mạc thì được xử trí như vết thương đại tràng

- Nếu vết thương dưới phúc mạc khâu vết thương toàn thể và làm hậu môn nhân tạo để dẫn lưu phân hoàn toàn tuỳ theo tình trạng tổn thương của đại tràng. Tháo rửa hết phân trong lòng trực tràng. Dẫn lưu trước xương cùng nếu cần thiết (bóc tách khoang giữa xương cùng và trực tràng).

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Theo dõi:**

- Tại chỗ: Đánh giá tình trạng vết thương trực tràng (bục chỗ khâu, chảy máu...)

- Toàn thân:

+ Tình trạng bụng: Khám phát hiện biến chứng áp xe tồn dư, chảy máu sau mổ hay biến chứng tắc ruột sớm...

+ Biến chứng toàn thân: Viêm phổi, loét do nằm lâu...

**2. Xử trí tai biến:** Tuỳ thuộc vào các biến chứng có thể điều trị nội khoa hay phải mổ lại.

- Bí đái: thông đái, chú ý vô khuẩn.

- Chảy máu: thay băng kiểm tra. Nếu cần thiết phải cầm máu.

- Đau tại vết mổ: dùng thuốc giảm đau toàn thân hoặc tai chỗ. Hạn chế đặt gạc trong lòng ống hậu môn.

- Phòng hẹp hậu môn, nhất là sau mổ cắt trĩ, phải bảo tồn lớp niêm mạc hậu môn đủ và được nuôi dưỡng tốt.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa – chuyên khoa Phẫu thuật tiêu hóa và phẫu thuật nội soi- Bộ Y tế.

2. Sách Bài giảng bệnh học ngoại khoa tập I và tập II- Đại học Y Hà Nội.

## **107. PHẪU THUẬT CẮT TRĨ KINH ĐIỂN (PHƯƠNG PHÁP MILLIGAN - MORGAN HOẶC FERGUSON)**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Phẫu thuật cắt trĩ theo phương pháp Milligan- morgan là phẫu thuật cắt bỏ từng búi riêng rẽ, sau khi thắt gốc, cắt búi trĩ, các cầu da niêm mạc sẽ để hở.

- Phẫu thuật cắt trĩ theo PHƯƠNG PHÁP FERGUSON là kỹ thuật cải tiến từ phẫu thuật Milligan – Morgan.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Trĩ độ 3, độ 4, sa trĩ tắc mạch.

- Trĩ đã được điều trị bằng các phương pháp khác thất bại còn sa và chảy máu.

- Trĩ kèm các bệnh cần phẫu thuật khác ở hậu môn: nứt kẽ, rò,…

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh lý toàn thân nặng không cho phép can thiệp phẫu thuật.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:** Phẫu thuật viên tiêu hóa.

**2. Phương tiện:** Van hậu môn, tốt nhất có van Hill Ferguson, bộ dụng cụ trung phẫu.

**3. Người bệnh:**

- Được làm đầy đủ các xét nghiệm chuẩn bị cuộc mổ.

- Vệ sinh sạch sẽ, ăn nhẹ đến 22h ngày hôm trước.

- Được giải thích về quy trình, nguy cơ tai biến của phẫu thuật.

- Thụt tháo phân sạch .

- Sáng ngày mổ: nhịn ăn, uống, kháng sinh dự phòng.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:** Phụ khoa, có thể nằm sấp.

**2. Vô cảm:** Gây mê toàn thân, gây tê vùng hoặc gây tê tại chỗ.

**3. Kỹ thuật:**

- Nong hậu môn, bộc lộ các búitrĩ.

- Đặt van Hill - Ferguson (van bán nguyệt che phần còn lại của ống hậu môn trực tràng để bộc rõ búi trĩ sẽ cắt)

- Phẫu tích cắt từng búi trĩ: thường bắt đầu ở búi 3h. Sau khi cắt da ở mép hậu môn, phẫu tích bóc tách búi trĩ từ da tới niêm mạc hậu môn trực tràng khỏi lớp cơ tròn trong tới gốc búi trĩ (cắt dây chằng Parks). Khâu thắt gốc búi trĩ bằng chỉ chậm tiêu (thường dùng loại Vicryl 2.0). Để hở cầu da, niêm mạc

- Thực hiện tương tự với các búi trĩ còn lại (8h và 11h).

- Kiểm tra lại vết mổ: cầm máu, hậu môn không hẹp (đút lọt dễ dàng ngón trỏ). Có thể đặt một miếng băng có tác dụng cầm máu như loại surgicel hay spongel ép nhẹ lên vết mổ. Băng mỡ với betadine.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Theo dõi:**

- Theo dõi tình trạng toàn thân và tại vùng phẫu thuật: Mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ, tri giác

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

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

- Dùng thuốc giảm đau, kháng sinh nếu cần; thuốc nhuận tràng, thuốc an thần buổi tối.

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

- Săn 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.

- Thuờng cho kháng sinh, 3 ngày – 5 ngày loại metronidazol, hoặc phối hợp 2 loại kháng sinh nếu cần.

- Săn sóc tại chỗ: giữ sạch vết mổ (sau đại tiện rửa sạch hậu môn, thấm khô).

**2. Xử trí tai biến:**

- Chảy máu: ít gặp, do vết thuơng đã đuợc khâu chủ động, Thuờng đại tiện có dính ít máu. Nếu mức độ chảy máu nhiều (do khâu cầm máu không tốt), không tự cầm, cần kiểm tra lại vết mổ để cầm máu bằng đốt điện hay khâu.

- Đau: Dùng thuốc giảm đau loại paracetamol.

- Bí đái: Thuờng gặp sau gây tê tủy sống, hoặc do nguời bệnh đau nhiều cũng gây khó tiểu tiện. Nếu cần thiết phải đặt sonde bàng quang.

- Mất hoặc giảm tự chủ đại tiện: Thuờng mức độ nhẹ và tự khỏi hoặc tập phục hồi chức năng sẽ cải thiện.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa – chuyên khoa Phẫu thuật tiêu hóa và phẫu thuật nội soi- Bộ Y tế.

2. Sách Bài giảng bệnh học ngoại khoa tập I và tập II- Đại học Y Hà Nội.

## **108. PHẪU THUẬT LONGO**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Phẫu thuật được đề nghị và thực hiện lần đầu tiên bởi bác sỹ Antonio Longo - người Ý, năm 1983.

- Phẫu thuật cắt bỏ một khoang niêm mạc trực tràng trên đường lược khoảng 1 - 1,5cm, có tác dụng cố định búi trĩ bị sa và giảm nguồn máu tới búi trĩ. Do vậy có tác dụng điều trị bệnh trĩ.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Trĩ độ 2, 3, độ 4, sa trĩ tắc mạch.

- Trĩ đã được điều trị bằng các phương pháp khác thất bại còn sa và chảy máu.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh lý toàn thân nặng không cho phép can thiệp phẫu thuật.

**III. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:** phẫu thuật viên tiêu hóa.

**2. Phương tiện:**

- Đèn chiếu sáng tốt, ánh sáng lạnh.

- Bộ dụng cụ phẫu thuật hậu môn: có ông 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.

- Máy cắt trĩ Longo.

**3. Người bệnh:**

- Được làm đầy đủ các xét nghiệm chuẩn bị cuộc mổ.

- Vệ sinh sạch sẽ, ăn nhẹ đến 22h ngày hôm trước.

- Được giải thích về quy trình, nguy cơ tai biến của phẫu thuật.

- Thụt tháo phân sạch .

- Sáng ngày mổ: nhịn ăn, uống, kháng sinh dự phòng.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:** Phụ khoa, có thể nằm sấp.

**2. Vô cảm:** Gây mê toàn thân, gây tê vùng hoặc gây tê tại chỗ.

**3. Kỹ thuật:**

- Bước 1: Nong hậu môn, đánh giá tình trạng bệnh trĩ.

- Bước 2: Đặt van hậu môn.

- Bước 3: Khâu vòng niêm mạc, chỉ prolene 2.0, trên đường lược 2 đến 2,5 cm, bắt đầu từ vị trí 3h. Độ sâu mũi khâu tới lớp dưới niêm mạc trực tràng.

- Bước 4: Đặt đầu máy trên vòng khâu, xiết vòng chỉ khâu và buộc nút chỉ. Dùng que chuyên dụng móc 2 đầu sợi chỉ và thắt nút.

- Bước 5: Đóng máy từ từ tới vạch đánh dấu. Kiểm tra vách âm đạo không nằm trong đường cắt ( Người bệnh nữ). Giữ khoảng 1 phút để ép mô sẽ cắt.

- Bước 6: Bấm máy, giữ khoảng 2 phút.

- Bước 7: Tháo máy, thường mở 2 vòng xoay, quay máy 90 độ sang phải và trái để mô cắt rời ra hoàn toàn.

- Bước 8: Kiểm tra vòng cắt trên máy và miệng nối. Nếu còn chảy máu khâu mũi chữ X vicryl 3.0. Không đốt điện để cầm máu tránh gây bỏng hoại tử thứ phát về sau. Có thể phối hợp cắt da thừa, u nhú, lấy máu cục khi trĩ tắc mạch.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Theo dõi:**

- Theo dõi tình trạng toàn thân và tại vùng phẫu thuật: Mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ, tri giác

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

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

- Dùng thuốc giảm đau, kháng sinh nếu cần; thuốc nhuận tràng, thuốc an thần buổi tối.

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

- Săn 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.

- Thuờng cho kháng sinh, 3 ngày – 5 ngày loại metronidazol, hoặc phối hợp 2 loại kháng sinh nếu cần.

- Săn sóc tại chỗ: giữ sạch vết mổ (sau đại tiện rửa sạch hậu môn, thấm khô).

**2. Xử trí tai biến:**

- Chảy máu: ít gặp, do vết thuơng đã đuợc khâu chủ động, Thuờng đại tiện có dính ít máu. Nếu mức độ chảy máu nhiều (do khâu cầm máu không tốt), không tự cầm, cần kiểm tra lại vết mổ để cầm máu bằng đốt điện hay khâu.

- Đau: Thường dùng thuốc giảm đau loại paracetamol.

- Bí đái: Thuờng gặp sau gây tê tủy sống, hoặc do nguời bệnh đau nhiều cũng gây khó tiểu tiện. Nếu cần thiết phải đặt sonde bàng quang.

- Mất hoặc giảm tự chủ đại tiện: Thuờng mức độ nhẹ và tự khỏi hoặc tập phục hồi chức năng sẽ cải thiện.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa – chuyên khoa Phẫu thuật tiêu hóa và phẫu thuật nội soi- Bộ Y tế.

2. Sách Bài giảng bệnh học ngoại khoa tập I và tập II- Đại học Y Hà Nội.

## **109. 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 Hermann và Desfosses. Từ đây nhiễm trùng lan tỏa tới các khoang quanh hậu môn trực tràng, tạo ra các thể áp xe khác nhau. Nếu không được chẩn đoán điều trị kịp thời, áp xe sẽ lan rộng phá hủy hệ thống cơ thắt, hoặc tự vỡ ra ngoài tạo nên các đường rò, gọi là bệnh rò hậu môn (sẽ có bài riêng). 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**

- Bệnh lý toàn thân nặng không cho phép can thiệp phẫu thuật.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:** Phẫu thuật viên tiêu hóa.

**2. Phương tiện:** Van hậu môn, tốt nhất có van Hill Ferguson, bộ dụng cụ trung phẫu.

**3. Người bệnh:**

- Được làm đầy đủ các xét nghiệm chuẩn bị cuộc mổ.

- Được giải thích về quy trình, nguy cơ tai biến của phẫu thuật.

- Với những trường hợp mổ theo kế hoạch: vệ sinh sạch sẽ, ăn nhẹ đến 22h ngày hôm trước, thụt tháo phân sạch ,sáng ngày mổ: nhịn ăn uống, kháng sinh dự phòng

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:** Sản khoa.

**2. Vô cảm:** Gây mê toàn thân, gây tê vùng hoặc gây tê tại chỗ.

**3. Kỹ thuật:**

3.1. 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.

3.2 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 huyết thanh, oxy già, betadine.

- Mở ngỏ áp xe, mở cơ tròn nếu tìm được lỗ trong, đường rò thấp cho phép mở cơ không ảnh hưởng tới chức năng tự chủ hậu môn.

- Lấy mủ cấy vi khuẩn và làm kháng sinh đồ.

- Đở hở vết thương, băng vết thương bằng gạc mỡ tẩm Betadine.

**VI.THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Theo dõi:**

- Theo dõi tình trạng toàn thân và tại vùng phẫu thuật: Mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ, tri giác

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

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

- Dùng thuốc giảm đau, kháng sinh nếu cần; thuốc nhuận tràng, thuốc an thần buổi tối.

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

- Săn 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.

- Thuờng cho kháng sinh, 3 ngày – 5 ngày loại metronidazol, hoặc phối hợp 2 loại kháng sinh nếu cần.

- Săn sóc tại chỗ: giữ sạch vết mổ (sau đại tiện rửa sạch hậu môn, thấm khô).

**2. Xử trí tai biến:**

- Chảy máu: ít gặp, do vết thuơng đã đuợc khâu chủ động, Thuờng đại tiện có dính ít máu. Nếu mức độ chảy máu nhiều (do khâu cầm máu không tốt), không tự cầm, cần kiểm tra lại vết mổ để cầm máu bằng đốt điện hay khâu.

- Đau: Thường dùng thuốc giảm đau loại paracetamol.

- Bí đái: Thuờng gặp sau gây tê tủy sống, hoặc do nguời bệnh đau nhiều cũng gây khó tiểu tiện. Nếu cần thiết phải đặt sonde bàng quang.

- Mất hoặc giảm tự chủ đại tiện: Thuờng mức độ nhẹ và tự khỏi hoặc tập phục hồi chức năng sẽ cải thiện.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa – chuyên khoa Phẫu thuật tiêu hóa và phẫu thuật nội soi- Bộ Y tế.

2. Sách Bài giảng bệnh học ngoại khoa tập I và tập II- Đại học Y Hà Nội.

## **110. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ ÁP XE HẬU MÔN PHỨC TẠP**

**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 Hermann và Desfosses. Từ đây nhiễm trùng lan tỏa tới các khoang quanh hậu môn trực tràng, tạo ra các thể áp xe khác nhau. Nếu không được chẩn đoán điều trị kịp thời, áp xe sẽ lan rộng phá hủy hệ thống cơ thắt, hoặc tự vỡ ra ngoài tạo nên các đường rò, gọi là bệnh rò hậu môn (sẽ có bài riêng). 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**

- Bệnh lý toàn thân nặng không cho phép can thiệp phẫu thuật.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:** Phẫu thuật viên tiêu hóa.

**2. Phương tiện:** Van hậu môn, tốt nhất có van Hill Ferguson, bộ dụng cụ trung phẫu.

**3. Người bệnh:**

- Được làm đầy đủ các xét nghiệm chuẩn bị cuộc mổ.

- Được giải thích về quy trình, nguy cơ tai biến của phẫu thuật.

- Với những trường hợp mổ theo kế hoạch: vệ sinh sạch sẽ, ăn nhẹ đến 22h ngày hôm trước, thụt tháo phân sạch ,sáng ngày mổ: nhịn ăn uống, kháng sinh dự phòng

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:** Sản khoa.

**2. Vô cảm:** Gây mê toàn thân, gây tê vùng hoặc gây tê tại chỗ.

**3. Kỹ thuật:**

3.1 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.

3.2 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 huyết thanh, oxy già, betadine. Mở ngỏ áp xe, mở cơ tròn nếu tìm được lỗ trong, đường rò thấp cho phép mở cơ không ảnh hưởng tới chức năng tự chủ hậu môn. Lấy mủ cấy vi khuẩn và làm kháng sinh đồ.

- Một số tình huống cụ thể:

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

+ Áp xe hình móng ngựa: rạch 2 đường nhỏ 2 bên hậu môn dẫn lưu áp xe ra da, nên đặt ống dẫn lưu nhỏ để bơm rửa sau mổ cho ổ áp xe nhanh sạch, chóng lấp đầy vết thương.

+ Đối với các ổ áp xe lan rộng, đường rò ngóc ngách phức tạp, chỉ nên rạch mở áp xe. Khi tình trạng tại chỗ ổn định sẽ đánh giá đầy đủ để mổ thì tiếp theo.

- Trong trường hợp áp xe lan rộng, nhiễm trùng hoại tử, toàn trạng người bệnh nặng,nhiều bệnh phối hợp có thể phải phối hợp rạch dẫn lưu tại chỗ, làm hậu môn nhân tạo đại tràng và điều trị tích cực.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Theo dõi:**

- Theo dõi tình trạng toàn thân và tại vùng phẫu thuật: Mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ, tri giác

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

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

- Dùng thuốc giảm đau, kháng sinh nếu cần; thuốc nhuận tràng, thuốc an thần buổi tối.

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

- Săn 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.

- Thuờng cho kháng sinh, 3 ngày – 5 ngày loại metronidazol, hoặc phối hợp 2 loại kháng sinh nếu cần.

- Săn sóc tại chỗ: giữ sạch vết mổ (sau đại tiện rửa sạch hậu môn, thấm khô).

**2. Xử trí tai biến:**

- Chảy máu: ít gặp, do vết thuơng đã đuợc khâu chủ động, Thuờng đại tiện có dính ít máu. Nếu mức độ chảy máu nhiều (do khâu cầm máu không tốt), không tự cầm, cần kiểm tra lại vết mổ để cầm máu bằng đốt điện hay khâu.

- Đau: Thường dùng thuốc giảm đau loại paracetamol.

- Bí đái: Thuờng gặp sau gây tê tủy sống, hoặc do nguời bệnh đau nhiều cũng gây khó tiểu tiện. Nếu cần thiết phải đặt sonde bàng quang.

- Mất hoặc giảm tự chủ đại tiện: Thuờng mức độ nhẹ và tự khỏi hoặc tập phục hồi chức năng sẽ cải thiện.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa – chuyên khoa Phẫu thuật tiêu hóa và phẫu thuật nội soi- Bộ Y tế.

## **111. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ RÒ HẬU MÔN ĐƠN GIẢN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Rò hậu môn là bệnh thường gặp của vùng hậu môn trực tràng. Nguồn gốc của nhiễm khuẩn bắt nguồn từ viêm các tuyến Hermann và Desfosses.

- Là phẫu thuật điều trị rò hậu môn với những thể rò hậu môn đơn giản.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Rò hậu môn là bệnh lý ngoại khoa, cần được chỉ định phẫu thuật.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh lý toàn thân nặng không cho phép can thiệp phẫu thuật.

**III. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:** phẫu thuật viên tiêu hóa.

**2. Phương tiện:**

- Đèn chiếu sáng tốt, ánh sáng lạnh.

- Bộ dụng cụ phẫu thuật hậu môn: có ông 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.

**3. Người bệnh:**

- Được làm đầy đủ các xét nghiệm chuẩn bị cuộc mổ.

- Vệ sinh sạch sẽ, ăn nhẹ đến 22h ngày hôm trước.

- Được giải thích về quy trình, nguy cơ tai biến của phẫu thuật.

- Thụt tháo phân sạch .

- Sáng ngày mổ: nhịn ăn, uống, kháng sinh dự phòng.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:** Phụ khoa, có thể nằm sấp.

**2. Vô cảm:** Gây mê toàn thân, gây tê vùng hoặc gây tê tại chỗ.

**3. Kỹ thuật:**

+ Nguyên tắc kỹ thuật:

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

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

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

+ Cụ thể:

- Nong hậu môn.

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

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

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

- Cầm máu, để hở đường mở rò.

- Băng vết mổ mỡ với dung dịch betadine.

- Lấy mủ cấy vi khuẩn và làm kháng sinh đồ.

- Gửi bệnh phẩm xét nghiệm giải phẫu bệnh.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Theo dõi:**

- Theo dõi tình trạng toàn thân và tại vùng phẫu thuật: Mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ, tri giác

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

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

- Dùng thuốc giảm đau, kháng sinh nếu cần; thuốc nhuận tràng, thuốc an thần buổi tối.

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

- Săn 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.

- Thuờng cho kháng sinh, 3 ngày – 5 ngày loại metronidazol, hoặc phối hợp 2 loại kháng sinh nếu cần.

- Săn sóc tại chỗ: giữ sạch vết mổ (sau đại tiện rửa sạch hậu môn, thấm khô).

**2. Xử trí tai biến:**

- Chảy máu: ít gặp, do vết thuơng đã đuợc khâu chủ động, Thuờng đại tiện có dính ít máu. Nếu mức độ chảy máu nhiều (do khâu cầm máu không tốt), không tự cầm, cần kiểm tra lại vết mổ để cầm máu bằng đốt điện hay khâu.

- Đau: Dùng thuốc giảm đau loại paracetamol.

- Bí đái: Thuờng gặp sau gây tê tủy sống, hoặc do nguời bệnh đau nhiều cũng gây khó tiểu tiện. Nếu cần thiết phải đặt sonde bàng quang.

- Mất hoặc giảm tự chủ đại tiện: Thuờng mức độ nhẹ và tự khỏi hoặc tập phục hồi chức năng sẽ cải thiện.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa – chuyên khoa Phẫu thuật tiêu hóa và phẫu thuật nội soi- Bộ Y tế.

2. Sách Bài giảng bệnh học ngoại khoa tập I và tập II- Đại học Y Hà Nội.

## **112. ĐIỀU TRỊ NỨT KẼ HẬU MÔN BẰNG CẮT CƠ TRÒN TRONG (VỊ TRÍ 3H VÀ 9H)**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Nứt kẽ hậu môn là ổ loét ở niêm mạc hậu môn, thường nằm ở đường giữa phía sau (6 giờ - tư thế sản khoa), có khi ở phía trước (12h) hoặc cả trước sau (2 ổ loét). - Nứt hậu môn thường kèm theo tăng trương lực cơ tròn trong. Giả thuyết cho rằng đây là nguyên nhân gây ra bệnh. Do vậy, việc điều trị chủ yếu nhằm triệt tiêu sự co cứng của cơ tròn trong. Một số phương pháp được áp dụng : dùng thuốc, nong hậu môn, cắt mở cơ tròn trong. Ổ loét có thể được lấy đi cùng với phẫu thuật hoặc tự hết khi trương lực cơ tròn trong trở về bình thường.

**II. CHỈ ĐỊNH**

1. Nứt kẽ hậu môn mới (cấp tính):

- Điều trị nội khoa kết hợp chế độ vệ sinh ăn uống.

- Thuốc bôi tại chỗ như nitroglycerin hoặc thuộc tiêm Roltox (Botulin A) Phong bế ổ loét bằng xylocain, lidocain,...kết hợp nong hậu môn.

2. Nứt kẽ hậu môn mãn:

- Nếu chưa bị bội nhiễm: cắt mở cơ tròn trong phía bên hoặc phía sau kèm lấy bỏ ổ loét và tạo hình hậu môn.

- Nhiễm khuẩn vết loét: cắt bỏ ổ loét kèm mở cơ tròn trong tại vị trí ổ loét (điều trị như một áp xe, rò hậu môn, xuyên cơ thắt thấp).

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Tổn thương ác tính

- Rách, nứt niêm mạc hậu môn nhiều vị trí do niêm mạc mỏng.

- Bệnh lý toàn thân nặng không cho phép can thiệp phẫu thuật.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:** Phẫu thuật viên chuyên khoa ngoại tiêu hóa.

**2. Phương tiện:** Van hậu môn, tốt nhất có van Hill Ferguson, bộ dụng cụ trung phẫu.

**3. Người bệnh:**

- Được làm đầy đủ các xét nghiệm chuẩn bị cuộc mổ.

- Vệ sinh sạch sẽ, ăn nhẹ đến 22h ngày hôm trước.

- Được giải thích về quy trình, nguy cơ tai biến của phẫu thuật.

- Thụt tháo phân sạch .

- Sáng ngày mổ: nhịn ăn, uống, kháng sinh dự phòng.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:** Phụ khoa, có thể nằm sấp.

**2. Vô cảm:** Gây mê toàn thân, gây tê vùng hoặc gây tê tại chỗ.

**3. Kỹ thuật:**

- Nong hậu môn: nong nhẹ nhàng, từ từ bằng bộ dụng cụ từ số nhỏ đến số to hoặc nong bằng ngón tay, bóng hơi.

- Cắt mở cơ tròn trong phía bên:

+ Kỹ thuật của Parks: rạch da ở vị trí 3h, dài 1cm, dùng lưỡi dao mảnh, đầu nhọn cắt cơ tròn trong khoảng 10mm (không quá đường lược), sâu 5mm. Khâu niêm mạc Vicryl 5.0.

+ Kỹ thuật kín của Notara dùng ngón tay trỏ đặt trong lỗ hậu môn làm mốc, bằng lưỡi dao nhỏ (phẫu thuật mắt), đâm vào rãnh liên cơ tròn ở mép hậu môn vị trí 3h, quay lưỡi dao, cắt cơ tròn từ ngoài vào trong.

+ Cắt cơ tròn phía sau kèm tạo hình hậu môn (Arnous):

Dùng dao rạch một đường hình tam giác ở phía sau, đáy phía ngoài. Phẫu tích vạt da niêm mạc từ ngoài vào trong lấy đi ổ loét, mảnh da thừa lên tới niêm mạc trực tràng, để lộ ra cơ tròn trong.

Mở cơ tròn trong bằng một vết cắt dài khoảng 10mm, sâu 3 - 5mm.

Hạ niêm mạc trực tràng khâu nối với da rìa hậu môn, khâu mũi rời, chỉ tiêu chậm. Thường dùng loại vicryl 4.0 hoặc 5.0.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Theo dõi:**

- Theo dõi tình trạng toàn thân và tại vùng phẫu thuật: Mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ, tri giác

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

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

- Dùng thuốc giảm đau, kháng sinh nếu cần; thuốc nhuận tràng, thuốc an thần buổi tối.

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

- Săn 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.

- Thuờng cho kháng sinh, 3 ngày – 5 ngày loại metronidazol, hoặc phối hợp 2 loại kháng sinh nếu cần.

- Săn sóc tại chỗ: giữ sạch vết mổ (sau đại tiện rửa sạch hậu môn, thấm khô).

**2. Xử trí tai biến:**

- Chảy máu: ít gặp, do vết thuơng đã đuợc khâu chủ động, Thuờng đại tiện có dính ít máu. Nếu mức độ chảy máu nhiều (do khâu cầm máu không tốt), không tự cầm, cần kiểm tra lại vết mổ để cầm máu bằng đốt điện hay khâu.

- Đau: Dùng thuốc giảm đau loại paracetamol.

- Bí đái: Thuờng gặp sau gây tê tủy sống, hoặc do nguời bệnh đau nhiều cũng gây khó tiểu tiện. Nếu cần thiết phải đặt sonde bàng quang.

- Mất hoặc giảm tự chủ đại tiện: Thuờng mức độ nhẹ và tự khỏi hoặc tập phục hồi chức năng sẽ cải thiện.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa – chuyên khoa Phẫu thuật tiêu hóa và phẫu thuật nội soi- Bộ Y tế.

2. Sách Bài giảng bệnh học ngoại khoa tập I và tập II- Đại học Y Hà Nội.

## **113. PHẪU THUẬT CẮT DA THỪA CẠNH HẬU MÔN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Da thừa hậu môn gặp khi da vùng quanh lỗ hậu môn to lên và kéo dài ra. Da thừa hậu môn khá thường gặp, có thể là di tích để lại sau một đợt trĩ tắc mạch thoái triển.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Da thừa hậu môn lớn gây khó vệ sinh sạch, bất tiện cho người bệnh, mất thẩm mỹ.

- Da thừa hậu môn làm người bệnh khó chịu do cảm giác ngứa, viêm nhiễm (Cần tìm những bệnh lý vùng hậu môn nếu có chảy máu và đau hậu môn, cũng như loạitrừ những bệnh lý khác gây ngứa vùng hậu môn.)

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh lý toàn thân nặng không cho phép can thiệp phẫu thuật.

- Hậu môn viêm nhiễm.

- Da thừa hậu môn phù nề, phình to dạng cục cần làm bilan chẩn đoán bệnh Crohn ống hậu môn.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:** Phẫu thuật viên tiêu hóa.

**2. Phương tiện:** Van hậu môn, tốt nhất có van Hill Ferguson, bộ dụng cụ trung phẫu.

**3. Người bệnh:**

- Được làm đầy đủ các xét nghiệm chuẩn bị cuộc mổ.

- Vệ sinh sạch sẽ, ăn nhẹ đến 22h ngày hôm trước.

- Được giải thích về quy trình, nguy cơ tai biến của phẫu thuật.

- Thụt tháo phân sạch .

- Sáng ngày mổ: nhịn ăn, uống, kháng sinh dự phòng.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:** Phụ khoa, có thể nằm sấp.

**2. Vô cảm:** Gây mê toàn thân, gây tê vùng hoặc gây tê tại chỗ.

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:

+ Đánh giá thương tổn: Đặt van Hill – Ferguson vào hậu môn, đánh giá các thương tổn phối hợp

+ Kẹp pince vào phần da thừa hậu môn

+ Phẫu tích bóc tách, Cắt da ở mép da thừa hậu môn, phẫu tích bóc tách tổ chức dưới da tới niêm mạc hậu môn.Cắt da thừa hậu môn.Khâu mép cắt từ trong ra ngoài, kết thúc ở da rìa hậu môn.Có thể khâu mũi rời hoặc khâu vắt.Nên dùng loại chỉ nhỏ, tự tiêu (Vicryl 4.0 hoặc 5.0).

+ Kiểm tra lại vết mổ: Cầm máu. Băng betadine.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Theo dõi:**

- Theo dõi tình trạng toàn thân và tại vùng phẫu thuật: Mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ, tri giác

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

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

- Dùng thuốc giảm đau, kháng sinh nếu cần; thuốc nhuận tràng, thuốc an thần buổi tối.

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

- Săn 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.

- Thuờng cho kháng sinh, 3 ngày – 5 ngày loại metronidazol, hoặc phối hợp 2 loại kháng sinh nếu cần.

- Săn sóc tại chỗ: giữ sạch vết mổ (sau đại tiện rửa sạch hậu môn, thấm khô).

**2. Xử trí tai biến:**

- Chảy máu: ít gặp, do vết thuơng đã đuợc khâu chủ động, Thuờng đại tiện có dính ít máu. Nếu mức độ chảy máu nhiều (do khâu cầm máu không tốt), không tự cầm, cần kiểm tra lại vết mổ để cầm máu bằng đốt điện hay khâu.

- Đau: Dùng thuốc giảm đau loại paracetamol, morphin hoặc giảm đau khác.

- Bí đái: Thuờng gặp sau gây tê tủy sống, hoặc do nguời bệnh đau nhiều cũng gây khó tiểu tiện. Nếu cần thiết phải đặt sonde bàng quang.

- Mất hoặc giảm tự chủ đại tiện: Thuờng ít gặp.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa – chuyên khoa Phẫu thuật tiêu hóa và phẫu thuật nội soi- Bộ Y tế.

2. Sách Bài giảng bệnh học ngoại khoa tập I và tập II- Đại học Y Hà Nội

## **114. PHẪU THUẬT CẮT U NHÚ ỐNG HẬU MÔN (CONDYLOME)**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- U nhú ống hậu môn là dạng quá sản biểu mô niêm mạc ống hậu môn tại đường lược do quá trình viêm tăng sinh, đôi khi có cuống dài và sa ra ngoài khi đại tiện. Condylome ống hậu môn hay sùi mào gà hậu môn là những tổn thương dạng mụn sùi vùng hậu môn do virus gây u nhú ở người HPV (Human Pappilloma Virus), rất dễ lây lan.

- U nhú, condylome to gây tăng tiết dịch ống hậu môn, đau, chảy máu khi đại tiện, cảm giác ngứa và vướng ở hậu môn và mùi khó chịu. Điều trị condylome cơ bản là điều trị nội khoa, tỉ lệ tái phát dao động từ 20-70%. Chỉ định điều trị dựa vào kết quả mô bệnh học.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- U nhú ống hậu môn lớn gây vướng, khó chịu do ngứa, viêm nhiễm, ỉa máu và đau hậu môn.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh lý toàn thân nặng không cho phép can thiệp phẫu thuật.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:** Phẫu thuật viên tiêu hóa.

**2. Phương tiện:** Van hậu môn, tốt nhất có van Hill Ferguson, bộ dụng cụ trung phẫu.

**3. Người bệnh:**

- Được làm đầy đủ các xét nghiệm chuẩn bị cuộc mổ.

- Vệ sinh sạch sẽ, ăn nhẹ đến 22h ngày hôm trước.

- Được giải thích về quy trình, nguy cơ tai biến của phẫu thuật.

- Thụt tháo phân sạch .

- Sáng ngày mổ: nhịn ăn, uống, kháng sinh dự phòng.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:** Phụ khoa, có thể nằm sấp.

**2. Vô cảm:** Gây mê toàn thân, gây tê vùng hoặc gây tê tại chỗ.

**3. Kỹ thuật:**

a. 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.

b. Cụ thể:

- Đánh giá thương tổn:

+ Đặt van Hill – Ferguson vào hậu môn.

+ Đánh giá các thương tổn phối hợp.

- Cắt u nhú bằng dao điện, lấy hết tổn thương, tránh thủng trực tràng. Khâu cầm máu diện cắt nếu cần. Lấy bệnh phẩm gửi xét nghiệm mô bệnh học.

- Kiểm tra lại vết mổ: Cầm máu. Băng bétadine.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Theo dõi:**

- Theo dõi tình trạng toàn thân và tại vùng phẫu thuật: Mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ, tri giác

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

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

- Dùng thuốc giảm đau, kháng sinh nếu cần; thuốc nhuận tràng, thuốc an thần buổi tối.

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

- Săn 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.

- Thuờng cho kháng sinh, 3 ngày – 5 ngày loại metronidazol, hoặc phối hợp 2 loại kháng sinh nếu cần.

- Săn sóc tại chỗ: giữ sạch vết mổ (sau đại tiện rửa sạch hậu môn, thấm khô).

**2. Xử trí tai biến:**

- Chảy máu: ít gặp, do vết thương đã đuợc khâu chủ động, Thuờng đại tiện có dính ít máu. Nếu mức độ chảy máu nhiều (do khâu cầm máu không tốt), không tự cầm, cần kiểm tra lại vết mổ để cầm máu bằng đốt điện hay khâu.

- Đau: Thường dùng thuốc giảm đau loại paracetamol.

- Bí đái: Thuờng gặp sau gây tê tủy sống, hoặc do nguời bệnh đau nhiều cũng gây khó tiểu tiện. Nếu cần thiết phải đặt sonde bàng quang.

- Mất hoặc giảm tự chủ đại tiện: Thuờng mức độ nhẹ và tự khỏi hoặc tập phục hồi chức năng sẽ cải thiện.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa – chuyên khoa Phẫu thuật tiêu hóa và phẫu thuật nội soi- Bộ Y tế.

2. Sách Bài giảng bệnh học ngoại khoa tập I và tập II- Đại học Y Hà Nội.

## **115. CẮT U LÀNH TÍNH ỐNG HẬU MÔN (U CƠ, POLYP, …)**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

U lành tính ống hậu môn là dạng u do quá sản lành tính các tổ chức của ống hậu môn như polype, u cơ, adenome…Khối u nằm trong giới hạn ống hậu môn (từ trên đường lược 2 cm đến dưới đường lược 2 cm), có thể là một hay nhiều khối u đường kính từ vài milimet đến vài centimet, nhô lên bề mặt, có chân rộng hoặc hẹp (cuống). Thường có chỉ định cắt bỏ vì có nguy cơ chảy máu, chèn ép và ác tính hóa. Chỉ định can thiệp cần dựa vào kết quả mô bệnh học. U nhú tại đường lược là dạng thường gặp nhất, đã được đề cập trong một bài riêng.

**II. CHỈ ĐỊNH**

– U lành tính ống hậu môn kích thước > 5 mm, số lượng nhiều.

– U lành tính ống hậu môn làm người bệnh khó chịu do cảm giác ngứa, viêm nhiễm, chảy máu và đau hậu môn.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

– Chống chỉ định chung của can thiệp ngoại khoa.

– Khối u to, chân bám rộng, đã ung thư hoá.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:** Phẫu thuật viên tiêu hóa.

**2. Phương tiện:** Van hậu môn, tốt nhất có van Hill Ferguson, bộ dụng cụ trung phẫu.

**3. Người bệnh:**

- Được làm đầy đủ các xét nghiệm chuẩn bị cuộc mổ.

- Vệ sinh sạch sẽ, ăn nhẹ đến 22h ngày hôm trước.

- Được giải thích về quy trình, nguy cơ tai biến của phẫu thuật.

- Thụt tháo phân sạch .

- Sáng ngày mổ: nhịn ăn, uống, kháng sinh dự phòng.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:** Phụ khoa, có thể nằm sấp.

**2. Vô cảm:** Gây mê toàn thân, gây tê vùng hoặc gây tê tại chỗ.

**3. Kĩ thuật:**Thời gian mổ dự kiến 30 phút

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:

– Đánh giá thương tổn:

* Đặt van Hill – Ferguson vào hậu môn
* Đánh giá các thương tổn phối hợp

– Xác định chính xác chân khối u, cắt khối u sâu xuống lớp cơ thắt trong của ống hậu môn.

* Sinh thiết sát lớp cơ gửi giải phẫu bệnh
* Khâu kín diện cắt u.Có thể khâu mũi rời hoặc khâu vắt. Nên dùng loại chỉ nhỏ, tự tiêu (Vicryl 4.0 hoặc 5.0).

– Kiểm tra lại vết mổ: Cầm máu. Băng bétadine.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Theo dõi:**

– Thường cho kháng sinh, thuốc giảm đau 3 – 5 ngày. Uống thêm thuốc nhuận tràng, tránh táo bón đọng phân trong trực tràng gây kích thích đại tiện, gây đau kéo dài. Bắt đầu ăn trở lại sau mổ 6 giờ.

– Trường hợp u to, chân rộng, nhịn ăn 3 – 5 ngày, dùng thuốc gây táo bón tránh phân đi qua vết mổ.

– Săn sóc tại chỗ: giữ sạch vết mổ (sau đại tiện rửa sach hậu môn, thấm khô). Thay băng hàng ngày. Thường không cần đặt viên đạn điều trị trĩ (Proctolog) vào hậu môn.

**2. Xử trí tai biến**(xem bài Nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn – trực tràng):

– Phẫu thuật cắt u lành tính ống hậu môn đơn giản, ít mất máu, ít đau, ít biến chứng sau mổ.

– Chảy máu: có thể biểu hiện dạng tụ máu vùng khâu diện cắt. Nếu mức độ chảy máu nhiều, không tự cầm cần kiểm tra lại vết mổ để cầm máu bằng đốt điện hay khâu.

– Đau nhiều: dùng thuốc giảm đau.

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

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa – chuyên khoa Phẫu thuật tiêu hóa và phẫu thuật nội soi- Bộ Y tế.

2. Sách Bài giảng bệnh học ngoại khoa tập I và tập II- Đại học Y Hà Nội

## **116. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ ĐỨT CƠ THẮT HẬU MÔN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Đứt cơ thắt hậu môn có thể gây ra mất tự chủ hậu môn. Đây là hậu quả của các phẫu thuật can thiệp vào hệ thống cơ thắt như là phẫu thuật điều trị rò hậu môn và chấn thương (do đẻ đường dưới, do vết thương).

- Phẫu thuật bao gồm khâu nối cơ thắt, tái tạo lại vùng hậu môn, tầng sinh môn.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Mất tự chủ hậu môn do đứt cơ thắt sau phẫu thuật, chấn thương hay do vết thương. Khi các vết thương ở hậu môn – tầng sinh môn đã ổn định, ít nhất 4 tháng sau chấn thương hay phẫu thuật lần cuối.

- Người bệnh tỉnh táo, minh mẫn, thần kinh chi phối hệ thống cơ thắt còn nguyên

vẹn và hoạt động tốt.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Thương tổn cơ tròn quá rộng, trên một nửa chu vi hậu môn.

- Vết thương chưa lành hẳn (< 4 tháng).

- Mất tự chủ hậu môn do nguyên nhân thần kinh. Nguời bệnh già yếu, co thắt nhão, kém trương lực.

- Nhiễm trùng vùng hậu môn, tầng sinh môn.

- Bệnh lý toàn thân nặng không cho phép can thiệp phẫu thuật.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:** Phẫu thuật viên tiêu hóa.

**2. Phương tiện:** Van hậu môn, tốt nhất có van Hill Ferguson, bộ dụng cụ trung phẫu.

**3. Người bệnh:**

- Được làm đầy đủ các xét nghiệm chuẩn bị cuộc mổ.

- Vệ sinh sạch sẽ, ăn nhẹ đến 22h ngày hôm trước.

- Được giải thích về quy trình, nguy cơ tai biến của phẫu thuật.

- Thụt tháo phân sạch .

- Sáng ngày mổ: nhịn ăn, uống, kháng sinh dự phòng.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:** Sản khoa.

**2. Vô cảm:** Gây mê toàn thân, gây tê vùng hoặc gây tê tại chỗ.

**3. Kỹ thuật:**

- Đường rạch vòng theo nếp hậu môn hay ở mép hậu môn hoặc đường rạch hình nan hoa.

- Lấy sẹo ở da và niêm mạc.

- Phẫu tích các khối cơ tròn khỏi tổ chức xơ dính.

- Khâu cơ tròn hậu môn: nối trực tiếp bằng các mũi chữ U, chỉ chậm tiêu như Vicryl 2.0 hay số 3.0.

- Kiểm tra ống hậu môn không hẹp.

- Khâu niêm mạc hậu môn. Khâu từ trong ra ngoài, thuờng dùng chỉ chậm tiêu như

vicryl 4.0 hoặc 3.0. Có thể khâu vắt hoặc khâu mũi rời.

- Khâu lớp duới da và da.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Theo dõi:**

- Theo dõi tình trạng toàn thân và tại vùng phẫu thuật: Mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ, tri giác

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

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

- Dùng thuốc giảm đau, kháng sinh nếu cần; thuốc nhuận tràng, thuốc an thần buổi tối.

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

- Săn 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.

- Thuờng cho kháng sinh, 3 ngày – 5 ngày loại metronidazol, hoặc phối hợp 2 loại kháng sinh nếu cần.

- Săn sóc tại chỗ: giữ sạch vết mổ (sau đại tiện rửa sạch hậu môn, thấm khô).

**2. Xử trí tai biến:**

- Chảy máu: ít gặp, do vết thuơng đã đuợc khâu chủ động, Thuờng đại tiện có dính ít máu. Nếu mức độ chảy máu nhiều (do khâu cầm máu không tốt), không tự cầm, cần kiểm tra lại vết mổ để cầm máu bằng đốt điện hay khâu.

- Đau: Thường dùng thuốc giảm đau loại paracetamol.

- Bí đái: Thuờng gặp sau gây tê tủy sống, hoặc do nguời bệnh đau nhiều cũng gây khó tiểu tiện. Nếu cần thiết phải đặt sonde bàng quang.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa – chuyên khoa Phẫu thuật tiêu hóa và phẫu thuật nội soi- Bộ Y tế.

2. Sách Bài giảng bệnh học ngoại khoa tập I và tập II- Đại học Y Hà Nội.

## **117. PHẪU THUẬT CẮT LỌC, XỬ LÝ VẾT THƯƠNG TẦNG SINH MÔN ĐƠN GIẢN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Vết thương tầng sinh môn đơn giản là những vết thương phần mềm đơn thuần không kèm theo các thương tổn nặng vùng tiểu khung.

- Có nhiều nguyên nhân gây vết thương tầng sinh môn như do tai nạn giao thông, do ngồi vào vật nhọn, do tai biến sản khoa,…

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Vết thương phần mềm vùng tầng sinh môn.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Các vết thương tầng sinh môn kèm theo thương tổn khác ở tiểu khung như trực tràng, ống hậu môn, cơ thắt, niệu đạo, bàng quang, xương chậu,…

- Bệnh lý toàn thân nặng không cho phép can thiệp phẫu thuật.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:** Phẫu thuật viên tiêu hóa.

**2. Phương tiện:** Van hậu môn, tốt nhất có van Hill Ferguson, bộ dụng cụ trung phẫu.

**3. Người bệnh:**

- Được làm đầy đủ các xét nghiệm chuẩn bị cuộc mổ.

- Được giải thích về quy trình, nguy cơ tai biến của phẫu thuật.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:** Phụ khoa, có thể nằm sấp.

**2. Vô cảm:** Gây mê toàn thân, gây tê vùng hoặc gây tê tại chỗ.

**3. Kỹ thuật:**

- Lấy dị vật như sỏi, đá, mảnh tre…

- Làm sạch vết thương bằng nước muối, oxy già, betadine…

- Cắt lọc tổ chức dập nát hoặc hoại tử không còn mạch nuôi. Cố gắng bảo tồn tối đa da vùng tầng sinh môn, sẽ cắt lọc lần 2 nếu tổ chức bị hoại tử tiếp.

- Không khâu kín vết thương.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Chăm sóc và theo dõi:**

- Chăm sóc và theo dõi người bệnh như các trường hợp phẫu thuật vết thương phần mềm khác.

- Dùng kháng sinh toàn thân (metronidazol, cephalosporin thế hệ 3,…).

- Thay băng một đến nhiều lần trong ngày nếu vết thương rộng, bẩn.

**2. Xử trí tai biến:**

- Chảy máu: băng ép bằng gạc hoặc khâu cầm máu khi cần thiết.

- Nhiễm trùng: thay băng nhiều lần trong ngày, có thể cắt lọc lại lần 2, trong một số trường hợp phải làm hậu môn nhân tạo.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa – chuyên khoa Phẫu thuật tiêu hóa và phẫu thuật nội soi- Bộ Y tế.

2. Sách Bài giảng bệnh học ngoại khoa tập I và tập II- Đại học Y Hà Nội.

## **118. PHẪU THUẬT CẮT LỌC, XỬ LÝ VẾT THƯƠNG TẦNG SINH MÔN PHỨC TẠP**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Vết thương tầng sinh môn phức tạp là những vết thương tầng sinh môn có tổn thương cơ thắt, ống hậu môn hoặc và kèm theo các thương tổn nặng vùng tiểu khung như trực tràng, bàng quang, niệu đạo, xương chậu,…

- Có nhiều nguyên nhân gây vết thương tầng sinh môn như do tai nạn giao thông, do ngồi vào vật nhọn, do tai biến sản khoa,…

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Các vết thương tầng sinh môn kèm theo thương tổn khác ở tiểu khung như trực tràng, ống hậu môn, cơ thắt, niệu đạo, bàng quang, xương chậu,…

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Các vết thương tầng sinh môn kèm theo thương tổn khác ở tiểu khung như trực tràng, ống hậu môn, cơ thắt, niệu đạo, bàng quang, xương chậu,…

- Bệnh lý toàn thân nặng không cho phép can thiệp phẫu thuật.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:** Phẫu thuật viên tiêu hóa.

**2. Phương tiện:** Van hậu môn, tốt nhất có van Hill Ferguson, bộ dụng cụ trung phẫu.

**3. Người bệnh:**

- Được làm đầy đủ các xét nghiệm chuẩn bị cuộc mổ.

- Được giải thích về quy trình, nguy cơ tai biến của phẫu thuật.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:** Phụ khoa, có thể nằm sấp.

**2. Vô cảm:** Gây mê toàn thân, gây tê vùng hoặc gây tê tại chỗ.

**3. Kỹ thuật:**

- Lấy dị vật như sỏi, đá, mảnh tre,…

- Làm sạch vết thương bằng nước muối, oxy già, betadine,…

- Cắt lọc tổ chức dập nát hoặc hoại tử không còn mạch nuôi. Cố gắng bảo tồn tối đa da vùng tầng sinh môn, sẽ cắt lọc lần 2 nếu tổ chức bị hoại tử tiếp.

- Để hở vết thương.

- Xử lý thương tổn phối hợp:

+ Làm hậu môn nhân tạo bảo vệ trong các trường hợp có tổn thương cơ thắt 1/2 trên, tổ chức phần mềm dập nát, mất nhiều, vết thương thủng trực tràng,…

+ Dẫn lưu bàng quang trong trường hợp có tổn thương niệu đạo, bàng quang,…

+ Các thương tổn cơ thắt, niệu đạo, trực tràng,… phức tạp nên xử lý thì 2 khi người bệnh đã ổn định, vết thương phần mềm sạch hoặc đã liền.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Chăm sóc và theo dõi:**

- Chăm sóc và theo dõi người bệnh như các trường hợp phẫu thuật vết thương phần mềm khác.

- Dùng kháng sinh toàn thân (metronidazol, cephalosporin thế hệ 3,…).

- Thay băng một đến nhiều lần trong ngày nếu vết thương rộng, bẩn.

**2. Xử trí tai biến:**

- Chảy máu: băng ép bằng gạc hoặc khâu cầm máu khi cần thiết.

- Nhiễm trùng: thay băng nhiều lần trong ngày, có thể cắt lọc lại lần 2, trong một số trường hợp phải làm hậu môn nhân tạo.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa – chuyên khoa Phẫu thuật tiêu hóa và phẫu thuật nội soi- Bộ Y tế.

2. Sách Bài giảng bệnh học ngoại khoa tập I và tập II- Đại học Y Hà Nội.

## **119. CÁC PHẪU THUẬT HẬU MÔN KHÁC**

## **120. CẦM MÁU NHU MÔ GAN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Chấn thương gan là một trong những cấp cứu ngoại khoa thường gặp và nguy hiểm nếu không phát hiện và xử trí kịp thời

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Khâu gan thường được thực hiện khi vỡ gan mà phẫu thuật viên đánh giá không cần phải cắt gan.

- Trong một số trường hợp khâu gan có tác dụng cầm máu để cứu sống người bệnh và giải quyết tổn thương gan ở thì mổ sau.

- Khi gan vỡ gây chảy máu mà không có tổn thương đứt đường mật phân thuỳ, hạ phân thuỳ và tổn thương gan không lan rộng quá một hạ phân thuỳ.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân nặng không cho phép can thiệp phẫu thuật.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

- Là phẫu thuật viên chuyên khoa ngoại tiêu hoá, gan mật.

**2. Phương tiện:**

- Khung van xích nâng thành bụng.

- Bộ dụng cụ đại phẫu tiêu hoá.

- Bộ dụng cụ mạch máu: clamp mạch máu các loại, dụng cụ khâu nối mạch máu 4.0, 5.0…

- Chỉ tiêu 3.0, 4.0, chỉ không tiêu 4.0,5.0…

**3. Người bệnh:**

- Người bệnh phải được làm các xét nghiệm cơ bản phục vụ cuộc mổ, hoặc trong trường hợp mất máu tối khẩn cấp không kịp làm xét nghiệm có thể mổ ngay để cứu sống bệnh nhân.

- Người bệnh hoặc người nhà được giải thích đầy đủ về bệnh lý, về quy trình phẫu thuật, các tai biến rủi ro có thể xảy ra trong và sau phẫu thuật.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Thì 1: mở bụng. Đường mở thường sử dụng đường trắng giữa trên rốn kéo dài xuống dưới rốn. Trong một số trường hợp bệnh nhân béo, tổn thương chắc chắn vỡ gan có thể sử dụng đường Mercedes hoặc đường Kehr.

- Thì 2: đánh giá tổn thương. Trong trường hợp mở bụng máu trào ra nhiều thì báo với bác sỹ gây mê hồi sức sẵn sàng bù máu, dịch. Không nên hút ngay lập tức hết máu mà cần mở bụng rộng rãi nhanh chóng cắt dây chằng tròn và chèn chặt gạc lớn vào dưới vòm hoành và chèn chặt dưới hay thuỳ gan phải và trái để cầm máu tạm thời. Lúc này dùng máy hút hút máu cục (có thể đổ huyết thanh mặn nóng để bệnh nhân không bị mất nhiệt).

+ Đánh giá các tổn thương, thăm dò toàn bộ ổ bụng theo trình tự: vòm hoành trái, lách, tuỵ, dạ dày, tá tràng, ruột non, đại tràng, mạc treo ruột, thận niệu quản hai bên, bàng quang, tình trạng tụ máu sau phúc mạc,... để thống kê toàn bộ các tổn thương trong ổ bụng ngoài gan.

+ Lúc này quay trở lại đánh giá tổn thương gan: vị trí, đường vỡ, tình trạng nhu mô gan để quyết định chèn gạc, khâu gan hay cắt gan.

+ Cắt gan được chỉ định khi: tổn thương dập nát nhu mô gan không còn khả năng hồi phục hoặc tổn thương đứt các thành phần trong bao Glisson, đứt tĩnh mạch gan chi phối gây hoại tử gan. Cắt gan bé khi tổn thương dưới hai hạ phân thuỳ. Cắt gan lớn khi tổn thương từ bên ba hạ phân thuỳ. Trong trường hợp tổn thương gan phải lan rộng sang gan trái hoặc tổn thương gan trái lan rộng sang bên phải thì phải cân nhắc cắt gan tránh suy gan sau mổ. (Trong trường hợp này bằng mọi cách chỉ cần cầm máu tạm thời bằng khâu chèn gạc và chuyển về tuyến trên).

- Thì 3: giải phóng gan. Thì này rất quan trọng để làm dễ dàng kiểm soát cầm máu gan trong quá trình cắt gan cũng như trong quá trình khâu gan cầm máu. Cắt dây chằng giải phóng gan. Tổn thương gan phải cũng như tổn thương gan trái cần giải phóng toàn bộ gan: cắt dây chằng tròn, dây chằng liềm, dây chằng tam giác trái, phục mạc sau bờ dưới gan phải, mở mạc nối nhỏ. Trong quá trình giải phóng gan, phẫu thuật viên phải chú ý không để người phụ dùng máy hút hút máu tại nơi vỡ gan mà phải cầm máu bằng chèn gạc vào nơi gan vỡ.

- Thì 4: Khẫu gan vỡ

Cách khâu gan: 3 cách khâu:

+ Khâu mũi chữ U

+ Khâu mũi chữ X

+ Khâu thường.

Khâu sao cho máu không chảy ở diện cắt là được, có thể đùng chỉ nhỏ như prolene 3/0, 4/0... đến chỉ catgut to. Có thể khâu chỉ ở trong diện vỡ gan, có thể khâu ở ngoài nhu mô gan lành để ép 2 mép cầm máu.

- Thì 5: kiểm tra. Rửa ổ bụng bằng huyết thanh ấm, kiểm tra kỹ diện cắt gan, có thể khâu tăng cường bằng các mũi chữ U. Tuỳ vị trí tổn thương gan và hình thái cắt gan, có thể cắt túi mật, kiểm soát rò mật bằng đặt ống sonde nhựa nhỏ qua cổ túi mật vào ống mật chủ.

- Thì 6: đặt dẫn lưu ổ bụng và đóng bụng. Nên đặt nhiều dẫn lưu ở diện cắt gan và ở dưới gan qua đường dưới sườn phải. Lau ổ bụng. Đóng bụng theo các lớp giải phẫu.

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

1. Theo dõi.

- Theo dõi sát mạch, huyết áp và toàn trạng trong 48h đầu.

- Theo dõi số lượng dịch dẫn lưu, màu sắc.

- Kiểm tra chức năng gan, điện giải đồ, công thức máu sau mổ.

- Bồi phụ đầy đủ dịch và điện giải. Truyền máu khi Hematocrit < 30%.

2. Một số biến chứng cần lưu ý. chảy máu sau mổ, áp xe tồn dư, suy gan, viêm phúc mạc, tràn dịch màng phổi,... cần phát hiện và xử lý kịp thời để giảm tỷ lệ tử vong. Trường hợp quá khả năng điều trị chuyển về tuyến trên.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa – chuyên khoa Phẫu thuật gan mật- Bộ Y tế.

2. Sách Bài giảng bệnh học ngoại khoa tập I và tập II- Đại học Y Hà Nội.

## **121. CHÈN GẠC NHU MÔ GAN CẦM MÁU**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Chấn thương gan là một trong những cấp cứu ngoại khoa thường gặp và nguy hiểm nếu không phát hiện và xử trí kịp thời

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Trong những trường hợp chấn thương gan nặng độ IV, V và VI có mất máu nhiều, tình trạng bệnh nhân đang choáng nặng hoặc cơ sở phẫu thuật không đủ điều kiện thực hiện cắt gan hoặc phẫu thuật viên không có nhiều kinh nghiệm về phẫu thuật gan.

- Chèn gạc còn thực hiện ở những trường hợp sau khi cắt gan hoặc sau khi khâu gan còn rỉ máu ở diện cắt.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân nặng không cho phép can thiệp phẫu thuật.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

- Là phẫu thuật viên chuyên khoa ngoại tiêu hoá, gan mật.

**2. Phương tiện:**

- Dụng cụ phẫu thuật tiêu hoá thông thường.

- Chỉ khâu mạch máu Prolene 4/0, 5/0; chỉ Vicryl 2/0, 3/0.

- Dao điện, máy hút, dao siêu âm (nếu có).

- Hệ thống van kéo tự động (nếu có).

**3. Người bệnh:**

- Người bệnh phải được làm các xét nghiệm cơ bản phục vụ cuộc mổ, hoặc trong trường hợp mất máu tối khẩn cấp không kịp làm xét nghiệm có thể mổ ngay để cứu sống bệnh nhân.

- Người bệnh hoặc người nhà được giải thích đầy đủ về bệnh lý, về quy trình phẫu thuật, các tai biến rủi ro có thể xảy ra trong và sau phẫu thuật.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:**

- Người bệnh nằm ngửa, có thể kê tấm độn dưới lưng ngang vị trí mũi ức. Dạng 2 tay

- Phẫu thuật viên đứng bên phải người bệnh, bác sĩ phụ 1 đứng bên trái, phụ 2(nếu có) đứng trên bác sĩ phụ 1.

**2. Vô cảm:** Gây mê nội khí quản, có giãn cơ.

**3. Kỹ thuật:**

- Thì 1: Rạch da theo đường trắng giữa, đường chữ J, đường Mercedes.

- Thì 2: đánh giá tổn thương. Trong trường hợp mở bụng máu trào ra nhiều thì báo với bác sỹ gây mê hồi sức sẵn sàng bù máu, dịch. Không nên hút ngay lập tức hết máu mà cần mở bụng rộng rãi nhanh chóng cắt dây chằng tròn và chèn chặt gạc lớn vào dưới vòm hoành và chèn chặt dưới hay thuỳ gan phải và trái để cầm máu tạm thời. Lúc này dùng máy hút hút máu cục (có thể đổ huyết thanh mặn nóng để bệnh nhân không bị mất nhiệt).

+ Đánh giá các tổn thương, thăm dò toàn bộ ổ bụng theo trình tự: vòm hoành trái, lách, tuỵ, dạ dày, tá tràng, ruột non, đại tràng, mạc treo ruột, thận niệu quản hai bên, bàng quang, tình trạng tụ máu sau phúc mạc,... để thống kê toàn bộ các tổn thương trong ổ bụng ngoài gan.

+ Lúc này quay trở lại đánh giá tổn thương gan: vị trí, đường vỡ, tình trạng nhu mô gan để quyết định chèn gạc, khâu gan hay cắt gan.

+ Cắt gan được chỉ định khi: tổn thương dập nát nhu mô gan không còn khả năng hồi phục hoặc tổn thương đứt các thành phần trong bao Glisson, đứt tĩnh mạch gan chi phối gây hoại tử gan. Cắt gan bé khi tổn thương dưới hai hạ phân thuỳ. Cắt gan lớn khi tổn thương từ bên ba hạ phân thuỳ. Trong trường hợp tổn thương gan phải lan rộng sang gan trái hoặc tổn thương gan trái lan rộng sang bên phải thì phải cân nhắc cắt gan tránh suy gan sau mổ. (Trong trường hợp này bằng mọi cách chỉ cần cầm máu tạm thời bằng khâu chèn gạc và chuyển về tuyến trên).

- Thì 3: giải phóng gan. Thì này rất quan trọng để làm dễ dàng kiểm soát cầm máu gan trong quá trình cắt gan cũng như trong quá trình khâu gan cầm máu. Cắt dây chằng giải phóng gan. Tổn thương gan phải cũng như tổn thương gan trái cần giải phóng toàn bộ gan: cắt dây chằng tròn, dây chằng liềm, dây chằng tam giác trái, phục mạc sau bờ dưới gan phải, mở mạc nối nhỏ. Trong quá trình giải phóng gan, phẫu thuật viên phải chú ý không để người phụ dùng máy hút hút máu tại nơi vỡ gan mà phải cầm máu bằng chèn gạc vào nơi gan vỡ.

- Thì 4: Chèn gạc:

+ Chèn gạc có mục đích duy nhất cầm máu và để mổ lại ở thì sau. Để gạc sao cho gan được ép và bọc kín xung quanh.

+ Chèn gạc có thể rút dần tại bệnh phòng không nhất thiết phải mổ lại. Để một miếng gạc lớn vào diện cần cầm máu như một túi, cho mép gạc lớn ra ngoài vết mổ. Xếp thứ tự từng meche chèn cho đầy khoảng trống (có gạc lớn bao bọc), đánh dấu đầu meche cho ra ngoài ổ bụng qua vết mổ và rút dần. Gạc lớn sẽ được rút cuối cùng

- Thì 5: kiểm tra. Rửa ổ bụng bằng huyết thanh ấm, kiểm tra kỹ diện cắt gan, có thể khâu tăng cường bằng các mũi chữ U. Tuỳ vị trí tổn thương gan và hình thái cắt gan, có thể cắt túi mật, kiểm soát rò mật bằng đặt ống sonde nhựa nhỏ qua cổ túi mật vào ống mật chủ.

- Thì 6: đặt dẫn lưu ổ bụng và đóng bụng. Nên đặt nhiều dẫn lưu ở diện cắt gan và ở dưới gan qua đường dưới sườn phải. Lau ổ bụng. Đóng bụng theo các lớp giải phẫu.

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

1. Theo dõi:

- Trong 24h đầu: người bệnh thở oxy, theo dõi sát mạch, huyết áp, nhiệt độ, nước tiểu, dẫn lưu.Làm xét nghiệm công thức máu, đông máu cơ bản, sinh hoá: chức năng gan thận, điện giải ngày thứ 1 sau mổ.

- Vào ngày thứ 2 sau mổ có thể cho ăn trở lại, thức ăn từ lỏng đến đặc dần, số lượng tăng dần.

2. Xử trí biến chứng:

- Chảy máu:

+ Truyền máu, hồi sức tích cực

+ Can thiệp nút mạch dưới điện quang hoặc mổ lại cầm máu.

- Ápxe, ổ dịch tồn dư:

+ Điều trị kháng sinh liều cao

+ Dẫn lưu dưới hướng dẫn siêu âm

- Rò mật:

+ Hiếm gặp, rò từ các đường mật tận ở ngoại vi. Cần lưu dẫn lưu lâu ngày.

+ Mổ lại nếu rò mật >6 tuần không hết

- Viêm phúc mạc mật:

+ Kháng sinh liều cao.

+ Mổ lại làm sạch, xử lý chỗ rò mật, dẫn lưu rộng rãi.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa – chuyên khoa Phẫu thuật gan mật- Bộ Y tế.

2. Sách Bài giảng bệnh học ngoại khoa tập I và tập II- Đại học Y Hà Nội.

## **122. LẤY MÁU TỤ BAO GAN**

## **123. CẮT CHỎM NANG GAN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Nang gan đơn thuần là những nang chứa dịch, có thể đơn độc hoặc nhiều nang (bệnh lý gan đa nang bẩm sinh hoặc nằm trong bệnh lý gan thận đa nang)

- Cần chẩn đoán phân biệt với các nang đường mật trong gan, nang do kí sinh trùng.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Nang gan có triệu chứng: đau, nhiễm trùng, chảy máu.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh có rối loạn đông máu, nhiễm trùng toàn thân nặng,

- Có chống chỉ định gây mê toàn thân: bệnh lý tim mạch, hô hấp nặng.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

- Là phẫu thuật viên chuyên khoa tiêu hoá, gan mật.

**2. Phương tiện:**

- Dụng cụ phẫu thuật tiêu hoá thông thường.

- Chỉ khâu mạch máu Prolene 4/0, 5/0; chỉ Vicryl 2/0, 3/0.

- Dao điện, máy hút, dao siêu âm (nếu có).

- Hệ thống van kéo tự động (nếu có).

**3. Người bệnh:**

- Vệ sinh sạch sẽ, ăn nhẹ đến 22h ngày hôm trước.

- Được giải thích về quy trình, nguy cơ tai biến của phẫu thuật.

- Thụt tháo sạch đại tràng.

- Sáng ngày mổ: nhịn ăn, sát khuẩn vùng bụng.

- Tại thời điểm rạch da: kháng sinh dự phòng.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:**

- Người bệnh nằm ngửa, có thể kê tấm độn dưới lưng ngang vị trí mũi ức. Dạng 2 tay

- Phẫu thuật viên đứng bên phải người bệnh, bác sĩ phụ 1 đứng bên trái, phụ 2(nếu có) đứng trên bác sĩ phụ 1.

**2. Vô cảm:** Gây mê nội khí quản, có giãn cơ.

**3. Kỹ thuật:**

Bước 1: Rạch da theo đường trắng giữa, hoặc đường Kehr, đường chữ J, đường Mercedes tuỳ vị trí của nang.

Bước 2: Cắt dây chằng tròn, bộc lộ, thăm dò chung ổ bụng.

Bước 3: giải phòng và di động gan: cắt dây chằng liềm, dây chằng tam giác, dây chằng vành phải và trái nhằm bộc lộ hoàn toàn nang. Đánh giá lại số lượng, vị trí kích thước nang.

Bước 4: Chọc dò dịch nang, gửi làm sinh hoá: thửu Bilirubin, amylase; gửi vi sinh cấy vi khuẩn.

Bước 5: Cắt chỏm nang gan, cắt nang sát nhu mô gan, đảm bảo chỏm nang được cắt rộng rãi. Sau cắt rộng chỏm nang kéo mạc nối lớn che toàn bộ nang, khâu cố định mạc nối lớn.

Bước 6: cầm máu kĩ, đặt 1-2 dẫn lưu dưới gan và ngay cạnh vị trí cắt chỏm nang. Đóng bụng theo các lớp giải phẫu.

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

1. Theo dõi:

- Trong 24h đầu: người bệnh thở oxy, theo dõi sát mạch, huyết áp, nhiệt độ, nước tiểu, dẫn lưu.Làm xét nghiệm công thức máu, đông máu cơ bản, sinh hoá: chức năng gan thận, điện giải ngày thứ 1 sau mổ.

- Vào ngày thứ 2 sau mổ có thể cho ăn trở lại, thức ăn từ lỏng đến đặc dần, số lượng tăng dần.

2. Xử trí biến chứng:

- Chảy máu:

+ Truyền máu, hồi sức tích cực

+ Can thiệp nút mạch dưới điện quang hoặc mổ lại cầm máu.

- Ápxe, ổ dịch tồn dư:

+ Điều trị kháng sinh liều cao

+ Dẫn lưu dưới hướng dẫn siêu âm

- Rò mật:

+ Hiếm gặp, rò từ các đường mật tận ở ngoại vi. Cần lưu dẫn lưu lâu ngày.

+ Mổ lại nếu rò mật >6 tuần không hết

- Viêm phúc mạc mật:

+ Kháng sinh liều cao.

+ Mổ lại làm sạch, xử lý chỗ rò mật, dẫn lưu rộng rãi.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa – chuyên khoa Phẫu thuật gan mật- Bộ Y tế.

2. Sách Bài giảng bệnh học ngoại khoa tập I và tập II- Đại học Y Hà Nội.

## **124. DẪN LƯU ÁP XE GAN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Áp xe gan là do tổ chức tế bào gan bị phá hủy tạo thành ổ mủ ở gan

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Các ổ áp xe gan lớn >5cm.

- Áp xe gan có triệu chứng: đau, sốt, không đáp ứng với điều trị nội khoa.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân nặng không cho phép can thiệp thủ thuật.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

- Là phẫu thuật viên chuyên khoa tiêu hoá, gan mật hoặc bác sĩ chẩn đoán hình ảnh

**2. Phương tiện:**

- Máy siêu âm với đầu dò 2-5Mhz

- Kim chọc, sonde dẫn lưu.

- Chỉ khâu cố định sonde.

**3. Người bệnh:**

- Người bệnh phải được làm đầy đủ xét nghiệm.

- Người bệnh được giải thích đầy đủ về bệnh lý, về quy trình phẫu thuật, các tai biến rủi ro có thể xảy ra trong và sau phẫu thuật.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:**

- Người bệnh nằm ngửa hoặc nghiêng phải, tuỳ theo vị trí ổ áp-xe

**2. Vô cảm:** Tê tại chỗ

**3. Kỹ thuật:**

Bước 1: Đặt đầu dò siêu âm, xác định vị trí ổ áp-xe. Xác định vị trí tiếp cận ổ áp- xe thuận lợi nhất, tránh các mạch máu lớn.

Bước 2: Gây tê tại chỗ dự kiến chọc.

Bước 3: Rạch da 0,5cm, chọc kim dẫn đường qua da dưới hướng dẫn siêu âm, hút mủ gửi vi sinh.

Bước 4: Sau khi xác định chính xác kim đã ở trong ổ áp-xe, luồn ống dẫn lưu theo.

Bước 5: Cố định dẫn lưu.

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

**1. Theo dõi**

- Trong 24h đầu: Theo dõi sát mạch, huyết áp, nhiệt độ, nước tiểu, dẫn lưu.

- Làm xét nghiệm công thức máu, đông máu cơ bản, sinh hoá: chức năng gan thận, điện giải ngày thứ 1 sau mổ.

2. Xử trí biến chứng:

- Chảy máu:

. Truyền máu, hồi sức tích cực.

. Can thiệp nút mạch dưới điện quang hoặc mổ lại cầm máu.

- Viêm phúc mạc:

. Điều trị kháng sinh liều cao

. Phẫu thuật mở bụng rộng rãi, lau rửa.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa – chuyên khoa Phẫu thuật gan mật- Bộ Y tế.

2. Sách Bài giảng bệnh học ngoại khoa tập I và tập II- Đại học Y Hà Nội.

## **125. DẪN LƯU ÁP XE TỒN DƯ SAU MỔ GAN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Áp-xe tồn dư sau mổ gan là những ổ mủ có vỏ sau phẫu thuật cắt gan. Áp-xe tồn dư có thể là máu tụ, ổ dịch nhiễm trùng hoặc các ổ dịch mật.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Các ổ áp xe gan lớn >5cm.

- Áp xe gan có triệu chứng: đau, sốt, không đáp ứng với điều trị nội khoa.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh có rối loạn đông máu, nhiễm trùng toàn thân nặng,

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:** phẫu thuật viên chuyên khoa ngoại tiêu hoá, gan mật hoặc bác sĩ chẩn đoán hình ảnh

**2. Phương tiện:**

- Máy siêu âm với đầu dò 2-5Mhz

- Kim chọc, sonde dẫn lưu.

- Chỉ khâu cố định sonde.

**3. Người bệnh:**

- Nhịn ăn 6 giờ trước mổ.

- Được giải thích về quy trình, nguy cơ tai biến của thủ thuật.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:**

- Người bệnh nằm ngửa hoặc nghiêng phải, tuỳ theo vị trí ổ áp-xe

**2. Vô cảm:** Tê tại chỗ

**3. Kỹ thuật:**

Bước 1: Đặt đầu dò siêu âm, xác định vị trí ổ áp-xe. Xác định vị trí tiếp cận ổ áp- xe thuận lợi nhất, tránh các mạch máu lớn.

Bước 2: Gây tê tại chỗ dự kiến chọc.

Bước 3: Rạch da 0,5cm, chọc kim dẫn đường qua da dưới hướng dẫn siêu âm, hút mủ gửi vi sinh.

Bước 4: Sau khi xác định chính xác kim đã ở trong ổ áp-xe, luồn ống dẫn lưu theo.

Bước 5: Cố định dẫn lưu.

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

**1. Theo dõi**

- Trong 24h đầu: Theo dõi sát mạch, huyết áp, nhiệt độ, nước tiểu, dẫn lưu.

- Làm xét nghiệm công thức máu, đông máu cơ bản, sinh hoá: chức năng gan thận, điện giải ngày thứ 1 sau mổ.

**2. Xử trí biến chứng:**

- Chảy máu:

. Truyền máu, hồi sức tích cực.

. Can thiệp nút mạch dưới điện quang hoặc mổ lại cầm máu.

- Viêm phúc mạc:

. Điều trị kháng sinh liều cao

. Phẫu thuật mở bụng rộng rãi, lau rửa.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa – chuyên khoa Phẫu thuật gan mật- Bộ Y tế.

2. Sách Bài giảng bệnh học ngoại khoa tập I và tập II- Đại học Y Hà Nội.

## **126. MỞ THÔNG TÚI MẬT**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Túi mật có 3 phần: đáy, thân, cổ túi mật. Đáy túi mật nằm ở chỗ khuyết của bờ gan trước. Đáy túi mật tự do là nơi - để mở thông túi mật.

- Là phẫu thuật tạm thời trên những bệnh nhân nặng, không có khả năng cắt túi mật.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Túi mật căng to dọa vỡ

- Túi mật căng to so sỏi ống mật chủ

- Viêm tụy cấp mở thông túi mật để giảm áp

- Chấn thương gan

- Hoặc những tình huống khẩn cấp không cho phép làm tối đa

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh có rối loạn đông máu, nhiễm trùng toàn thân nặng,

- Có chống chỉ định gây mê toàn thân: bệnh lý tim mạch, hô hấp nặng.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Phẫu thuật viên chuyên khoa 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 gan mật.

**3. Người bệnh:**

- Được làm đầy đủ các xét nghiệm chuẩn bị cuộc mổ.

- Được giải thích về quy trình, nguy cơ tai biến của phẫu thuật.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1.Tư thế:**

- Người bệnh nằm ngửa, có thể kê tấm độn dưới lưng ngang vị trí mũi ức, 2 tay dạng

- Phẫu thuật viên đứng bên phải người bệnh, bác sĩ phụ 1 đứng bên trái, phụ 2(nếu có) đứng trên bác sĩ phụ 1.

**2. Vô cảm:** Gây mê nội khí quản, có giãn cơ.

**3. Kỹ thuật:**

Bước 1: rạch da đường trắng giữa trên rốn hoạc dưới sườn phải

Bước 2: tìm túi mật, trèn gạc xung quanh để tránh dịch mật tràn vào ổ bụng

Bước 3: thăm khám túi mật

Bước 4: mở túi mật, khâu mũi túi, đặt sonde malecot dẫn lưu đường mật

Bước 5: khâu cố định túi mật vào thành bụng hoặc cuốn mạc nối lớn để cách ly với ổ bụng

Bước 6: đóng bụng theo giải phẫu

**VI. THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG**

**1. Theo dõi:**

- Trong 24h đầu: người bệnh thở oxy, theo dõi sát mạch, huyết áp, nhiệt độ, nước tiểu, dẫn lưu.

- Làm xét nghiệm công thức máu, đông máu cơ bản, sinh hoá: chức năng gan thận, điện giải ngày thứ 1 sau mổ.

- Vào ngày thứ 2 sau mổ có thể cho ăn trở lại, thức ăn từ lỏng đến đặc dần, số lượng tăng dần.

**2. Xử trí biến chứng:**

- Chảy máu:

. Truyền máu, hồi sức tích cực.

. Can thiệp nút mạch dưới điện quang hoặc mổ lại cầm máu.

- Ápxe, ổ dịch tồn dư:

. Điều trị kháng sinh liều cao

. Dẫn lưu dưới hướng dẫn siêu âm

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa – chuyên khoa Phẫu thuật tiêu hóa và phẫu thuật nội soi- Bộ Y tế.

2. Sách Bài giảng bệnh học ngoại khoa tập I và tập II- Đại học Y Hà Nội.

## **127. CẮT TÚI MẬT**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Cắt túi mật là một thủ tục phẫu thuật để loại bỏ túi mật - một cơ quan hình quả lê nằm ngay dưới gan vào phía trên bên phải của bụng.

- Phẫu thuật cắt túi mật là phẫu thuật mở cắt túi mật, phẫu thuật này hiện được dần thay thế bằng phẫu thuật nội soi cắt túi mật.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Sỏi mật trong túi mật (sỏi mật).

- Sỏi mật trong ống dẫn mật (choledocholithiasis).

- Viêm túi mật.

- Viêm tụy do sỏi túi mật

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh có rối loạn đông máu, nhiễm trùng toàn thân nặng,

- Có chống chỉ định gây mê toàn thân: bệnh lý tim mạch, hô hấp nặng.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

- Là phẫu thuật viên chuyên khoa ngoại tiêu hóa , gan mật.

**2. Phương tiện:**

- Dụng cụ phẫu thuật tiêu hoá thông thường.

- Chỉ khâu mạch máu Prolene 4/0, 5/0; chỉ Vicryl 2/0, 3/0.

- Dao điện, máy hút.

- Hệ thống van kéo tự động (nếu có).

**3. Người bệnh:**

- Vệ sinh sạch sẽ, ăn nhẹ đến 22h ngày hôm trước.

- Được giải thích về quy trình, nguy cơ tai biến của phẫu thuật.

- Được chụp cắt lớp vi tính hoặc MRI ổ bụng đánh giá bất thường đường mật.

- Thụt tháo phân sạch, sáng ngày mổ: nhịn ăn, uống, kháng sinh dự phòng.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1.Tư thế:**

- Người bệnh nằm ngửa, có thể kê tấm độn dưới lưng ngang vị trí mũi ức. Tay phải dạng, tay trái khép.

- Phẫu thuật viên đứng bên phải người bệnh, bác sĩ phụ 1 đứng bên trái, phụ 2(nếu có) đứng trên bác sĩ phụ 1.

**2.Vô cảm:** Gây mê nội khí quản, có giãn cơ.

**3. Kỹ thuật:**

- Bước 1: mở bụng: rạch da đường trắng giữa trên rốn hoặc đường dưới sườn phải

- Bước 2: đánh giá tổn thương túi mật: viêm, hoại tử, sỏi túi mật…. thăm dò các tạng khác trong ổ bụng : gan, dạ dày…..

- Bước 3: cắt tui mật xuôi dòng: cầm máu các mạch máu nhỏ đi ra từ giường túi mật, bộc lộ động mạch túi mật, ống cổ túi mật, cắt túi mật tránh làm tổn thương ống mật chủ

- Bước 4: lau rửa sạch ổ bụng, đặt dẫn lưu dưới gan

- Bước 5: đóng bụng theo các lớp giải phẫu

**VI. THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG**

1. Theo dõi:

- Trong 24h đầu: người bệnh thở oxy, theo dõi sát mạch, huyết áp, nhiệt độ, nước tiểu, dẫn lưu.

- Làm xét nghiệm công thức máu, đông máu cơ bản, sinh hoá: chức năng gan thận, điện giải ngày thứ 1 sau mổ.

- Vào ngày thứ 2 sau mổ có thể cho ăn trở lại, thức ăn từ lỏng đến đặc dần, số lượng tăng dần.

2. Xử trí biến chứng:

- Chảy máu:

+ Truyền máu, hồi sức tích cực.

+ Can thiệp nút mạch dưới điện quang hoặc mổ lại cầm máu.

- Áp xe, ổ dịch tồn dư:

+ Điều trị kháng sinh liều cao

+ Dẫn lưu dưới hướng dẫn siêu âm

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa – chuyên khoa Phẫu thuật tiêu hóa và phẫu thuật nội soi- Bộ Y tế.

2. Sách Bài giảng bệnh học ngoại khoa tập I và tập II- Đại học Y Hà Nội.

## **128. MỞ ỐNG MẬT CHỦ LẤY SỎI ĐƯỜNG MẬT, DẪN LƯU ĐƯỜNG MẬT**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Sỏi ống mật chủ (OMC) là bệnh thường gặp ở nước ta. Trước đây, sỏi OMC chiếm tới 80 - 90% trong tổng số sỏi mật; gần đây, do tỷ lệ sỏi túi mật ngày càng gia tăng, làm tỷ lệ sỏi OMC giảm đáng kể (khoảng 50 - 60%).

- Khác với sỏi OMC ở các nước Âu, Mỹ (chủ yếu là sỏi Cholesterol và di chuyển từ túi mật xuống); bệnh lý sỏi OMC ở Việt Nam rất phức tạp, thành phần chủ yếu của sỏi OMC là sắc tố mật, nhân là xác hay trứng giun đũa. Yếu tố giun chui đường mật và nhiễm trùng đóng vai trò quan trọng trong cơ chế hình thành sỏi.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Sỏi ống mật chủ

- Tắc mật cấp

-Viêm phúc mạc mật, thấm mật phúc mạc

- Nhiễm trùng đường mật

- Viêm tụy cấp do sỏi ống mật chủ

- Sỏi đường mật trong gan

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh lý toàn thân nặng không cho phép can thiệp phẫu thuật.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:** phẫu thuật viên chuyên khoa tiêu hoá hoặc gan mật.

**2. Phương tiện:** Bộ dụng cụ phẫu thuật chuyên khoa, các vật tư tiêu hao, trang thiết bị cho một cuộc phẫu thuật gan mật.

**3. Người bệnh:**

- Được làm đầy đủ các xét nghiệm chuẩn bị cuộc mổ.

- Vệ sinh sạch sẽ, ăn nhẹ đến 22h ngày hôm trước.

- Được giải thích về quy trình, nguy cơ tai biến của phẫu thuật.

- Chuẩn bị đại tràng sạch.

- Sáng ngày mổ: nhịn ăn uống, kháng sinh dự phòng.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1.Tư thế:**

- Người bệnh nằm ngửa, có thể kê tấm độn dưới lung ngang vị trí mũi ức. Dạng 2 tay

- Phẫu thuật viên đứng bên phải người bệnh, bác sĩ phụ 1 đứng bên trái, phụ 2(nếu có) đứng trên bác sĩ phụ 1.

**2. Vô cảm:** Gây mê nội khí quản,.

**3. Kỹ thuật:**

Bước 1: mở bụng: rạch da đường trắng giữa trên rốn hoặc đường dưới sườn phải

Bước 2: đánh giá tổn thương

Bước 3: bộc lộ ống mật chủ

Bước 4: mở ống mật chủ, khâu treo và cầm máu ống mật chủ

Bước 5: lấy sỏi ống mật chủ

Bước 6: kiểm tra và nong cơ oddi

Bước 7: đặt dẫn lưu kehr và cố định

Bước 8: đặt dẫn lưu dưới gan

Bước 9: đóng bụng theo giải phẫu

**VI. THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG**

**1. Theo dõi:**

- Trong 24h đầu: người bệnh thở oxy, theo dõi sát mạch, huyết áp, nhiệt độ, nước tiểu, dẫn lưu.

- Làm xét nghiệm công thức máu, đông máu cơ bản, sinh hoá: chức năng gan thận, điện giải ngày thứ 1 sau mổ.

- Vào ngày thứ 2 sau mổ có thể cho ăn trở lại, thức ăn từ lỏng đến đặc dần, số lượng tăng dần.

**2. Xử trí biến chứng:**

- Chảy máu:

+ Truyền máu, hồi sức tích cực.

+ Can thiệp nút mạch dưới điện quang hoặc mổ lại cầm máu.

- Áp xe, ổ dịch tồn dư:

+ Điều trị kháng sinh liều cao

+ Dẫn lưu dưới hướng dẫn siêu âm.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa – chuyên khoa Phẫu thuật tiêu hóa và phẫu thuật nội soi- Bộ Y tế.

2. Sách Bài giảng bệnh học ngoại khoa tập I và tập II- Đại học Y Hà Nội.

## **129. KHÂU VẾT THƯƠNG TỤY VÀ DẪN LƯU**

## **130. CẮT LÁCH DO CHẤN THƯƠNG**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Vỡ lách là một cấp cứu ngoại khoa, thường xảy ra do chấn thương bụng kín, gây tràn máu vào trong ổ bụng. Tùy thuộc vào kích thước của khối lách vỡ, mà lượng máu tràn vào ổ bụng là nhiều hay ít.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Sinh hiệu không ổn định

Truyền 2 đơn vị máu trở lên để duy trì Hct > 26%

Có phản ứng phúc mạc toàn diện

Có tổn thương phối hợp cần can thiệp phẫu thuật.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh nhân quá nặng không thể phẫu thuật được, đa chấn thương nặng

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

- Phẫu thuật viên chuyên khoa tiêu hóa

**2. Phương tiện:**

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tiêu hóa.

- Các stapler, clip mạch máu.

- Dao Harmonic hoặc Ligasure hoặc Thunderbeat.

**3. Người bệnh**

- Được chẩn đoán bệnh, xét nghiệm sinh học, đánh giá toàn trạng bệnh phối hợp và được điều trị, nuôi dưỡng, cân bằng đủ đảm bảo cho cuộc phẫu thuật dự kiến.

- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi…

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những 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.

- Nhịn ăn, thụt tháo, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**VI. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Rạch đường trắng giữa ( né rốn) và vào bụng, vết mổ 20cm với rốn nằm giữa.

- Thấy máu lượng nhiều trong ổ bụng nên múc máu vào khay để lát truyền máu hoàn hổi

- Sau đó thám xét thấy lách vỡ làm đôi, cắt đoạn lách vỡ

- Sau đó thám xét thấy lách vỡ, kẹp cắt lách

- Tiến hành kẹp và buộc các chỗ máu còn đang chảy buộc chảy và thám sát ruột

- Tiến hành kẹp và buộc các chỗ máu còn đang chảy buộc chảy và thám sát ruột

- Rửa ổ bụng lấy máu đông và sau đó rừa phần bên ngoài bằng nước ấm

- Đóng bụng

**VI. THEO DÕI VÀ BIẾN CHỨNG**

- Chảy máu sau mổ

- Rò tiêu hóa, áp xe dư.

- Nhiễm trùng sau mổ

**TÀI LIỆU THAM KHẢO:**

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa – chuyên khoa Phẫu thuật tiêu hóa và phẫu thuật nội soi- Bộ Y tế.

2. Sách Bài giảng bệnh học ngoại khoa tập I và tập II- Đại học Y Hà Nội.

## **131. CẮT LÁCH BỆNH LÝ**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Lách to thường do nhiều nguyên nhân, do nhiều bệnh nội khoa khác nhau. Cắt lách do bệnh lý là một phương pháp kết hợp điều trị trong một số bệnh.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Những trường hợp ung thư có liên quan đến lách hay những bệnh lý ảnh hường đến tế bào máu cũng có thể được yêu cầu cắt bỏ lách. Những trường hợp này có thể làm lách bị sưng và trở nên dễ vỡ.

- Một số bệnh như hồng cầu hình liềm hay lupus trầm trọng có thể làm lách mất chức năng của nó và ngừng hoạt động. Trường hợp này gọi là “tự động cắt lách”

- Trong các chỉ định cắt bỏ lách, xuất huyết giảm tiểu cầu vô căn (ITP) là lý do phổ biến nhất. ITP là một bệnh tự miễn trong đó mục tiêu của các kháng thể được tạo ra từ lách là các tế bào tiểu cầu, do đó người mắc bệnh ITP thiếu các yếu tố cần thiết cho việc cầm máu và có nguy cơ chảy máu bất kỳ lúc nào. Hơn thế nữa, lách còn tham gia vào việc loại bỏ các tế bào tiểu cầu từ máu. Vì vậy, cắt bỏ lách có thể được thực hiện để điều trị cho những bệnh nhân mắc ITP

- Bên cạnh đó còn có các lý do phổ biến khác như:

+ Các rối loạn máu:

• Bệnh hồng cầu hình oval

• Bệnh thiếu máu tan huyết

• Bệnh hồng cầu hình cầu di truyền

• Thalassemia (bệnh thiếu máu Địa Trung Hải)

+ Các vấn đề về mạch máu:

• Chứng phình động mạch trong động mạch lách

• Cục máu đông trong mạch máu của lá lách

+ Ung thư:

• Bệnh bạch cầu hay một số loại ung thư hạch có thể ảnh hưởng đến các tế bào giúp cơ thể chống lại các bệnh nhiễm trùng.

+ Loại khác: U nang hoặc áp xe lách

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh nhân nhiều bệnh phối hợp nặng, không thể cắt lách được

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

- Phẫu thuật viên chuyên khoa tiêu hóa

**2. Phương tiện:**

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tiêu hóa.

- Các stapler, clip mạch máu.

- Dao Harmonic hoặc Ligasure hoặc Thunderbeat.

**3. Người bệnh**

- Được chẩn đoán bệnh, xét nghiệm sinh học, đánh giá toàn trạng bệnh phối hợp và được điều trị, nuôi dưỡng, cân bằng đủ đảm bảo cho cuộc phẫu thuật dự kiến.

- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi…

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những 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.

- Nhịn ăn, thụt tháo, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Mê NKQ

- Mở bụng đường trắng giữa trên dưới rốn

- Vào ổ bụng, kiểm tra ổ bụng, kiểm tra lách

- Gỡ lách, bộc lộ cuống lách

- Kẹp cuống lách, cắt lách

- Khâu buộc cuống lách

- Cầm máu kĩ, đặt dẫn lưu hố lách

- Khâu phục hồi thành bụng

**VI. THEO DÕI VÀ BIẾN CHỨNG**

- Chảy máu sau mổ

- Truyền máu sau mổ

- Nhiễm trùng sau mổ

**TÀI LIỆU THAM KHẢO:**

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa – chuyên khoa Phẫu thuật tiêu hóa và phẫu thuật nội soi- Bộ Y tế.

2. Sách Bài giảng bệnh học ngoại khoa tập I và tập II- Đại học Y Hà Nội.

## **KHÂU VẾT THƯƠNG LÁCH**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Tổn thương lách tuỳ nguyên nhân có thể kèm theo đụng dập. Với những trường hợp tổn thương không vào cuống lách và vết thương nông dưới 3 cm có thể khâu bảo tồn lách.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Vết thương thấu bụng có tổn thương lách đơn thuần

- Tổn thương lách không vào cuống lách và đường rách sâu dưới 3 cm.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Có biến chứng thủng ruột và viêm phúc mạc, cần phải cắt ruột và có tình trạng viêm các tạng.

- Huyết động không ổn định

- Bệnh lý toàn thân quá nặng không đảm bảo cuộc mổ.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

- Phẫu thuật viên chuyên khoa tiêu hóa

**2. Phương tiện:**

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tiêu hóa.

- Các stapler, clip mạch máu.

- Dao Harmonic hoặc Ligasure hoặc Thunderbeat.

**3. Người bệnh**

- Được chẩn đoán bệnh, xét nghiệm sinh học, đánh giá toàn trạng bệnh phối hợp và được điều trị, nuôi dưỡng, cân bằng đủ đảm bảo cho cuộc phẫu thuật dự kiến.

- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi…

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những 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.

- Nhịn ăn, thụt tháo, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

1. Vị trí kíp mổ:

Phẫu thuật viên đứng bên phải của người bệnh, hai phụ bên trái người bệnh.

2. Kỹ thuật xử trí tổn thương

- Người bệnh được mở bụng đường trắng giữa trên rốn, kéo dài xuống dưới rốn.

- Số lượng dịch trong ổ bụng được ghi nhận.

- Trèn gạc vào vùng lách trong khi tiếp tục kiểm tra toàn bộ ổ bụng

- Các tạng trong ổ bụng được kiểm tra đánh giá mức độ tổn thương.

- Với tổn thương lách cần các bước:

+ Hạ đại tràng góc lách để bộc lộ vùng lách, hay cắt dây chằng lách đại tràng

+ Giải phóng mặt sau lách (cắt dây chằng lách thận và tổ chức liên kết giữa lách và thận sát với cực trên và các nhánh vị ngắn).

+ Đưa lách ra gần vết mổ, tiến hành khâu cầm máu lách bằng những mũi chữ U dọc theo hai mép của đường vỡ. Hoặc khâu ép bằng mạc nối lớn hoặc miệng pledget tepflon.

- Sau khi kiểm tra kỹ không còn chảy máu, tiến hành rửa sạch ổ bụng và đặt 1 tới hai dẫn lưu ở hố lách.

- Đóng bụng theo các lớp giải phẫu.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Theo dõi:**

- Theo dõi gây mê hồi sức, hồi tỉnh và chống đau

- Nuôi dưỡng người bệnh bằng đường tĩnh mạch đến khi có dấu hiệu an toàn phẫu thuật và phục hồi tiêu hoá.

- Theo dõi các biến chứng phẫu thuật: chảy máu trong 48h đầu bằng theo dõi mạch, huyết áp và tình trạng dẫn lưu ổ bụng.

**2. Xử trí tai biến:**

- Chủ yếu phát hiện biến chứng chảy máu sau mổ, nếu huyết động ổn định có thể chụp mạch để xác định nguyên nhân chảy máu và thực hiện nút mạch.

- Nếu tình trạng huyết động không ổn định cần có chỉ định mổ lại kiểm tra, nếu không kiểm soát được chảy máu trong mổ cần tiến hành cắt lách.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO:**

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa – chuyên khoa Phẫu thuật tiêu hóa và phẫu thuật nội soi- Bộ Y tế.

2. Sách Bài giảng bệnh học ngoại khoa tập I và tập II- Đại học Y Hà Nội.

## **CÁC PHẪU THUẬT LÁCH KHÁC**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Là phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ lách để điều trị.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Khi đã xác định có những bệnh lí cần cắt bỏ lách để điều trị:

- Ung thư lách.

- Lách to kiểu Banti.

- Hodgkin.

- Vàng da tan huyết…

- Xơ gan lách to.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh lý toàn thân quá nặng không đảm bảo cuộc mổ.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

- Phẫu thuật viên chuyên khoa tiêu hóa

**2. Phương tiện:**

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tiêu hóa.

- Các stapler, clip mạch máu.

- Dao Harmonic hoặc Ligasure hoặc Thunderbeat.

**3. Người bệnh**

- Được chẩn đoán bệnh, xét nghiệm sinh học, đánh giá toàn trạng bệnh phối hợp và được điều trị, nuôi dưỡng, cân bằng đủ đảm bảo cho cuộc phẫu thuật dự kiến.

- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi…

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những 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.

- Nhịn ăn, thụt tháo, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm:** Gây mê nội khí quản.

**2. Kĩ thuật:**

- Người bệnh nằm ngửa đầu hơi cao, hơi nghiêng về bên phải.

- Đặt ống thông dạ dày, hút.

- Đường rạch mở bụng: Thường rạch đường giữa trên rốn. Trường hợp lách to nhiều hoặc trong bệnh Hoggkin cần thăm dò 2 buồng trứng (ở phụ nữ), có thể mở rộng xuống dưới rốn. Ở người bệnh béo hoặc lách quá to, có thể rạch đường dưới sườn trái, nếu cần có thể mở rộng sang dưới sườn phải hoặc mở ra phía sau đến góc sườn - thắt lưng.

- Cắt dây chằng dạ dày - lách và thắt động mạch lách ở bờ trên thân tụy.

- Cắt dây chằng lách - hoành.

- Cắt dây chằng lách - đại tràng.

- Cắt tĩnh mạch lách và động mạch lách ở cuống lách. Buộc 2 đầu tĩnh mạch lách và động mạch lách bằng chỉ không tiêu.

- Chú ý tìm những lách phụ, nhất là trong những bệnh về máu. Chú ý tìm ở vùng rốn lách, dọc cuống lách, trong mạc nối lớn, trong dây chằng lách - đại tràng hoặc mạc treo ruột - cắt bỏ những lách phụ này.

- Kiểm tra lại vùng mỏ, cầm máu kĩ.

- Phủ phúc mạc vùng hố lách. Đưa đại tràng, mạc nối lớn đến vùng hố lách.

- Lau ổ bụng. và đóng thành bụng.

\* Thay đổi kĩ thuật.

Trường hợp lách to hoặc có viêm quanh lách làm lách dính với xung quanh, không thể đưa lách ra ngoài, dùng kĩ thuật cắt lách để lách tại chỗ:

Mở vào phần trái của dây chằng dạ dày - lách và dây chằng dạ dày - đại tràng vào hậu cung mạc nối. Bộc lộ và thắt động mạch lách ở hậu cung mạc nối. Xác định đuôi tụy và mạc nối tụy - lách trong đó có cuống lách. Phẫu tích, cặp và cắt dần từng mạch của cuống lách, bắt đầu là động mạch rồi đến tĩnh mạch. Sau đó bóc tách giải phóng dần lách khỏi những chỗ dính, giải phóng đến cực trên lách. Cắt lách khỏi cơ hoành. Trong trường hợp cần thiết và bắt buộc có thể cắt đuôi tụy cùng với cắt lách.. Có thể cắt lách bằng phẫu thuật nội soi ổ bụng.

**VI. THEO DÕI**

- Toàn trạng, mạch, huyết áp, nhiệt độ, huyết sắc tố, hematocrit, tiểu cầu.

- ống dẫn lưu (nếu có).

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

**1. Trong phẫu thuật:**

Chảy máu: Cần chú ý khi phẫu tích, cặp cắt và buộc các mạch máu. Cầm máu kĩ.

**2. Sau phẫu thuật:**

- Chảy máu: Bù máu và khối lượng tuần hoàn. Nếu chảy nhiều, phẫu thuật lại để cầm máu.

- Áp xe dưới hoành trái: chính dẫn lưu.

- Nhiễm khuẩn, viêm phổi, xẹp phổi trái.

- Tắc mạch, thường gặp tắc tĩnh mạch chi, tắc mạch phổi. Có thể gặp huyết khối tĩnh mạch cửa, huyết khối tim.

- Rối loạn đông máu.

- Tăng tiểu cầu.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO:**

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa – chuyên khoa Phẫu thuật tiêu hóa và phẫu thuật nội soi- Bộ Y tế.

2. Sách Bài giảng bệnh học ngoại khoa tập I và tập II- Đại học Y Hà Nội.

## **134. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ BẸN BẰNG PHƯƠNG PHÁP BASSINI**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Thoát vị bẹn là bệnh lý thường gặp ở nam giới lớn tuổi. Điều trị thoát vị bẹn chủ yếu là phẫu thuật trong đó phẫu thuật nội soi điều trị thoát vị bẹn có ưu điểm là thời gian hồi phục sau mổ và trở lại làm việc nhanh, ít đau so với mổ mở.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Thoát vị bẹn gián tiếp, trực tiếp, 1 bên hoặc 2 bên.

- Thoát vị bẹn nghẹt.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh lý toàn thân nặng không đảm bảo cuộc mổ

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

- Phẫu thuật viên chuyên ngành tiêu hóa

**2. Phương tiện:**

- Hệ thống máy đốt điện: đơn cực, lưỡng cực.

- Bộ dụng cụ mổ tiêu hóa.

- Kim chỉ khâu cân, da: chỉ tan chậm 1.0 như Vicryl hoặc Safil để khâu cân, chỉ Nylon 3.0 để khâu da…

**3. Người bệnh:**

- Được làm đầy đủ các xét nghiệm chuẩn bị cuộc mổ.

- Được giải thích về quy trình, nguy cơ tai biến của phẫu thuật.

- Với những trường hợp mổ theo kế hoạch: vệ sinh sạch sẽ, ăn nhẹ đến 22h ngày hôm trước, thụt tháo phân sạch, sáng ngày mổ: nhịn ăn uống, kháng sinh dự phòng

**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.

**IV. 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:** đúng người bệnh

**3. Thực hiện kỹ thuật:**

a. Tư thế:

- Người bệnh nằm ngửa, 2 chân khép, 2 tay khép. Màn hình đặt ở phía chân. Người mổ chính đứng đối bên với thoát vị cần mổ. Đầu thấp khoảng 20 độ.

- Người phụ mổ: cầm camera đứng cạnh, phía trên người mổ chính.

- Dụng cụ viên đứng phía đối diện người mổ chính.

- Đặt thông niệu đạo hoặc cho người bệnh đi tiểu trước mổ, không đặt thông niệu đạo.

b. Vô cảm:

- Gây tê tủy sống

c. Kỹ thuật:

- Kỹ thuật Bassini: Lớp khâu tạo hình bao gồm cơ chéo bụng trong, cơ ngang và lá trên của mạc ngang (3 lớp của Bassini) khâu vào dây chằng bẹn bằng các mũi rời. Tuy nhiên thực tế phẫu thuật viên chỉ đơn giản khâu cơ ngang bụng cùng với cơ chéo trong (chỉ có 2 lớp) vào dây chằng bẹn mà không có mạc ngang.

**VI. THEO DÕI**

- Sau mổ nên chèn gạc lên vị trí thoát vị trực tiếp để tránh tụ dịch, không cần thiết nếu thoát vị gián tiếp.

- Xuất viện sau mổ 1-2 ngày nếu diễn tiến hậu phẫu bình thường.

**VII. XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG**

- Tổn thương thần kinh: gây đau kéo dài.

- Tụ dịch sau mổ: là biến chứng thường gặp (0,5-12,2%), thường tự hết sau 6-8 tuần. Không nên chọc hút dịch sớm vì có thể gây bội nhiễm. Không cần dẫn lưu để tránh tụ dịch sau mổ.

- Tụ máu: ít xảy ra hơn so với mổ mở, tỉ lệ khoảng 5,6-16%. Ít khi chảy máu nhiều phải truyền máu. Nếu khối máu tụ to, gây đau nhiều, có thể gây tê để rạch, lấy máu tụ.

- Nhiễm khuẩn vết mổ: hiếm xảy ra (<1%).

- Bí tiểu sau mổ, tổn thương bàng quang: Bí tiểu sau mổ khoảng <3%.Tổn thương bàng quang rất hiếm gặp (<1%). Tổn thương bàng quang hay xảy ra khi cắt vào túi thoát vị trực tiếp.

- Tổn thương ống dẫn tinh, mạch máu tinh hoàn và viêm tinh hoàn:

+ Phần lớn các biến chứng này thoáng qua và tự hết gồm các biểu hiện: đau tinh hoàn, sưng tinh hoàn, viêm tinh hoàn và mào tinh. Đau vùng bìu có thể do tổn thương thần kinh sinh dục đùi. Sưng, đau tinh hoàn, viêm tinh hoàn có thể do tắc mạch bạch huyết, tắc tĩnh mạch. Không nên phẫu tích nhiều để lấy toàn bộ túi thoát vị to mà nên cắt ngang để tránh các biến chứng này. Nên cho người bệnh nằm nghỉ ngơi, hạn chế vận động, thuốc giảm đau. Tỉ lệ teo tinh hoàn tương tự như mổ mở.

+ Ống dẫn tinh bị đứt có thể được khâu nối.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa – chuyên khoa Phẫu thuật tiêu hóa và phẫu thuật nội soi- Bộ Y tế.

2. Sách Bài giảng bệnh học ngoại khoa tập I và tập II- Đại học Y Hà Nội.

## **135. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ BẸN BẰNG PHƯƠNG PHÁP LICHTENSTEIN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Thoát vị bẹn là tình trạng một tạng trong ổ bụng rời khỏi vị trí chui qua ống bẹn xuống bìu, là loại hay gặp trong các loại thoát vị thành bụng. Lichtenstein là phương pháp được sử dụng phổ biến hiện nay.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Tuyệt đối: Cho các trường hợp bị nghẹt.

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

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Phẫu thuật viên chuyên ngành tiêu hóa

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện.**

Người thực hiện là bác sĩ ngoại tiêu hóa và bác sỹ gây mê hồi sức có kinh

nghiệm.

**2. Phương tiện.**

- Dụng cụ mổ mở trung phẫu

- Mảnh ghép nhân tạo với kích cỡ phù hợp

**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. Giải đáp những khúc mắc của người bệnh về bệnh tật, về phẫu thuật,…trong phạm vi cho phép.

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

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

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm:** tê tủy sống

**2. Tư thế:** nằm ngửa

**3. Kỹ thuật**

- Rạch da đường phân giác góc bẹn

- Bóc tách cân cơ tìm túi thoát vị

- Đánh giá tạng thoát vị

- Đưa tạng thoát vị vào trong ổ bụng

- Khâu cột cổ túi

- Đặt và khâu cố định mảnh ghép vào thành sau ống bẹn bằng những mũi khâu vắt liên tục

- Xẻ đôi mảnh ghép và khâu lại, ôm sát thừng tinh tại lỗ bẹn sâu

- Khâu cân cơ chéo ngoài

- Khâu da và băng ép

**VI. THEO DÕI**

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

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

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

- Dùng thuốc giảm đau

- Có thể dung kháng sinh điều tri nếu phẫu thuật viên thấy cần

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

- Săn sóc vết mổ: thay băng hàng ngày, khi có hiện tượng bất thường như

chảy máu, thấm dịch nhiều phải kiểm tra vết mổ.

- Cắt chỉ vết mổ sau 7 ngày

- Tái khám định kì sau phẫu thuật 2 tuần

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Chảy máu trong mổ: kiểm tra kĩ lại vết mổ, tìm chỗ chảy máu, cầm máu kĩ các vị trí chảy máu

- Rách thủng bàng quang: mời hội chẩn bác sĩ chuyên khoa niệu tại phòng mổ

- Khâu vào ruột, thủng ruột: mở bụng đường giữa thám sát xử trí tùy thương tổn

- Sưng hoặc teo tinh hoàn: mời khám bác sĩ chuyên khoa nam sau mổ

- Nhiễm trùng vết mổ: sử dụng kháng sinh, chăm sóc thay băng vết mổ 2 lần/ ngày

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa – chuyên khoa Phẫu thuật tiêu hóa và phẫu thuật nội soi- Bộ Y tế.

2. Sách Bài giảng bệnh học ngoại khoa tập I và tập II- Đại học Y Hà Nội.

## **136. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ BẸN TÁI PHÁT**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Thoát vị bẹn là bệnh lý thường gặp ở nam giới lớn tuổi. Điều trị thoát vị bẹn chủ yếu là phẫu thuật trong đó phẫu thuật nội soi điều trị thoát vị bẹn có ưu điểm là thời gian hồi phục sau mổ và trở lại làm việc nhanh, ít đau so với mổ mở.

Thoát vị bẹn mổ nội soi tái phát thì điều trị bằng mổ mở Lichtenstein, tái phát sau mổ mở thì điều trị bằng mổ nội soi.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Thoát vị bẹn tái phát sau mổ mở.

- Thoát vị bẹn tái phát sau mổ nội soi.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Chống chỉ định của phẫu thuật nội soi nói chung

- Những bệnh nhân có yếu tố nguy cơ tái phát sau mổ cao. Chỉ nên mổ khi đã giải quyết được các yếu tố nguy cơ này.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

- Phẫu thuật viên chuyên ngành tiêu hóa

**2. Phương tiện:**

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tiêu hóa.

- Các stapler, clip mạch máu.

- Dao Harmonic hoặc Ligasure hoặc Thunderbeat.

**3. Người bệnh:**

- Được làm đầy đủ các xét nghiệm chuẩn bị cuộc mổ.

- Được giải thích về quy trình, nguy cơ tai biến của phẫu thuật.

- Với những trường hợp mổ theo kế hoạch: vệ sinh sạch sẽ, ăn nhẹ đến 22h ngày hôm trước, thụt tháo phân sạch, sáng ngày mổ: nhịn ăn uống, kháng sinh dự phòng

**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.

**III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:**

- Người bệnh nằm ngửa

- Đặt thông niệu đạo hoặc cho người bệnh đi tiểu trước mổ, không đặt thông niệu đạo.

**2. Vô cảm:**

- Gây mê toàn thân nếu mổ nội soi – Gây tê tủy sống nếu mổ mở

**3. Kỹ thuật:**

- Thoát vị bẹn mổ nội soi tái phát thì điều trị bằng mổ mở Lichtenstein, tái phát sau mổ mở thì điều trị bằng mổ nội soi TEP hoặc TAPP

**IV. THEO DÕI**

- Sau mổ nên chèn gạc lên vị trí thoát vị trực tiếp để tránh tụ dịch, không cần thiết nếu thoát vị gián tiếp.

- Xuất viện sau mổ 1-2 ngày nếu diễn tiến hậu phẫu bình thường.

**V. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

1. Tai biến trong mổ:

- Rách phúc mạc: thường xảy ra trong khi mổ, có thể gây khó khăn do khoảng trống thao tác giảm. Nếu chỗ rách nhỏ thì không cần xử trí gì, dùng 1 dụng cụ vén phúc mạc để tạo khoảng trống.Nếu rách phúc mạc rộng, cần cột túm chỗ rách bằng chỉ hay khâu lại.

- Tổn thương mạch máu lớn: ít xảy ra, chú ý khi phẫu tích vùng tam giác Doom (tam giác giữa ống dẫn tinh và mạch máu tinh hoàn)

- Tổn thương thần kinh: gây đau kéo dài. Chú ý khi phẫu tích vùng tam giác đau (tam giác giữa mạch máu tinh hoàn và dải chậu mu).Không cố định tấm lưới trong vùng này.

- Tổn thương ruột: hiếm xảy ra. Có thể xảy ra trong quá trình đặt trocar hay gỡ dính vùng chậu.

2. Biến chứng sau mổ

- Tụ dịch sau mổ: là biến chứng thường gặp (0,5-12,2%), thường tự hết sau 6-8 tuần. Không nên chọc hút dịch sớm vì có thể gây bội nhiễm.Không cần dẫn lưu để tránh tụ dịch sau mổ.

- Tụ máu: ít xảy ra hơn so với mổ mở, tỉ lệ khoảng 5,6-16%. Ít khi chảy máu nhiều phải truyền máu.Nếu khối máu tụ to, gây đau nhiều, có thể gây tê để rạch, lấy máu tụ.

- Nhiễm khuẩn vết mổ: hiếm xảy ra (<1%). Nhiễm khuẩn tấm lưới rất hiếm gặp và ít khi phải lấy tấm lưới ra.

- Bí tiểu sau mổ, tổn thương bàng quang: Bí tiểu sau mổ khoảng <3%.Tổn thương bàng quang rất hiếm gặp (<1%). Tổn thương bàng quang hay xảy ra khi cắt vào túi thoát vị trực tiếp.

- Tổn thương ống dẫn tinh, mạch máu tinh hoàn và viêm tinh hoàn:

+ Phần lớn các biến chứng này thoáng qua và tự hết gồm các biểu hiện: đau tinh hoàn, sưng tinh hoàn, viêm tinh hoàn và mào tinh. Đau vùng bìu có thể do tổn thương thần kinh sinh dục đùi. Sưng, đau tinh hoàn, viêm tinh hoàn có thể do tắc mạch bạch huyết, tắc tĩnh mạch. Không nên phẫu tích nhiều để lấy toàn bộ túi thoát vị to mà nên cắt ngang để tránh các biến chứng này.Nên cho người bệnh nằm nghỉ ngơi, hạn chế vận động, thuốc giảm đau.Tỉ lệ teo tinh hoàn tương tự như mổ mở.

+ Ống dẫn tinh bị đứt có thể được khâu nối.

- Biến chứng của tấm lưới:

+ Tấm lưới có thể bị gập, di chuyển gây thoát vị tái phát. Phòng ngừa bằng cách trải tấm lưới phẳng, không gập góc, phẫu tích khoang tiền phúc mạc đủ rộng, sử dụng tấm lưới lớn (ít nhất 10x15cm).

+ Nhiễm khuẩn tấm lưới: hiếm xảy ra. Nên dùng kháng sinh phòng ngừa và thao tác đảm bảo vô khuẩn.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa – chuyên khoa Phẫu thuật tiêu hóa và phẫu thuật nội soi- Bộ Y tế.

2. Sách Bài giảng bệnh học ngoại khoa tập I và tập II- Đại học Y Hà Nội.

## **137. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ BẸN 2 BÊN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Thoát vị bẹn là bệnh lý thường gặp ở nam giới lớn tuổi.Điều trị thoát vị bẹn chủ yếu là phẫu thuật trong đó phẫu thuật nội soi điều trị thoát vị bẹn có ưu điểm là thời gian hồi phục sau mổ và trở lại làm việc nhanh, ít đau so với mổ mở.

- Thoát vị bẹn 2 bên mổ TEP hoặc TAPP

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Thoát vị bẹn gián tiếp, trực tiếp 2 bên.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh đã được phẫu thuật ở vùng tiền phúc mạc (cắt bướu tuyến tiền liệt, mở bàng quang ra da...)

- Thoát vị bẹn nghẹt.

- Thoát vị kẹt có thể được chỉ định nhưng bác sĩ phẫu thuật phải có kinh nghiệm.

- Chống chỉ định của phẫu thuật nội soi nói chung.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

- Phẫu thuật viên chuyên ngành tiêu hóa

**2. Phương tiện:**

- Bàn mổ có thể quay các chiều.

- Hệ thống máy mổ nội soi: camera, nguồn sáng, dây dẫn sáng, máy bơm khí CO2, dây dẫn CO2, màn hình.

- Hệ thống máy đốt điện: đơn cực, lưỡng cực.

- Bộ dụng cụ mổ nội soi.

- Tấm lưới nhân tạo polypropylene, kích thước 10x15cm hay 12x15cm. Nên dùng lưới có trọng lượng nhẹ, lỗ lưới >1mm.

- Sử dụng 1 trong 3 cách sau để cố định tấm lưới nhân tạo (nếu cần cố định):

Keo để cố định tấm lưới nhân tạo: Histoacryl (rẻ tiền), keo fibrin (mắc tiền)

Kim cố định tấm lưới nhân tạo (tacker): kim cố định tự tiêu hay kim loại. Loại tự tiêu mắc tiền hơn, ít gây đau sau mổ.

Chỉ để khâu cố định tấm lưới nhân tạo: chỉ tan chậm 3.0 như Vicryl hay Safil…

- Kim chỉ khâu cân, da: chỉ tan chậm 1.0 như Vicryl hoặc Safil để khâu cân, chỉ Nylon 3.0 để khâu da…

**3. Người bệnh:**

- Khám, phát hiện, điều trị (nếu cần thiết) các yếu tố gây tăng áp lực ổ bụng

- Các cận lâm sàng cơ bản chuẩn bị mổ

- Khuyến cáo người bệnh nên ngưng hút thuốc

**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:** đúng người bệnh

**3. Thực hiện kỹ thuật:**

Tư thế:

- Người bệnh nằm ngửa, 2 chân khép, 2 tay khép. Màn hình đặt ở phía chân. Người mổ chính đứng đối bên với thoát vị cần mổ.Đầu thấp khoảng 20 độ.

- Người phụ mổ: cầm camera đứng cạnh, phía trên người mổ chính.

- Dụng cụ viên đứng phía đối diện người mổ chính.

- Đặt thông niệu đạo hoặc cho người bệnh đi tiểu trước mổ, không đặt thông niệu đạo.

Vô cảm:

Gây mê toàn thân, có thể gây tê tủy kết hợp với tê ngoài màng cứng (cần bác sĩ gây mê có kinh nghiệm về kỹ thuật này).

Kỹ thuật:

- Rạch da dưới rốn 10-12mm. Bộc lộ lá trước cơ thẳng bụng phía thoát vị. Mở ngang lá trước cơ thẳng bụng 5-10mm, vén cơ ra ngoài để bộc lộ lá sau cơ thẳng bụng.

Dùng 1 kẹp Kelly đưa 1 gạc nhỏ (hoặc có thể dùng 1 ngón tay), theo lá sau cơ thẳng bụng vào khoang tiền phúc mạc ở đường giữa để tạo khoảng trống vào khoang tiền phúc mạc. Có thể dùng trocar có bóng, đưa vào và bơm bóng lên dưới quan sát của kính soi để tạo khoảng trống trong khoang tiền phúc mạc.

Đặt trocar 10mm vào vị trí này và bơm khí.Có thể dùng kính soi để làm rộng thêm khoang tiền phúc mạc (đưa kính soi tới và lui).

- Đặt thêm 2 trocar 5 ở đường giữa dưới quan sát của kính soi. Trocar thứ 2 trên xương mu khoảng 3 khoát ngón tay (4-5cm), trocar thứ 3 ở giữa trocar 1 và 2.

- Phẫu tích tạo khoảng trống trong khoang tiền phúc mạc:

+ Xuống phía dưới, bộc lộ xương mu, qua khỏi khớp mu về phía đối bên 1-2cm. Phẫu tích theo xương mu về bên có thoát vị đến tĩnh mạch chậu trong.

+ Bộc lộ bó mạch thượng vị dưới, dải chậu mu, phẫu tích ra phía ngoài và lên trên, đến ngang mức gai chậu trước trên, ra phía sau, đến khi thấy được cơ thắt lưng chậu hay các sợi thần kinh trên cơ thắt lưng chậu.

- Xác định túi thoát vị trực tiếp hay gián tiếp. Phẫu tích, kéo túi thoát vị trực tiếp vào trong.Phẫu tích, kéo túi thoát vị gián tiếp vào trong và tách túi thoát vị khỏi bó mạch tinh hoàn và ống dẫn tinh.Nếu túi thoát vị gián tiếp to, không nên phẫu tích hết túi thoát vị mà cột đầu gần rồi cắt ngang túi thoát vị, để hở đầu xa để tránh tụ dịch về sau.Ở nữ, có thể cắt bỏ dâychằng tròn khi phẫu tích túi thoát vị.Phẫu tích, tách phúc mạc khỏi thành chậu, xuống dưới dải chậu mu khoảng 5-7cm.

- Đặt tấm lưới nhân tạo 10x15cm hay 12x15cm, che phủ toàn bộ lỗ cơ lược (che phủ lỗ bẹn sâu, tam giác bẹn trong, lỗ đùi). Tấm lưới bao phủ rộng quanh các lỗ thoát vị 5-7 cm. Không nên cắt tấm lưới để vòng qua thừng tinh.Chú ý bờ dưới tấm lưới phải nằm trên nếp phúc mạc đã phẫu tích.

- Nếu lỗ thoát vị nhỏ, không cần cố định tấm lưới. Nếu lỗ thoát vị >3cm, có thể cố định tấm lưới bằng:

+ Keo (Histoacryl): rẻ tiền, không gây đau sau mổ

+ Kim cố định (tacker) loại tự tiêu hay kim loại: loại tự tiêu ít gây đau sau mổ hơn. Vị trí cố định: xương mu, bờ ngoài cơ thẳng bụng, thành bụng trước (phía trên dải chậu mu). Cố định bằng kim cố định nhanh nhưng chi phí cao.

+ Khâu cột: khó khăn do vị trí trocar không thuận lợi.

- Nếu thoát vị 2 bên, có thể đặt 2 tấm lưới nhân tạo 2 bên, chồng lên nhau ở đường giữa khoảng 2cm, hoặc đặt 1 tấm lưới nhân tạo lớn 10x30cm.

- Xả khí, chú ý tụ khí vùng bìu trong thoát vị gián tiếp.

- Khâu cân và da.

**VI. THEO DÕI**

- Sau mổ nên chèn gạc lên vị trí thoát vị trực tiếp để tránh tụ dịch, không cần thiết nếu thoát vị gián tiếp.

- Xuất viện sau mổ 1-2 ngày nếu diễn tiến hậu phẫu bình thường.

**VII. XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG**

- Rách phúc mạc: thường xảy ra trong khi mổ, có thể gây khó khăn do khoảng trống thao tác giảm. Nếu chỗ rách nhỏ thì không cần xử trí gì, dùng 1 dụng cụ vén phúc mạc để tạo khoảng trống.Nếu rách phúc mạc rộng, cần cột túm chỗ rách bằng chỉ hay khâu lại.

- Tổn thương mạch máu lớn: ít xảy ra, chú ý khi phẫu tích vùng tam giác Doom (tam giác giữa ống dẫn tinh và mạch máu tinh hoàn).

- Tổn thương thần kinh: gây đau kéo dài. Chú ý khi phẫu tích vùng tam giác đau (tam giác giữa mạch máu tinh hoàn và dãi chậu mu).Không cố định tấm lưới trong vùng này.

- Tụ dịch sau mổ: là biến chứng thường gặp (0,5-12,2%), thường tự hết sau 6-8 tuần. Không nên chọc hút dịch sớm vì có thể gây bội nhiễm. Không cần dẫn lưu để tránh tụ dịch sau mổ.

- Tụ máu: ít xảy ra hơn so với mổ mở, tỉ lệ khoảng 5,6-16%. Ít khi chảy máu nhiều phải truyền máu.Nếu khối máu tụ to, gây đau nhiều, có thể gây tê để rạch, lấy máu tụ.

- Nhiễm khuẩn vết mổ: hiếm xảy ra (<1%). Nhiễm khuẩn tấm lưới rất hiếm gặp và ít khi phải lấy tấm lưới ra.

- Bí tiểu sau mổ, tổn thương bàng quang: Bí tiểu sau mổ khoảng <3%.Tổn thương bàng quang rất hiếm gặp (<1%). Tổn thương bàng quang hay xảy ra khi cắt vào túi thoát vị trực tiếp.

- Tổn thương ống dẫn tinh, mạch máu tinh hoàn và viêm tinh hoàn:

+ Phần lớn các biến chứng này thoáng qua và tự hết gồm các biểu hiện: đau tinh hoàn, sưng tinh hoàn, viêm tinh hoàn và mào tinh. Đau vùng bìu có thể do tổn thương thần kinh sinh dục đùi. Sưng, đau tinh hoàn, viêm tinh hoàn có thể do tắc mạch bạch huyết, tắc tĩnh mạch. Không nên phẫu tích nhiều để lấy toàn bộ túi thoát vị to mà nên cắt ngang để tránh các biến chứng này.Nên cho người bệnh nằm nghỉ ngơi, hạn chế vận động, thuốc giảm đau.Tỉ lệ teo tinh hoàn tương tự như mổ mở.

+ Ống dẫn tinh bị đứt có thể được khâu nối.

- Biến chứng của tấm lưới:

+ Tấm lưới có thể bị gập, di chuyển gây thoát vị tái phát. Phòng ngừa bằng cách trải tấm lưới phẳng, không gập góc, phẫu tích khoang tiền phúc mạc đủ rộng, sử dụng tấm lưới lớn (ít nhất 10x15cm).

+ Nhiễm khuẩn tấm lưới: hiếm xảy ra. Nên dùng kháng sinh phòng ngừa và thao tác đảm bảo vô khuẩn.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa – chuyên khoa Phẫu thuật tiêu hóa và phẫu thuật nội soi- Bộ Y tế.

2. Sách Bài giảng bệnh học ngoại khoa tập I và tập II- Đại học Y Hà Nội.

## **138. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ ĐÙI**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Trong thoát vị đùi, tạng thoát vị đi qua ống đùi, chui qua mạc sàng để nằm dưới da. Trong một số ít trường hợp, thay vì chui qua mạc sàng, khối thoát vị đùi di chuyển ngược lên trên, chui qua giữa dây chằng bẹn và dải chậu mu, nằm dưới cân cơ chéo bụng ngoài trên vùng bẹn. Hình thái hiếm gặp này của thoát vị đùi được xem như một loại thoát vị gian thành.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Thoát vị đùi

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh lý toàn thân nặng không đảm bảo cuộc mổ

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện.**

- Phẫu thuật viên chuyên ngành tiêu hóa

**2. Phương tiện.**

- Dụng cụ mổ mở, đồ banh chuyên dụng hoặc bộ dụng cụ mổ nội soi

- Mảnh ghép nhân tạo với kích cỡ phù hợp

**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. Giải đáp những khúc mắc của người bệnh về bệnh tật, về phẫu thuật,…trong phạm vi cho phép.

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

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

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm: tê** tủy sống khi mổ mở hoặc mê nội khí quản nếu mổ nội soi

**2. Tư thế:** nằm ngửa

**3. Kỹ thuật**

- Để phẫu thuật bệnh nhân bị thoát vị đùi, có thể chọn phương pháp mổ mở hay mổ nội soi.

- Sau khi xử lý túi thoát vị , đối với phẫu thuật mổ mở, liềm bẹn được khâu với dây chằng Cooper. Đối với phẫu thuật phía sau, dải chậu mu (hay cung cân cơ ngang bụng) được khâu với dây chằng Cooper. Có thể dùng mảnh ghép cho cả đường trước và sau.

- Phẫu thuật nội noi có thể thực hiện trước phúc mạc hay trong phúc mạc.

**VI. THEO DÕI**

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

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

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

- Dùng thuốc giảm đau

- Có thể dung kháng sinh điều tri nếu phẫu thuật viên thấy cần

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

- Săn sóc vết mổ: thay băng hàng ngày, khi có hiện tượng bất thường như

chảy máu, thấm dịch nhiều phải kiểm tra vết mổ.

- Cắt chỉ vết mổ sau 7 ngày

- Tái khám định kì sau phẫu thuật 2 tuần

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Chảy máu trong mổ: kiểm tra kĩ lại vết mổ, tìm chỗ chảy máu, cầm máu kĩ các vị trí chảy máu

- Rách thủng bàng quang: mời hội chẩn bác sĩ chuyên khoa niệu tại phòng mổ

- Khâu vào ruột, thủng ruột: mở bụng đường giữa thám sát xử trí tùy thương tổn

- Sưng hoặc teo tinh hoàn: mời khám bác sĩ chuyên khoa nam sau mổ

- Nhiễm trùng vết mổ: sử dụng kháng sinh, chăm sóc thay băng vết mổ 2 lần/ ngày

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa – chuyên khoa Phẫu thuật tiêu hóa và phẫu thuật nội soi- Bộ Y tế.

2. Sách Bài giảng bệnh học ngoại khoa tập I và tập II- Đại học Y Hà Nội.

## **139. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ VẾT MỔ THÀNH BỤNG**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Thoát vị vết mổ xảy ra với tỉ lệ có thể lên tới 10% các trường hợp mở bụng.

- Các yếu tố thuận lợi: béo phì, báng bụng, thai kỳ…

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Thoát vị vết mổ

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh lý toàn thân nặng không đảm bảo cuộc mổ

- Những bệnh nhân có yếu tố nguy cơ tái phát sau mổ cao. Chỉ nên mổ khi đã giải quyết được các yếu tố nguy cơ này.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện.**

- Phẫu thuật viên chuyên ngành tiêu hóa

**2. Phương tiện.**

- Dụng cụ mổ mở, đồ banh chuyên dụng hoặc bộ dụng cụ mổ nội soi

- Mảnh ghép nhân tạo với kích cỡ phù hợp

**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. Giải đáp những khúc mắc của người bệnh về bệnh tật, về phẫu thuật,…trong phạm vi cho phép.

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

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

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm:** tê tủy sống khi mổ mở hoặc mê nội khí quản nếu mổ nội soi

**2. Tư thế:** nằm ngửa

**3. Kỹ thuật**

- Đối với lỗ thoát vị nhỏ, mổ mở, khâu khép lại thành bụng.

- Đối với lỗ thoát vị lớn (đường kính ≥ 4 cm), có nhiều phương pháp được lựa

chọn:

+ Khâu khép thành bụng, sau đó tăng cường bằng một mảnh ghép phủ lên

trên (onlay).

+ Khâu mảnh ghép vào mép lỗ thoát vị (inlay).

+ Khâu mảnh ghép giữa các lớp cân cơ thành bụng (kiểu “sandwich”)

+ Mổ nội soi, khâu mảnh ghép che lỗ thoát vị từ bên dưới (underlay).

- Cố gắng khâu che phúc mạc bên dưới mảnh ghép. Trong trường hợp ngược lại, dùng mạc nối lớn chen giữa mảnh ghép và các quai ruột để tránh biến chứng dò ruột.

- Vật liệu làm nên mảnh ghép đóng vai trò quan trọng khi cân nhắc sử dụng mảnh ghép để điều trị thoát vị vết mổ. Polypropylene được xem là vật liệu tốt nhất hiện nay, do nó cho phép sự phát triển của các nguyên bào sợi giữa các khe, làm cho mảnh ghép “hoà hợp” vào lớp cân thành bụng chung quanh. PTFE (polytetrafluoroethylene) cũng cho phép sự phát triển của các nguyên bào sợi, nhưng không thể “hoà hợp” vào lớp cân thành bụng chung quanh. Điều này làm cho mảnh ghép PTFE dễ bị vách hoá, dẫn đến nhiễm trùng.

**VI. THEO DÕI**

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

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

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

- Dùng thuốc giảm đau

- Có thể dùng kháng sinh điều tri nếu phẫu thuật viên thấy cần

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

- Săn sóc vết mổ: thay băng hàng ngày, khi có hiện tượng bất thường như

chảy máu, thấm dịch nhiều phải kiểm tra vết mổ.

- Cắt chỉ vết mổ sau 7 ngày

- Tái khám định kì sau phẫu thuật 2 tuần

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Chảy máu trong mổ: kiểm tra kĩ lại vết mổ, tìm chỗ chảy máu, cầm máu kĩ các vị trí chảy máu

- Rách thủng bàng quang: mời hội chẩn bác sĩ chuyên khoa niệu tại phòng mổ

- Khâu vào ruột, thủng ruột: mở bụng đường giữa thám sát xử trí tùy thương tổn

- Nhiễm trùng vết mổ: sử dụng kháng sinh, chăm sóc thay băng vết mổ 2 lần/ ngày

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa – chuyên khoa Phẫu thuật tiêu hóa và phẫu thuật nội soi- Bộ Y tế.

2. Sách Bài giảng bệnh học ngoại khoa tập I và tập II- Đại học Y Hà Nội.

## **140. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ THÀNH BỤNG KHÁC**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật điều trị thoát vị thành bụng khác bao gồm:

- Thoát vị rốn: xảy ra phổ biến ở trẻ sơ sinh, nhưng hầu hết các khiếm khuyết sẽ biến mất sau năm 2 tuổi. Thoát vị rốn ở người lớn thường là một bệnh lý mắc phải.

- Thoát vị vùng thượng vị: xảy ra chủ yếu ở nam giới. Vị trí thoát vị nằm trên đường giữa, giữa mũi ức và rốn. Trong 20% các trường hợp, BN có từ hai thoát vị trở lên.

- Thoát vị spigelian (thoát vị bán nguyệt): Xảy ra ở vị trí bờ ngoài cơ thẳng bụng dưới và cách rốn khoảng 3-5 cm. Vị trí này là nơi tiếp giáp giữa bờ ngoài cơ thẳng bụng và đường cung (đường bán nguyệt). Đây là một loại thoát vị gian thành. Bệnh nhân gặp ở độ tuổi 40-70 tuổi.

- Thoát vị bịt: là loại thoát vị hiếm gặp.

- Thoát vị lưng có thể bẩm sinh hay mắc phải.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Thoát vị rốn

- Thoát vị vùng thượng vị

- Thoát vị spigelian (thoát vị bán nguyệt)

- Thoát vị bịt

- Thoát vị lưng

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Chống chỉ định phẫu thuật chung

- Những bệnh nhân có yếu tố nguy cơ tái phát sau mổ cao. Chỉ nên mổ khi đã giải quyết được các yếu tố nguy cơ này.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện.**

- Phẫu thuật viên chuyên ngành tiêu hóa

**2. Phương tiện.**

- Dụng cụ mổ mở, đồ banh chuyên dụng hoặc bộ dụng cụ mổ nội soi

- Mảnh ghép nhân tạo với kích cỡ phù hợp

**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. Giải đáp những khúc mắc của người bệnh về bệnh tật, về phẫu thuật,…trong phạm vi cho phép.

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

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

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm:** tê tủy sống khi mổ mở hoặc mê nội khí quản nếu mổ nội soi

**2. Tư thế:** nằm ngửa

**3. Kỹ thuật**

a. Thoát vị rốn

- Phương pháp điều trị cổ điển được đề xuất bởi Mayo (khâu xếp mép của lớp cân trên chồng lên mép của lớp cân dưới) hiện nay ít được áp dụng. Đối với lỗ thoát vị nhỏ, khâu đóng đơn giản lổ thoát vị bằng chỉ không tan. Đối với lỗ thoát vị lớn, có thể đặt mảnh ghép tăng cường sau khi khâu đóng lỗ thoát vị hay bắc cầu qua lỗ thoát vị. Các thoát vị rất lớn có thể được điều trị bằng cách đặt mảnh ghép từ trong ổ bụng qua nội soi.

b. Thoát vị vùng thượng vị

- Khâu lại chỗ hở của lớp cân thành bụng.

c. Thoát vị spigelian (thoát vị bán nguyệt)

- Rạch da tại chỗ, cắt bỏ túi thoát vị và khâu đóng lại lỗ thoát vị.

d. Thoát vị bịt

- Phẫu thuật là chỉ định điều trị của thoát vị bịt. Có thể phẫu thuật đường sau, nội soi hay mở bụng (dành cho BN bị thoát vị bịt có nghẹt ruột). Sau khi đưa tạng thoát vị vào lại ổ bụng, chú ý lấy hết mô mỡ tiền phúc mạc nằm trong ống bịt, tìm và bộc lộ thần kinh bịt cùng bó mạch bịt. Ống bịt sau đó được khâu khép hay

khâu che bằng một mảnh ghép nhỏ.

e. Thoát vị lưng

- Phương pháp điều trị được lựa chọn cho thoát vị lưng là đặt mảnh ghép khâu

che lỗ thoát vị. Thường khó khâu khép lỗ thoát vị, do một trong các cạnh của

chúng là xương.

**VI. THEO DÕI**

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

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

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

- Dùng thuốc giảm đau

- Có thể dung kháng sinh điều tri nếu phẫu thuật viên thấy cần

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

- Săn sóc vết mổ: thay băng hàng ngày, khi có hiện tượng bất thường như

chảy máu, thấm dịch nhiều phải kiểm tra vết mổ.

- Cắt chỉ vết mổ sau 7 ngày

- Tái khám định kì sau phẫu thuật 2 tuần

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Chảy máu trong mổ: kiểm tra kĩ lại vết mổ, tìm chỗ chảy máu, cầm máu kĩ các vị trí chảy máu

- Rách thủng bàng quang: mời hội chẩn bác sĩ chuyên khoa niệu tại phòng mổ

- Khâu vào ruột, thủng ruột: mở bụng đường giữa thám sát xử trí tùy thương tổn

- Nhiễm trùng vết mổ: sử dụng kháng sinh, chăm sóc thay băng vết mổ 2 lần/ ngày

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa – chuyên khoa Phẫu thuật tiêu hóa và phẫu thuật nội soi- Bộ Y tế.

2. Sách Bài giảng bệnh học ngoại khoa tập I và tập II- Đại học Y Hà Nội.

## **141. PHẪU THUẬT RÒ, NANG ỐNG RỐN TRÀNG, NIỆU RỐN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Trong thời kỳ bào thai, ống Rốn - Niệu (dài 3–10 cm , đường kính: 8-10 mm) là ống nối liền giữa bàng quang và rốn. Sau sinh, ống này tự động đóng lại và trở thành dây chằng rốn. Trong một số trường hợp cá biệt, ống này không đóng lại và trẻ sơ sinh bị chứng bệnh tồn tại ống rốn niệu.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Nang niệu rốn có và không có biến chứng.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh già yếu, suy kiệt, chống chỉ định phẫu thuật.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

- Phẫu thuật viên chuyên ngành tiêu hóa, tiết niệu.

**2. Phương tiện:**

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tiêu hóa.

- Các stapler, clip mạch máu.

- Dao Harmonic hoặc Ligasure hoặc Thunderbeat.

**3. Người bệnh**

- Được chẩn đoán bệnh, xét nghiệm sinh học, đánh giá toàn trạng bệnh phối hợp và được điều trị, nuôi dưỡng, cân bằng đủ đảm bảo cho cuộc phẫu thuật dự kiến.

- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi…

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những 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.

- Nhịn ăn, thụt tháo, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế**

- Bệnh nhân nằm ngửa. Phẫu thuật viên đứng bên phải người bệnh, hai người phụ đứng bên đối diện

**2. Vô cảm:** gây mê nội khí quản.

**3. Kĩ thuật:**

- Rạch bụng đường trắng giữa trên dưới rốn 3 cm

- Cắt và khoét bỏ nang niệu rốn

- Khâu buộc đường rò (dây chằng rốn)

- Kiểm tra cầm máu

- Đóng bụng.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Chảy máu: chảy máu trong ổ bụng, cần theo dõi sát, cần thiết phải phẫu thuật lại ngay.

- Tắc ruột sau mổ: kiểm tra xem do dãn ruột cơ năng hay tắc ruột cơ học. Nếu do nguyên nhân cơ học phải mổ kiểm tra và xử lý nguyên nhân.

- Áp xe hoặc viêm phúc mạc do rò, bục miệng nối: điều trị nội hoặc phẫu thuật lại tùy thuộc mức độ của biến chứng.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa – chuyên khoa Phẫu thuật tiêu hóa và phẫu thuật nội soi- Bộ Y tế.

2. Sách Bài giảng bệnh học ngoại khoa tập I và tập II- Đại học Y Hà Nội.

## **142. PHẪU THUẬT KHÂU LỖ THỦNG CƠ HOÀNH DO VẾT THƯƠNG**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Thủng cơ hoành là tổn thương mất toàn vẹn của cơ hoành do vết thương ngực - bụng.

- Đường vào của vết thương có thể từ ngực hoặc bụng.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Cơ hoành bị thủng do vết thương thấu bụng, sau tai biến của phẫu thuật khác

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh lý toàn thân quá nặng không đảm bảo cuộc mổ.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

- Phẫu thuật viên chuyên ngành tiêu hóa hoặc lồng ngực.

**2. Phương tiện:**

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tiêu hóa.

- Các stapler, clip mạch máu.

- Dao Harmonic hoặc Ligasure hoặc Thunderbeat.

**3. Người bệnh**

- Được chẩn đoán bệnh, xét nghiệm sinh học, đánh giá toàn trạng bệnh phối hợp và được điều trị, nuôi dưỡng, cân bằng đủ đảm bảo cho cuộc phẫu thuật dự kiến.

- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi…

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những 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.

- Nhịn ăn, thụt tháo, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:** Người bệnh nằm ngửa, có thể kê gối độn dưới lưng ngang mũi ức.

**2. Vô cảm:** Gây mê toàn thân, đặt nội khí quản.

**3. Kỹ thuật:**

- Đường mổ: Mở bụng đường trắng trên rốn, khi cần thiết có thể kéo dài xuống dưới rốn hoặc mở thêm đường ngang sang bên phải trong trường hợp phải xử lý chấn thương gan phải kèm theo.

- Kiểm tra ổ bụng:

+ Dịch ổ bụng: Quan sát đánh giá số lượng, màu sắc, tính chất của dịch ổ bụng, xác định dịch máu, dịch tiêu hóa hay dịch mật, mủ, nước tiểu...số lượng dịch, khi dịch máu nhiều có nghĩa là thương tổn lớn, cần nhanh chóng xác định mức độ thương tổn tương xứng và không nên kéo dài việc thăm dò nhất là khi huyết động không ổn định.

+ Tầng trên mạc treo đại tràng ngang: Cần đánh giá gan, lách, hậu cung mạc nối, thân, đuôi tụy.

+ Tầng dưới mạc treo đại tràng ngang: Kiểm tra đại tràng ngang, đoạn đầu của ruột non, quan sát dọc 2 rãnh đại tràng, hút dịch đánh giá được đại tràng lên và đại tràng xuống, xích ma. Kiểm tra ruột non và mạc treo từ góc hồi manh tràng trở lên. Đánh giá bàng quang, máu tụ sau phúc mạc, tử cung, phần phụ (ở nữ).

- Xử trí tổn thương cơ hoành

+ Với tạng thoát vị: Đưa trở lại ổ bụng, thái độ xử trí tùy thuộc sức sống của mô tạng thoát vị.

+ Kiểm tra khoang màng phổi, phổi cùng bên qua chỗ vỡ cơ hoành, xử lý tổn thương nhu mô phổi nếu có, rửa màng phổi nếu có dịch mủ, dịch tiêu hóa, giả mạc, máu cục.

+ Đặt dẫn lưu màng phổi cùng bên tổn thương vị trí khoang liên sườn V, đường nách giữa, xử lý vết thương thành ngực nếu có.

+ Bộc lộ mép vết thương cơ hoành, cắt lọc.

+ Khâu cơ hoành 1 lớp khâu vắt hoặc mũi rời chỉ không tiêu, số 0.

+ Đặt dẫn lưu tùy vị trí cơ hoành và các tạng tổn thương.

**VI. THEO DÕI, XỬ TRÍ TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG**

**1. Theo dõi:**

- Như mọi trường hợp phẫu thuật đường tiêu hóa, lồng ngực nói chung

- Sau phẫu thuật điều trị kháng sinh 5 - 7 ngày

- Theo dõi dịch, khí qua dẫn lưu màng phổi; dẫn lưu ổ bụng

**2. Tai biến và xử trí:**

2.1. Trước và trong phẫu thuật: shock nhiễm trùng, suy hô hấp, chèn ép tim do chẩn đoán muộn: hạn chế thay đổi tư thế người bệnh, nhanh chóng giải phóng khoang màng phổi, khi cần phải đặt dẫn lưu màng phổi trước, phối hợp với bác sĩ gây mê vừa mổ vừa hồi sức.

2.2. Sau phẫu thuật:

- Dò khí, chảy máu màng phổi: thái độ xử trí tùy thuộc số lượng máu, khí ra dẫn lưu.

- Dò tiêu hóa: số lượng ít: theo dõi điều trị nội.

- Dò số lượng nhiều, áp xe trong ổ bụng, viêm phúc mạc: mổ đánh giá lại tổn thương tạng, thái độ xử trí phụ thuộc tính chất, mức độ tổn thương.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa – chuyên khoa Phẫu thuật tiêu hóa và phẫu thuật nội soi- Bộ Y tế.

2. Sách Bài giảng bệnh học ngoại khoa tập I và tập II- Đại học Y Hà Nội.

## **143. PHẪU THUẬT KHÂU VỠ CƠ HOÀNH**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Vỡ cơ hoành là tổn thương mất toàn vẹn của cơ hoành, gặp trong chấn thương bụng kín, thường là một chấn thương mạnh làm áp lực ổ bụng tăng cao đột ngột, vòm hoành bị căng lên và vỡ. Thường thấy vỡ cơ hoành bên trái, cơ hoành bên phải ít bị vỡ do được gan che chở. Chấn thương ngực kín cũng có thể gây vỡ cơ hoành nhưng ít gặp hơn.

+ Qua chỗ rách cơ hoành,các tạng trong ổ bụng có thể chui lên lồng ngực ngay sau chấn thương hoặc sau chấn thương một thời gian,gây nên thoát vị cơ hoành do chấn thương.

+ Vì rách cơ hoành thường xảy ra do một chấn thương mạnh nên nó thường kèm theo nhiều tổn thương khác ở ổ bụng và lồng ngực, làm cho việc chẩn đoán và điều trị gặp nhiều khó khăn.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Cơ hoành bị thủng, rách, vỡ do chấn thương, vết thương thấu bụng, sau tai biến của phẫu thuật khác.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh lý toàn thân quá nặng không đảm bảo cuộc mổ.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

- Phẫu thuật viên chuyên ngành tiêu hóa, lồng ngực.

**2. Phương tiện:**

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tiêu hóa.

- Các stapler, clip mạch máu.

- Dao Harmonic hoặc Ligasure hoặc Thunderbeat.

**3. Người bệnh**

- Được chẩn đoán bệnh, xét nghiệm sinh học, đánh giá toàn trạng bệnh phối hợp và được điều trị, nuôi dưỡng, cân bằng đủ đảm bảo cho cuộc phẫu thuật dự kiến.

- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi…

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những 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.

- Nhịn ăn, thụt tháo, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:** Người bệnh nằm ngửa, có thể kê gối độn dưới lưng ngang mũi ức.

**2. Vô cảm:** Gây mê toàn thân, đặt nội khí quản.

**3. Kỹ thuật:**

- Đường mổ: Mở bụng đường trắng trên rốn, khi cần thiết có thể kéo dài xuống dưới rốn hoặc mở thêm đường ngang sang bên phải trong trường hợp phải xử lý chấn thương gan phải kèm theo.

- Kiểm tra ổ bụng:

+ Dịch ổ bụng: Quan sát đánh giá số lượng, màu sắc, tính chất của dịch ổ bụng, xác định dịch máu, dịch tiêu hóa hay dịch mật, mủ, nước tiểu... số lượng dịch, khi dịch máu nhiều có nghĩa là thương tổn lớn, cần nhanh chóng xác định mức độ thương tổn tương xứng và không nên kéo dài việc thăm dò nhất là khi huyết động không ổn định.

+ Tầng trên mạc treo đại tràng ngang: Cần đánh giá gan, lách, hậu cung mạc nối, thân, đuôi tụy.

+ Tầng dưới mạc treo đại tràng ngang: Kiểm tra đại tràng ngang, đoạn đầu của ruột non, quan sát dọc 2 rãnh đại tràng, hút dịch đánh giá được đại tràng lên và đại tràng xuống, xích ma. Kiểm tra ruột non và mạc treo từ góc hồi manh tràng trở lên. Đánh giá bàng quang, máu tụ sau phúc mạc, tử cung, phần phụ (ở nữ).

- Xử trí tổn thương cơ hoành:

+ Với tạng thoát vị: Đưa trở lại ổ bụng, thái độ xử trí tùy thuộc sức sống của mô tạng thoát vị

+ Kiểm tra khoang màng phổi, phổi cùng bên qua chỗ vỡ cơ hoành, xử lý tổn thương nhu mô phổi nếu có, rửa màng phổi nếu có dịch mủ, dịch tiêu hóa, giả mạc, máu cục

+ Đặt dẫn lưu màng phổi cùng bên tổn thương vị trí khoang liên sườn V, đường nách giữa.

+ Bộc lộ mép vết thương cơ hoành, cắt lọc.

+ Khâu cơ hoành 1 lớp khâu vắt hoặc mũi rời chỉ không tiêu, số 0

+ Đặt dẫn lưu tùy vị trí cơ hoành và các tạng tổn thương

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Theo dõi:**

- Như mọi trường hợp phẫu thuật đường tiêu hóa, lồng ngực nói chung

- Sau phẫu thuật điều trị kháng sinh 5 – 7 ngày

- Theo dõi dịch, khí qua dẫn lưu màng phổi; dẫn lưu ổ bụng

**2. Tai biến và xử trí:**

- Trước và trong phẫu thuật: shock nhiễm trùng, suy hô hấp, chèn ép tim do chẩn đoán muộn: hạn chế thay đổi tư thế người bệnh, nhanh chóng giải phóng khoang màng phổi, khi cần phải đặt dẫn lưu màng phổi trước, phối hợp với bác sĩ gây mê vừa mổ vừa hồi sức.

- Sau phẫu thuật:

+ Rò khí, chảy máu màng phổi: thái độ xử trí tùy thuộc số lượng máu, khí ra dẫn lưu.

+ Rò tiêu hóa: số lượng ít: theo dõi điều trị nội

+ Rò số lượng nhiều, áp xe trong ổ bụng, viêm phúc mạc: mổ đánh giá lại tổn thương tạng, thái độ xử trí phụ thuộc tính chất, mức độ tổn thương.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa – chuyên khoa Phẫu thuật tiêu hóa và phẫu thuật nội soi- Bộ Y tế.

2. Sách Bài giảng bệnh học ngoại khoa tập I và tập II- Đại học Y Hà Nội.

## **144. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ CƠ HOÀNH**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Thoát vị cơ hoành là một dị tật bẩm sinh thường thấy ở trẻ nhỏ: Là hiện tượng các tạng từ ổ bụng chui lên lồng ngực qua lỗ khuyết bẩm sinh thường ở vị trí lỗ sau và bên trái của cơ hoành. Tuỳ thuộc vào lỗ thoát vị to hay nhỏ mà các phủ tạng có thể chui lên lồng ngực như dạ dày, ruột non, lách. Những trẻ bị thoát vị cơ hoành bẩm sinh thường có tổn thương phổi nặng nề.

- Bệnh thường chiếm tỉ lệ 1/12500 trẻ mới sinh ra, tỉ lệ tử vong là khoảng 30 – 50%.

- Thoát vị cơ hoành ở người lớn thường là thoát vị khe thực quản.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh được chấn đoán là thoát vị hoành.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Chống chỉ định của phẫu thuật nội soi:

+ Tiền sử mổ viêm phúc mạc, tắc ruột.

+ Cổ trướng tự do hoặc cổ trướng khu trú.

+ Thoát vị thành bụng, thoát vị rốn.

+ Nhiễm khuẩn tại chỗ thành bụng

+ Bệnh lý rối loạn đông máu.

- Chống chỉ định bơm hơi phúc mạc: Bệnh mạch vành, bệnh van tim, bệnh tâm phế mãn.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

- Phẫu thuật viên chuyên ngành tiêu hóa

**2. Phương tiện:**

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tiêu hóa.

- Các stapler, clip mạch máu.

- Dao Harmonic hoặc Ligasure hoặc Thunderbeat.

**3. Người bệnh**:

- Được chẩn đoán bệnh, xét nghiệm sinh học, đánh giá toàn trạng bệnh phối hợp và được điều trị, nuôi dưỡng, cân bằng đủ đảm bảo cho cuộc phẫu thuật dự kiến.

- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi…

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những 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.

- Nhịn ăn, thụt tháo, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:** Người bệnh nằm ngửa, đặt ống thông dạ dày trước mổ. Người bệnh năm ở tư thế đầu cao chân thấp một góc 30 độ so với mặt phẳng nằm ngang. Hai chân dạng một góc 90 độ.

**2.Vô cảm:** Gây mê nội khí quản.

**3. Kỹ thuật:**

- Đưa các tạng trở lại ổ bụng: dùng các kìm cặp ruột đưa các tạng trở lại ổ bụng. Nếu dính cần phải gỡ dính cẩn thận trách làm thủng các tạng.

- Bộc lộ 2 cột trụ hoành: Sau khi mở mạc nối nhỏ, dùng que gạt nâng thực quản bụng để bộc lộ 2 cột trụ hoành. Khâu khép lại 2 cột trụ hoành bằng chỉ ethibon 2.0 không tiêu. Chú ý vị trí khâu không làm chít hẹp thực quản. Tôt nhất là đặt vào thực quản 1 ống thông có cỡ 24 - 26Fr và khâu trên ống thông đó để đảm bảo không hẹp.

- Tạo van chống trào ngược kiểu Rossetti: Đưa một kẹp không chấn thương luồn vào khoảng trống sau thực quản kéo nhẹ nhàng một phần phình vị lớn qua mặt sau thực quản sang bên phải thực quản. Mũi khâu đầu tiên giữa phần phình vị lớn bên phải với mặt trước của phình vị lớn bên trái thực quản sao cho phần phình vị lớn dạ dày ôm quanh thực quản không quá chật cũng không quá rộng. Thường cần khâu khoảng 3 - 4 mũi chỉ không tiêu để tạo ra được đoạn ống bằng phình vị lớn dài khoảng 3 - 4 cm bọc quanh thực quản. Để xác định chính xác độ rộng của van, đặt trong lòng thực quản ống thông có kích thước 24 - 26 Fr làm chuẩn. Phía trên van được cố định vào chân cơ hoành trái. Phía dưới khâu một mũi cố định vào bên phải dạ dày. Kiểm tra toàn bộ ổ bụng, hút sạch dưới hoành trái, phải, tháo hơi, rút các trocar, đóng các lỗ.

- Tạo van chống trào ngược kiểu Touper hoặc Dor

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Theo dõi**

- Như mọi trường hợp phẫu thuật đường tiêu hóa nói chung.

- Kháng sinh từ 2 đến 5 ngày.

- Cần lưu ý bồi phụ nước và điện giải.

**2. Tai biến và xử trí**

2.1. Trong phẫu thuật

- Thủng thực quản: khâu ngay và tạo hình van toàn bộ.

- Chảy máu: cặp clip cầm máu.

2.2. Sau phẫu thuật

- Cháy máu: mổ lại cầm máu

- Viêm phúc mạc do thủng tạng: mổ lại dẫn lưu hoặc khâu thủng tùy tình trạng ổ bụng

- Áp xe tồn dư trong ổ bụng: xác định bằng siêu âm hoặc chụp cắt lớp vi tính ổ bụng. Tùy kích thước hướng xử trí khác nhau: điều trị kháng sinh hoặc mổ, chích dẫn lưu.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa – chuyên khoa Phẫu thuật tiêu hóa và phẫu thuật nội soi- Bộ Y tế.

2. Sách Bài giảng bệnh học ngoại khoa tập I và tập II- Đại học Y Hà Nội.

## **145. CÁC PHẪU THUẬT CƠ HOÀNH KHÁC**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- U cơ hoành là tổn thương hiếm gặp, có thể lành tính hoặc ác tính. Tổn thương u cơ hoành thường liên quan đến các tổn thương ác tính của màng phổi hoặc phúc mạc.

- Bệnh không có triệu chứng đặc hiệu, với các biểu hiện mơ hồ như đau tức nhẹ vùng ngực dưới đau tăng khi hít thở nên thường chỉ được phát hiện tình cờ. Các khối u lớn gây chèn ép phổi thường gây ra các triệu chứng giống như bệnh lý của phổi như khó thở, ho, ho ra máu, chèn ép vào tim, hệ tĩnh mạch chi dưới gây tình trạng ứ trệ tuần hoàn trở về, phù chi dưới..

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Các khối u cơ hoành khi phát hiện được chỉ định mổ khi tổn thương khu trú, chưa ảnh hưởng lớn đến tim, phổi và các cơ quan khác.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Tình trạng lâm sàng không ổn định như rối loạn khí máu động mạch và tình trạng cao áp phổi.

- Tổn thương u ác tính giai đoạn muộn đã có di căn cơ quan khác.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

- Phẫu thuật viên chuyên ngành tiêu hóa

**2. Phương tiện:** Bộ dụng cụ mổ bụng đại phẫu, kim, chỉ tiêu chậm, tấm lưới nhân tạo

**3. Người bệnh:**

- Được làm đầy đủ các xét nghiệm chuẩn bị cuộc mổ.

- Được giải thích về quy trình, nguy cơ tai biến của phẫu thuật.

- Với những trường hợp mổ theo kế hoạch: vệ sinh sạch sẽ, ăn nhẹ đến 22h ngày hôm trước, thụt tháo phân sạch, sáng ngày mổ: nhịn ăn uống, kháng sinh dự phòng

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:** Bệnh nhân nằm ngửa, đầu và ngực cao, chân thấp.

**2. Vô cảm:** Gây mê nội khí quản

**3. Kỹ thuật:**

- Mục đích của phẫu thuật là cắt bỏ khối u cơ hoành, phục hồi lại cơ hoành.

- Người bệnh nằm ngửa, đầu và ngực cao, chân thấp.

- Gây mê nội khí quản, giãn cơ.

- Trải toan che kín, chỉ hở vùng phẫu thuật.

- Tùy theo tổn thương u lựa chọn đương mổ qua đường bụng hay đường mở ngực.

- Thăm dò bộc lộ, đánh giá tổn thương.

- Cắt bỏ khối u khi còn khả năng, và/hoặc sinh thiết chẩn đoán tế bào học.

- Khâu phục hồi cơ hoành:

+ Khâu xếp nếp cơ hoành

+ Nếu tổn thương nặng, rộng cần phải sử dụng tấm ghép nhân tạo hay tự thân như cân cơ, vạt cơ gần đó để thay thế cơ hoành.

**VI. THEO DÕI**

- Sau phẫu thuật Người bệnh được chuyển về khoa hồi sức

- Giữ ấm, nằm đầu cao, hỗ trợ hô hấp

- Tiếp tục kháng sinh tĩnh mạch 7 -10 ngày.

- Nhịn ăn đường tiêu hóa, nuôi ăn tĩnh mạch hoàn toàn từ 2 -3 ngày, sau đó nuôi ăn đường miệng hoặc qua ống thông dạ dày

- Kiểm tra khí máu 1 giờ sau mổ, và X quang phổi 6 giờ sau mổ.

- Điều trị cao áp động mạch phổi, trào ngược dạ dày thực quản nếu có.

- Chăm sóc vết thương mỗi ngày và cắt chỉ sau 07 ngày

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Chảy máu: mở lại cầm máu

- Tràn khí màng phổi, xẹp phổi: dẫn lưu khí khoang màng phổi, thở máy.

- Nhiễm trùng như viêm phổi, nhiễm trùng huyết, nhiễm trùng tiểu: làm kháng sinh đồ và điều trị kháng sinh.

- Tổn thương tái phát: phẫu thuật lại

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa – chuyên khoa Phẫu thuật tiêu hóa và phẫu thuật nội soi- Bộ Y tế.

2. Sách Bài giảng bệnh học ngoại khoa tập I và tập II- Đại học Y Hà Nội.

## **146. PHẪU THUẬT CẮT U THÀNH BỤNG**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- U thành bụng tùy thuộc vào kích thước, số lượng u thành bụng có thể được xử lý bằng tại phòng tiểu phẫu hoặc phòng mổ.

- Vì ở thành bụng nên u thường nhỏ, ít khi có bệnh nhân u to mới tới khám.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- U thành bụng

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh lý toàn thân quá nặng không đảm bảo cuộc mổ.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

- Phẫu thuật viên chuyên ngành tiêu hóa.

**2. Phương tiện:**

- Găng tay vô khuẩn, áo vô khuẩn

- Bộ dụng cụ mổ mở: panh, kìm kẹp kim, kẹp phẫu tích, kéo vô khuẩn.

- Gạc các cỡ vô khuẩn, dung dịch sát khuẩn: betadine.

- Kim chỉ: chỉ tiêu chậm số 2.0, số 0, số 1 để khâu cân cơ; chỉ khâu da (liền kim hoặc chỉ line).

**3. Người bệnh:**

- Được giải thích về tình trạng bệnh, các nguy cơ của phẫu thuật.

- Tiêm phòng uốn ván.

- Sử dụng kháng sinh trước mổ.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ**

**2. Vô cảm:** Tê tại chỗ - Tê tủy sống – Mê nội khí quản

**3. Thực hiện kỹ thuật:**

3.1. U nhỏ:

- Sát khuẩn vết thương bằng dung dịch betadine, trải toan vô khuẩn.

- Vô cảm: tê tại chỗ.

- Bóc tách cắt u

- Khâu lại cân cơ thành bụng bằng chỉ tiêu chậm số 0 hoặc số 1. Các mũi khâu cách nhau 1,5 - 2cm.

- Khâu da bằng chỉ không tiêu đơn sợi hoặc chỉ line 1,5 - 2cm/mũi.

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

3.3. U lớn:

- Cần cân nhắc khuyết hổng tổ chức thành bụng.

- Tuy nhiên sau khi cắt lọc, có thể để hở da, vá da thì 2, tăng cường lưới thành bụng nếu thiếu cân.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Theo dõi:**

- Thay băng hàng ngày, kiểm tra vết thương.

- Dùng kháng sinh, giảm đau, giảm phù nề. Dùng kháng sinh đường uống với vết thương nhỏ, sạch hoặc tiêm truyền với các vết thương phức tạp, bẩn, đa vết thương.

- Rút dẫn lưu khi không còn ra dịch, thường vào ngày thứ 2 sau mổ.

- Cắt chỉ khâu da sau mổ 7-10 ngày tùy tình trạng vết thương.

**2. Xử trí tai biến:**

- Chảy máu vết thương:

+ Thường do cầm máu vết thương không kỹ.

+ Tùy từng mức độ, nếu chảy máu ít chỉ cần băng ép vết thương cầm máu, nếu băng ép không cầm được máu thì cần mở lại vết thương cầm máu lại.

- Viêm tấy mủ vết thương:

+ Do vết thương bẩn hoặc còn đọng dịch viêm.

+ Thay băng, cắt chỉ cách quãng làm sạch vết thương.

+ Điều trị kháng sinh, giảm viêm sau mổ.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa – chuyên khoa Phẫu thuật tiêu hóa và phẫu thuật nội soi- Bộ Y tế.

2. Sách Bài giảng bệnh học ngoại khoa tập I và tập II- Đại học Y Hà Nội.

## **147. PHẪU THUẬT KHÂU PHỤC HỒI THÀNH BỤNG DO TOÁC VẾT MỔ**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

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

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

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Các trường hợp sau mổ có toác vết mổ thành bụng

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

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

- Bệnh lý toàn thân quá nặng không đảm bảo cuộc mổ.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:** Phẫu thuật viên chuyên ngành tiêu hóa, ngoại chung.

**2. Phương tiện:**

- Găng tay vô khuẩn

- Áo vô khuẩn

- Chỉ không tiêu số 1 hoặc số 0, có thể chỉ kim loại

- Kìm kẹp kim

- Panh, kẹp phẫu tích, kéo vô khuẩn

- Gạc các cỡ vô khuẩn, dung dịch sát khuẩn: betadine.

**3. Người bệnh:**

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

- Điều trị các bệnh lý toàn thân phối hợp.

- Bồi phụ dinh dưỡng, nước - điện giải.

- Dùng kháng sinh dự phòng.

- Giải thích cho người bệnh và gia đình biết rõ bệnh.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:** Bệnh nhân nằm ngửa

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

**3. Kỹ thuật:**

3.1. Với những trường hợp toác vết mổ đơn thuần:

- Làm sạch vết mổ: Lấy hết tổ chức giả mạc, bộc lộ cân cơ

- Khâu lại thành bụng:

- Vết mổ sạch: Khâu cân cơ bằng chỉ vicryl số 1, khoảng cách mỗi mũi khâu 1,5- 2cm. Khâu da thưa.

- Vết mổ bẩn: Đóng cân cơ - da một lớp có hoặc không có cầu phao.

3.2. Với những trường hợp toác vết mổ có biến chứng của lần mổ trước:

- Bóc tách gỡ dính các tạng với nhau, với mép vết mổ và đưa vào trong ổ bụng. Làm xẹp ruột.

- Thăm dò ổ bụng.

- Lấy dịch, bệnh phẩm làm vi sinh, kháng sinh đồ.

- Lau rửa ổ bụng, đặt dẫn lưu, sắp xếp lại các quai ruột.

- Khâu phục hồi thành bụng bằng đóng thành bụng một lớp. Khâu một lớp đi từ da cách mép vết mổ từ 1,5 - 2cm xuyên vào tới phúc mạc của mổ mép vết mổ (gồm tất cả các lớp) và tiếp tục từ phúc mạc ra da mép vết mổ đối diện cân xứng rồi thắt chỉ.

- Phương pháp này dùng các loại chỉ không tiêu hoặc tiêu chậm số 1 hoặc số 0, có thể sử dụng cầu phao hoặc có thể sử dụng chỉ kim loại, khâu bằng các mũi rời, các mũi khâu cách nhau khoảng 2 cm.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Theo dõi**

- Truyền dịch, dùng kháng sinh, giảm đau...

- Theo dõi tình trạng ổ bụng, vết mổ, dẫn lưu, toàn thân.

- Phát hiện và xử trí các biến chứng do bệnh, do phẫu thuật…

**2. Xử trí tai biến**

- Chảy máu thành bụng sau mổ

- Nhiễm trùng vết mổ

- Bục lại vết mổ

- Thoát vị vết mổ

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

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa – chuyên khoa Phẫu thuật tiêu hóa và phẫu thuật nội soi- Bộ Y tế.

2. Sách Bài giảng bệnh học ngoại khoa tập I và tập II- Đại học Y Hà Nội.

## **148. KHÂU VẾT THƯƠNG THÀNH BỤNG**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Vết thương thành bụng là vết thương gây tổn thương cơ thành bụng nhưng không gây thủng lá phúc mạc, ổ bụng không thông thương với bên ngoài.

- Tùy vào nguyên nhân mà tổn thương thành bụng có thể sắc, gọn, sạch hay cơ thành bụng bị đụng dập, bẩn, có dị vật.

- Tùy thuộc vào kích thước, số lượng vết thương mà vết thương thành bụng có thể được xử lý bằng tại phòng tiểu phẫu hoặc phòng mổ.

**II. CHỈ ĐỊNH**

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

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Không khâu kín vết thương trong trường hợp vết thương bẩn, đụng dập tổ chức nhiều do hỏa khí hay do động vật cắn.

- Không khâu kín vết thương trong trường hợp chưa loại trừ vết thương thấu bụng hoặc các chấn thương khác trong ổ bụng.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:** Bác sĩ ngoại khoa

**2. Phương tiện:**

- Găng tay vô khuẩn, áo vô khuẩn

- Bộ dụng cụ mổ mở: panh, kìm kẹp kim, kẹp phẫu tích, kéo vô khuẩn.

- Gạc các cỡ vô khuẩn, dung dịch sát khuẩn: betadine.

- Kim chỉ: chỉ tiêu chậm số 2.0, số 0, số 1 để khâu cân cơ; chỉ khâu da (liền kim hoặc chỉ line).

**3. Người bệnh:**

- Được giải thích về tình trạng bệnh, các nguy cơ của phẫu thuật.

- Tiêm phòng uốn ván.

- Sử dụng kháng sinh trước mổ.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ**

**2. Kiểm tra người bệnh**

**3. Thực hiện kỹ thuật:**

3.1. Vết thương nhỏ, sạch:

- Sát khuẩn vết thương bằng dung dịch betadine, trải toan vô khuẩn.

- Vô cảm: tê tại chỗ.

- Làm sạch vết thương bằng dung dịch nước ôxy già, dung dịch NaCl 0,9% và dunh dịch betadine. Lấy sạch hết tổ chức dập nát, máu cục, dị vật. Cầm máu tổ chức bằng đốt điện hoặc khâu mũi chữ X.

- Khâu lại cân cơ thành bụng bằng chỉ tiêu chậm số 0 hoặc số 1. Các mũi khâu cách nhau 1,5 - 2cm.

- Khâu da bằng chỉ không tiêu đơn sợi hoặc chỉ line 1,5 - 2cm/mũi.

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

3.3. Đối với các vết thương bẩn do hỏa khí, động vật cắn:

- Kỹ thuật tương tự như trên.

- Tuy nhiên sau khi cắt lọc, làm sạch vết thương thì để hở da.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Theo dõi:**

- Thay băng hàng ngày, kiểm tra vết thương.

- Dùng kháng sinh, giảm đau, giảm phù nề. Dùng kháng sinh đường uống với vết thương nhỏ, sạch hoặc tiêm truyền với các vết thương phức tạp, bẩn, đa vết thương.

- Rút dẫn lưu khi không còn ra dịch, thường vào ngày thứ 2 sau mổ.

- Cắt chỉ khâu da sau mổ 7-10 ngày tùy tình trạng vết thương.

**2. Xử trí tai biến:**

- Chảy máu vết thương:

+ Thường do cầm máu vết thương không kỹ.

+ Tùy từng mức độ, nếu chảy máu ít chỉ cần băng ép vết thương cầm máu, nếu băng ép không cầm được máu thì cần mở lại vết thương cầm máu lại.

- Viêm tấy mủ vết thương:

+ Do vết thương bẩn hoặc còn đọng dịch viêm.

+ Thay băng, cắt chỉ cách quãng làm sạch vết thương.

+ Điều trị kháng sinh, giảm viêm sau mổ.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa – chuyên khoa Phẫu thuật tiêu hóa và phẫu thuật nội soi- Bộ Y tế.

2. Sách Bài giảng bệnh học ngoại khoa tập I và tập II- Đại học Y Hà Nội.

## **149. CÁC PHẪU THUẬT THÀNH BỤNG KHÁC**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Các phẫu thuật thành bụng khác bao gồm các phẫu thuật thành bụng không phải thoát vị, toác vết mổ. Như: Áp xe thành bụng, dị vật thành bụng…

**II. CHỈ ĐỊNH**

Các tổn thương ở thành bụng không phải thoát vị, toác vết mổ. Như: Áp xe thành bụng, dị vật thành bụng…

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh lý toàn thân quá nặng không đảm bảo cuộc mổ.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

- Phẫu thuật viên chuyên ngành tiêu hóa

**2. Phương tiện:**

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tiêu hóa.

- Các stapler, clip mạch máu.

- Dao Harmonic hoặc Ligasure hoặc Thunderbeat.

**3. Người bệnh**

- Được chẩn đoán bệnh, xét nghiệm sinh học, đánh giá toàn trạng bệnh phối hợp và được điều trị, nuôi dưỡng, cân bằng đủ đảm bảo cho cuộc phẫu thuật dự kiến.

- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi…

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những 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.

- Nhịn ăn, thụt tháo, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BỨỚC TIẾN HÀNH**

**1.Tư thế:** Người bệnh nằm ngửa

**2. Vô cảm:** Gây tê tại chỗ, tê tủy sống hoặc gây mê toàn thân có giãn cơ tùy theo vùng tổn thương thành bụng.

**3.Kỹ thuật:**

Bước 1: Mở tìm và bộc lộ tổn thương

Bước 2: Xử trí tổn thương, tùy từng loại tổn thương mà có phương pháp xử trí khác nhau.

Bước 3: đóng bụng.

**VI. THEO DÕI CÁC TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG VÀ NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ**

- Chảy máu: thường trong 48h đầu hoặc những ngày tiếp theo. Chảy máu đỏ tươi, số lượng nhiều qua dẫn lưu, toàn trạng thay đổi (nhợt, lo âu, mạch nhanh, huyết áp hạ) cần mổ lại kiểm tra, cầm máu.

- Theo dõi áp xe tồn dư, nhiễm trùng vết mổ để có chỉ định can thiệp kịp thời.

- Theo dõi tình trạng chung: viêm phổi…

- Truyền dịch: tính đủ năng lượng, lượng dịch vào cho từng người bệnh cụ thể.

- Kháng sinh: sử dụng kháng sinh dự phòng hoặc sử dụng kháng sinh điều trị khi có chỉ định, tùy thuộc hoàn cảnh cụ thể.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa – chuyên khoa Phẫu thuật tiêu hóa và phẫu thuật nội soi- Bộ Y tế.

2. Sách Bài giảng bệnh học ngoại khoa tập I và tập II- Đại học Y Hà Nội.

## **150. MỞ BỤNG THĂM DÒ, LAU RỬA Ổ BỤNG, ĐẶT DẪN LƯU**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Thăm dò ổ bụng là thì đầu tiên để quyết định mọi can thiệp vào các tạng trong ổ bụng.

- Nguyên tắc của thủ thuật là phải xác định đầy đủ các thương tổn, không được bỏ sót, nhất là trong chấn thương bụng thì phải thăm dò kỹ toàn bộ ổ bụng. Những trường hợp thăm dò bệnh lý của từng tạng riêng biệt thì ta có những đường mổ tương ứng, nhưng nếu cần phải thăm dò toàn bộ ổ bụng thì tốt nhất là mở đường giữa trên và dưới rốn để có thể thăm dò rộng rãi và dễ dàng.

**II. CHỈ ĐỊNH**

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

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

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

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

- Phẫu thuật viên chuyên ngành tiêu hóa

**2. Phương tiện:**

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tiêu hóa.

- Các stapler, clip mạch máu.

- Dao Harmonic hoặc Ligasure hoặc Thunderbeat.

**3. Người bệnh**

- Được chẩn đoán bệnh, xét nghiệm sinh học, đánh giá toàn trạng bệnh phối hợp và được điều trị, nuôi dưỡng, cân bằng đủ đảm bảo cho cuộc phẫu thuật dự kiến.

- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi…

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những 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.

- Nhịn ăn, thụt tháo, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:** Bệnh nhân nằm ngửa

**2. Vô cảm:** Mê nội khí quản

**3. Kỹ thuật:**

a)Thăm dò gan và đường mật ngoài gan

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

- Thăm dò thùy phải và đường mật ngoài gan:

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

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

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

b) Thăm dò lách

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

c) Thăm dò dạ dày

- Thăm dò mặt trước dạ dày:

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

- Thăm dò phần trên của dạ dày:

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

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

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

+ Môn vị và hành tá tràng, thông thường có một tĩnh mạch chạy vắt ngang phía trước môn vị. Kiểm tra luôn cả túi mật, cuống gan, đầu tụy và các hạch ở vùng này. Trong trường hợp ung thư dạ dày ở phụ nữ nhất thiết phải thăm dò buồng trứng hai bên xem có u hay không.

- Thăm dò mặt sau:

Mặt sau dạ dày là thành trước của hậu cung mạc nối, vì vậy muốn thăm dò mặt sau dạ dày ta phải đi vào hậu cung mạc nối. Khi thăm dò chú ý không được bỏ sót các thương tổn ở mặt sau thân vị. Để có thể bộc lộ rộng rãi mặt sau dạ dày, trong số các đường vào hậu cung mạc nối ta chỉ dùng ba đường để vào thăm dò mặt sau dạ dày sau đây: Đường qua hai lá trước của mạc nối lớn:

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

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

4. Thăm dò các tạng khác

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

- Đặt dẫn lưu bụng.

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

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Theo dõi:**

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

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

**2. Xử trí biến chứng:**

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

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

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa – chuyên khoa Phẫu thuật tiêu hóa và phẫu thuật nội soi- Bộ Y tế.

2. Sách Bài giảng bệnh học ngoại khoa tập I và tập II- Đại học Y Hà Nội.

# G. CHẤN THƯƠNG - CHỈNH HÌNH

## **151. PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG ĐIỀU TRỊ GÃY XƯƠNG ĐÒN**

**i. ĐẠI CƯƠNG**

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

**ii. CHỈ ĐỊNH**

Gãy xương có tổn thương kèm mạch máu thần kinh

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

Gãy 1/3 ngoài di lệch nhiều ở trẻ lớn

**iii. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Người bênh 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**

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

**2. Người bệnh**

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

**3. Phương tiện**

**Bộ dụng cụ**: Kết hợp xương

**Bộ kim**Kirschner

**4. Hồ sơ bệnh án**

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

**Dự kiến thời gian phẫu thuật:** 45 phút

**v. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế người bệnh**

Nằm ngửa

**2. Vô cảm**

Gây tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc gây mê

Sát khuẩn, trải toan

**3. Kỹ thuật**

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

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

Kiểm tra diện gãy khít vững.

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

Khâu phục hồi các lớp theo giải phẫu.

Băng vô khuẩn.

Túi treo tay trong 3 tuần.

**vi. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Tụ máu, phù nề sau mổ

Nhiễm trùng sau mổ

Liệt thần kinh sau mổ: do chấn thương co kéo trong mổ, garo kéo dài (liệt 3 dây).

Phục hồi chức năng sau mổ.

## **152. PHẪU THUẬT KHX TRẬT KHỚP CÙNG ĐÒN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Trật khớp cùng vai - đòn có 7 độ. Độ 1 - 3 điều trị bảo tồn. Độ 4 - 7 đa số mổ. [phẫu thuật](http://khamgiodau.com/s/Ph%E1%BA%ABu%20thu%E1%BA%ADt.html) điều trị trật khớp cùng vai- đòn nhằm mục đích phục hồi lại các diện khớp cùng vai- đòn, khớp quạ - đòn và tái tạo dây chằng quạ - đòn.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Trật khớp cùng vai - đòn độ 4 - 7.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Trật khớp độ 1 – 2

- Người già.

- Bệnh nhiễm khuẩn tiến triển

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**: Phẫu thuật viên thành thạo trong phẫu thuật trật khớp cùng vai - đòn

**3. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ phẫu thuật thông thường

- Bộ dụng cụ kết hợp xương: đinh Kirschner các cỡ, khoan tay, khoan điện, kìm giữ xương, vít xốp, vít xương các loại…

**3. Người bệnh**

- Giải thích kỹ cho người bệnh và người nhà người bệnh để hiểu rõ cuộc phẫu thuật cũng như việc tập luyện về sau.

**4. Hồ sơ bệnh án**: đầy đủ các xét nghiệm, phim X quang khớp vai, ký cam đoan mổ

**V.CÁC BƯ ỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm**

Gây mê nội khí quản

**2. Tư thế**

Người bệnh nằm ngửa, độn cao vai cùng bên với trật khớp, bộc lộ rõ vùng  
cổ, vai và xương đòn.

**3. Kỹ thuật** cố định khớp quạ đòn bằng vít xốp và tái tạo dây chằng quạ  
đòn (Kỹ thuật Bosworth cải tiến)

- Rạch da theo đường trư ớc, đi từ đầu ngoài xương đòn đến khớp cùng vai  
đòn.  
- Bộc lộ diện khớp cùng vai đòn và quạ đòn

- Kiểm tra các dây chằng, nhất là dây chằng quạ đòn.

- Cố định xương đòn v ới mỏm quạ bằng vít xốp hoặc vít xương

- Khâu lại dây chằng quạ đòn v ới dây chằng quạ mỏm cùng vai bằng chỉ  
không tiêu.

- Cầm máu kỹ và phục hồi phần mềm

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

1. Theo dõi

- Chụp Xquang kiểm tra sau mổ

- Kháng sinh 3 - 5 ngày.

- Băng Desault b ất đ ộng vai 1 - 2 tuần

**2. Xử trí**

- Cầm máu kỹ vết mổ.

- Chăm sóc và theo dõi nhiễm trùng vết mổ.

## **153. PHẪU THUẬT KHX KHỚP GIẢ XƯƠNG ĐÕN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Khớp giả xương đòn là di chứng sau gãy xương đòn, hay gặp  trong các vị trí khớp giả, đặc biệt sau gãy hở, chấn thương năng lượng lớn, tổn thương phần mềm và mạch nuôi dưỡng...

**II. CHỈ ĐỊNH**

 Khớp giả xương đòn nếu không được can thiệp sẽ không có khả năng liền vì vậy được chỉ định cho mọi trường hợp khớp giả xương đòn đã được chẩn đoán.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Vết thương phần mềm viêm nhiễm

Còn rối loạn dinh dưỡng nặng: sưng nề, nhiều nốt phỏng...

Có các bệnh toàn thân nặng chưa điều trị ổn định: đái tháo đường, cao huyết áp...

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

Phẫu thuật viên là bác sĩ chuyên khoa chấn thương chỉnh hình đã được đào tạo. Có hai phụ mổ

**2. Phương tiện:**

Khoan xương nẹp bản nhỏ và vít 3.5mm

**3. Người bệnh:**

Vệ sinh sạch sẽ. Nhịn ăn uống 6 giờ trước phẫu thuật.

**Dự kiến thời gian phẫu thuật: 60 phút**

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm:**

Gây mê nội khí quản hoặc gây tê đám rối

**2. Kỹ thuật kết hợp xương:**

Đường rạch: Rạch da theo sẹo mổ cũ mặt trước xương đòn.

Bộc lộ ổ khớp giả xương chày, tránh bóc tách, phá huỷ nhiều phần mềm và màng xương.

Lấy bỏ các tổ chức xơ kẹt vào ổ gãy. Làm sạch diện gãy.

Khoan thông ống tuỷ.

Đặt lại diện gãy và các mảnh rời nếu có.

Đặt phương tiện kết xương: nẹp vis

Ghép xương xốp tự thân lấy từ mào chậu.

Cầm máu

Đặt 1 dẫn lưu.

**VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỔ**

Nếu kết hợp xương vững: cho tập vận động sớm các khớp lân cận.

Dùng kháng sinh, giảm đau, chống phù nề 5-7 ngày.

Rút dẫn lưu sau 48 giờ

Tháo phương tiện kết hợp xương sau 18 tháng nếu xương liền tốt

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Nhiễm khuẩn vết mổ: thay băng, dùng kháng sinh theo kháng sinh đồ. Trường hợp nặng nhiễm khuẩn vào ổ gãy phải tháo phương tiện kết hợp xương.

## **154. PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG TRẬT KHỚP ỨC ĐÒN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Trật khớp ức đòn hay gặp sau một chấn thương gián tiếp vào cung trước vai với cánh tay dạng. Thường gặp là xương đòn di lệch ra trước, thỉnh thoảng cũng có trường hợp di lệch ra sau. Cũng có thể gặp bẩm sinh hoặc sau thoái hóa khớp hoặc viêm khớp.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Khi nắn bó đai số 8 không có kết quả

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Chống chỉ định trong ngoại khoa nói chung

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Phẫu thuật viên là bác sĩ chuyên khoa chấn thương chỉnh hình.

**2. Người bệnh và gia đình**

Được giải thích đầy đủ về cuộc phẫu thuật, các tai biến có thể gặp trong và sau cuộc phẫu thuật ( nhiềm trùng, tử vong …). Nhịn ăn trước 6 giờ.

**3. Phương tiện**

Bộ dụng cụ kết hợp xương chung.

**Dự kiến thời gian phẫu thuật : 90 phút**

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế người bệnh:** Nằm ngửa, có độn ở dưới lưng.

**2. Vô cảm:**

Gây mê nội khí quản

**3. Kỹ thuật:**

Đường mổ: Đi ngang ngay mặt trước khớp ức đòn

Phương tiện kết hợp xương: Kim Kirschner hoặc vis xốp rời.

**VI. THEO DÕI XỬ TRÍ TAI BIẾN**

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

Nhiễm trùng: Tách vết mổ, làm sạch, để hở.

Đau sau mổ: Chống phù nề, giảm đau.

Một số tai biến: Xuyên kim vào tim, phổi, động mạch phổi, động tĩnh mạch chủ.

## **155. PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG GÃY THÂN XƯƠNG CÁNH TAY**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Gãy thân xương cánh tay thường do cơ chế chấn thương gián tiếp, xương gãy chéo vát chọc ra ngoài.

**II. CHỈ ĐỊNH PHẪU THUẬT**

Phẫu thuật kết hợp xương gãy thân xương cánh tay người lớn đơn giản.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Gãy thân xương cánh tay ở trẻ em

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:** Là phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình.

**2. Người bệnh**

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

**3.** **Phương tiện**

Bộ dụng cụ đại phẫu.

Bộ dụng cụ kết hợp xương chi trên.

Khoan Y tế, nẹp vít cánh tay các cỡ, đinh Rush các cỡ.

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

**Dự kiến thời gian phẫu thuật : 90 phút**

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

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

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

**3. Kỹ thuật tiến hành**

Đánh rửa sạch chi trên từ bàn tay đến nách và một phần ngực bên cánh tay gãy, cạo lông, cắt móng tay…

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

Thì can thiệp về xương:

Làm sạch hai đầu xương gãy, bơm rửa huyết thanh, ô xy già… Đặt lại xương thẳng trục chi.

Kết hợp xương bằng nẹp vít hoặc đinh Rush Dẫn lưu ổ gãy, ống dẫn lưu cỡ 16-18F.

***Thì đóng vết mổ*** theo các lớp giải phẫu.

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

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

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

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

Chảy máu sau mổ: Mở vết mổ lấy máu tụ, cầm máu, băng ép. Gác tay cao, tập vận động cổ và bàn ngón tay, vận động khuỷu.

## **156. PHẪU THUẬT KHX KHỚP GIẢ XƯƠNG CÁNH TAY**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Khớp giả xương cánh tay là tình trạng không liền xương cánh tay sau gãy xương 6 tháng. Xương cánh tay là một trong những xương rất hay gặp khớp giả.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Không liền xương sau mổ hoặc bó bột ít nhất là 6 tháng.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Chống chỉ định trong ngoại khoa nói chung

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Phẫu thuật viên là bác sĩ chuyên khoa chấn thương chỉnh hình.

**2. Người bệnh và gia đình**

Được giải thích đầy đủ về cuộc phẫu thuật, các tai biến có thể gặp trong và sau cuộc phẫu thuật (nguy cơ liệt thần kinh quay, nhiềm trùng, tử vong …). Nhịn ăn trước 6 giờ.

**3. Phương tiện**

Bộ dụng cụ kết hợp xương chi trên.

**Dự kiến thời gian phẫu thuật : 90 phút**

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế người bệnh:**

Nằm ngửa, có thể kê vai

**2. Vô cảm:**

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

**3. Kỹ thuật**

Đường mổ bên: Là đường nối mỏm cùng vai và lồi cầu ngoài, tách vào vách gian cơ giữa cơ khu trước và khu sau (chú ý bộc lộ tránh thần kinh quay)

Phương tiện kết hợp xương: Nẹp vis, đinh nội tủy có chốt.

Ghép xương chậu

Dẫn lưu.

Khâu da che phủ.

Đặt nẹp bột cánh cẳng bàn tay sau mổ 1 tháng.

**VI. THEO DÕI XỬ TRÍ TAI BIẾN**

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

Nhiễm trùng: Tách vết mổ, làm sạch, để hở.

Đau sau mổ: Chống phù nề, giảm đau.

Liệt thần kinh quay sau mổ: Phục hồi chức năng sớm để tránh co rút, theo dõi ít nhất sau 6 tháng.

## **157. PHẪU THUẬT KHX GÃY THÂN XƯƠNG CÁNH TAY PHỨC TẠP**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Gãy thân xương cánh tay được tính từ cổ phẫu thuật xương cánh tay đến vùng trên lồi cầu xương cánh tay. Gãy thân xương cánh tay phức tạp là gãy chéo, xoắn, có mảnh rời

Phẫu thuật KHX thân xương cánh tay bằng nẹp vít hoặc đinh nội tuỷ, đinh nội tuỷ có chốt dưới màn tăng sáng.

Biến chứng hàng đầu có thể gặp: Liệt thần kinh quay, khớp giả

**II. CHỈ ĐỊNH**

Gãy thân xương cánh tay phức tạp có hoặc không kèm theo các biến chứng khác

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Đang có tình trạng nhiễm khuẩn

Toàn trạng nặng vì đa chấn thương

**IV. CHUẨN BỊ**

**1.** **Người thực hiện**

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

**2.** **Người bệnh**

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

**3.** **Phương tiện**

Bộ dụng cụ KHX cánh tay

Bộ nẹp vít xương cánh tay

Bộ đinh nội tuỷ xương cánh tay

**4.** **Hồ sơ bệnh án**

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

**Dự kiến thời gian phẫu thuật: 120 phút**

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế người bệnh:**

Nằm ngửa, tay đặt ngang ra bàn mổ

**2.** **Vô cảm:**

Gây tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc gây mê

**3.** **Kỹ thuật:**

Đường mổ: Rạch da khoảng 10 - 20 cm (theo thương tổn phức tạp của xương) đường trước ngoài hoặc đường bên.

Phẫu tích tách qua vách gian cơ ngoài

Bộc lộ và tách thần kinh quay. Thần kinh quay đi từ sau ra trước, từ trong ra ngoài đi xuyên qua vách gian cơ, theo rãnh thần kinh quay.

Bộc lộ ổ gãy, làm sạch diện gãy

Đặt lại xương, đặt nẹp vít và bắt vít (ít nhất trên và dưới ổ gãy 3 vít)

Đối với đóng đinh nội tuỷ:

+ Rạch da 2 - 3cm ngang mấu động lớn và dùi ống tuỷ

+ Rạch da 2 – 5cm trên mỏm khuỷu, dùi ống tuỷ trên hố khuỷu

Kiểm tra ổ gãy, cầm máu, bơm rửa kỹ

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

Khâu phục hồi các lớp theo giải phẫu

Băng vô khuẩn

Túi treo tay hoặc nẹp bột cánh cẳng bàn tay khuỷu 90º trong 2 – 3 tuần

**Chú ý:**

**-** Phẫu tích thần kinh quay cẩn thận tránh liệt sau mổ, lưu ý động mạch cánh tay sâu đi kèm

Nếu kiểm tra thấy đứt thần kinh quay do gãy xương, tiến hành KHX cánh tay rồi khâu phục hồi thần kinh

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Tụ máu, phù nề sau mổ

Nhiễm trùng sau mổ

Liệt thần kinh quay sau mổ: Do chấn thương co kéo trong mổ, garo kéo dài (liệt 3 dây)

Sau khâu phục hồi thần kinh quay cần lý liệu pháp sớm tránh teo cơ, theo dõi ít nhất 6 tháng.

## **158. PHẪU THUẬT KHX GÃY TRÊN LỒI CẦU XƯƠNG CÁNH TAY**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Gãy trên lồi cầu xương cánh tay là loại gãy phổ biến ở trẻ em. Đường gãy ngoài khớp, chỗ thành xương yếu. Thường gặp là cơ chế gãy duỗi, do ngã chống tay, chủ yếu gặp ở trẻ em. Ít gặp cơ chế gãy gấp, do ngã ngửa ra sau, chống khuỷu, gặp ở người lớn.

Gãy trên lồi cầu trẻ em thường điều trị nắn bó bột bảo tồn.

Phẫu thuật KHX trên lồi cầu bằng kim Kirschner/ Kwire hoặc nẹp vít

Biến chứng hàng đầu có thể gặp: Tổn thương thần kinh, mạch máu, hạn chế vận động khuỷu

**II. CHỈ ĐỊNH**

Điều trị bảo tồn thất bại

Gãy di lệch, gãy phức tạp: Tổn thương mạch máu, thần kinh

Gãy trên lồi cầu người lớn

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Đang có tình trạng nhiễm khuẩn

Toàn trạng nặng vì đa chấn thương

**IV. CHUẨN BỊ**

**1.** **Người thực hiện**

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

**2.** **Người bệnh**

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

**3.** **Phương tiện**

Bộ dụng cụ KHX cánh tay

Bộ nẹp vít xương cánh tay

Bộ kim Kirschner/ Kwire

**4.** **Hồ sơ bệnh án**

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

**Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút**

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế người bệnh:** Nằm ngửa, tay dạng vuông góc với thân mình và được đặt trên một bàn mổ riêng.

**2. Vô cảm:**

Gây tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc gây mê

**3.** **Kỹ thuật:**

Đường mổ: Rạch da khoảng 5 - 10 cm (theo thương tổn phức tạp của xương) đường ngoài

Phẫu tích tách qua vách gian cơ ngoài

Bộc lộ ổ gãy trên lồi cầu

Làm sạch diện gãy

Đặt lại xương, kết hợp xương bằng kim Kirschner/ Kwire chéo ổ gãy hoặc đặt nẹp vít và bắt vít

Kiểm tra ổ gãy, cầm máu, bơm rửa kỹ

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

Khâu phục hồi các lớp theo giải phẫu

Băng vô khuẩn

Túi treo tay hoặc nẹp bột cánh cẳng bàn tay khuỷu 90º trong 2 tuần

**Chú ý:**

**-** Phẫu tích kiểm tra và XỬ TRÍ tổn thương mạch máu, thần kinh có thể kết hợp đường mổ trong

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Tụ máu, phù nề sau mổ

Nhiễm trùng sau mổ

Liệt thần kinh sau mổ: Do chấn thương co kéo trong mổ, garo kéo dài (liệt 3 dây)

Phục hồi chức năng sau mổ

Hội chứng Volkmann (sau tổn thương mạch máu, thần kinh): Phục hồi chức năng, bột chỉnh duỗi dần, hoặc phẫu thuật kéo dài gân…

## **159. PHẪU THUẬT KHX GÃY LIÊN LỒI CẦU XƯƠNG CÁNH TAY**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Gãy liên lồi cầu xương cánh tay là loại gãy nội khớp di lệch nhiều (lồi cầu và ròng rọc) phổ biến ở người lớn. Gãy kiểu chữ T hoặc chữ V

Gãy liên lồi cầu thường phải xử trí phẫu thuật

Phẫu thuật KHX liên lồi cầu bằng kim Kirschner/ Kwire hoặc nẹp vít

Biến chứng hàng đầu có thể gặp: Tổn thương thần kinh, mạch máu, hạn chế vận động khuỷu

**II. CHỈ ĐỊNH**

Gãy liên lồi cầu người lớn

Điều trị bảo tồn thất bại

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Đang có tình trạng nhiễm khuẩn

Toàn trạng nặng vì đa chấn thương

**IV. CHUẨN BỊ**

**1.** **Người thực hiện**

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

**2.** **Người bệnh**

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

**3.** **Phương tiện**

Bộ dụng cụ KHX cánh tay

Bộ nẹp vít xương cánh tay

Bộ kim Kirschner/ Kwire

**4.** **Hồ sơ bệnh án**

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

**Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút**

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế người bệnh:**

+ Nằm ngửa, cánh tay đưa ra trước 90 độ, khuỷu gấp 90 độ, đặt trên thân mình, ôm qua ngực.

+ Nằm nghiêng về bên lành, tay vuông góc thân mình trên 1 giá đỡ riêng.

**2. Vô cảm:**

Gây tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc gây mê

**3.** **Kỹ thuật:**

Đường mổ: Rạch da khoảng 10 - 20 cm (theo thương tổn phức tạp của xương) đường sau cánh tay và qua mỏm khuỷu.

Phẫu tích bộc lộ thần kinh trụ, giữ bằng lam mềm

Cắt mỏm khuỷu hoặc cắt gân cơ tam đầu

Bộc lộ đầu dưới xương cánh tay

Làm sạch diện gãy và khớp khuỷu

Đặt lại xương, kết hợp xương bằng kim Kirschner/ Kwire chéo ổ gãy hoặc đặt nẹp vít và bắt vít (theo thứ tự ổ gãy liên lồi cầu - ổ gãy trên lồi cầu)

KHX theo nguyên tắc 2 cột trụ trong và ngoài

Kiểm tra ổ gãy, cầm máu, bơm rửa kỹ

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

Khâu phục hồi các lớp theo giải phẫu

Néo ép lại mỏm khuỷu hoặc khâu lại gân cơ tam đầu

Băng vô khuẩn

Túi treo tay hoặc nẹp bột cánh cẳng bàn tay khuỷu 90º sau mổ.

**Chú ý:**

**-** Phẫu tích bộc lộ thần kinh trụ tránh tổn thương thứ phát

Kết hợp xương vững chắc liên lồi cầu – liên lồi cầu (2 cột trụ trong ngoài)

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Tụ máu, phù nề sau mổ

Nhiễm trùng sau mổ

Liệt thần kinh sau mổ: do chấn thương co kéo trong mổ, garo kéo dài (liệt 3 dây)

Phục hồi chức năng sau mổ

## **160. PHẪU THUẬT KHX GÃY RÒNG RỌC XƯƠNG CÁNH TAY**

## **161. PHẪU THUẬT KHX GÃY LỒI CẦU NGOÀI XƯƠNG CÁNH TAY**

## **162. PHẪU THUẬT KHX GÃY MỎM KHUỶU**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Gãy mỏm khuỷu là loại gãy nội khớp, thường do chấn thương trực tiếp. Mỏm khuỷu là nơi bám tận của gân cơ tam đầu cánh tay, sau chấn thương do lực co kéo nên thường gãy di lệch nhiều.

Gãy mỏm khuỷu thường phải xử trí phẫu thuật; Phẫu thuật KHX mỏm khuỷu néo ép bằng kim Kirschner/ Kwire và chỉ thép hoặc nẹp vít.

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

**II. CHỈ ĐỊNH**

Gãy mỏm khuỷu di lệch, hoặc có trật khớp khuỷu

Điều trị bảo tồn thất bại

Nhu cầu vận động sớm

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Đang có tình trạng nhiễm khuẩn

Toàn trạng nặng vì đa chấn thương

**IV. CHUẨN BỊ**

**1.** **Người thực hiện**

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

**2.** **Người bệnh**

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

**3.** **Phương tiện**

Bộ dụng cụ KHX cẳng tay

Bộ nẹp vít xương cẳng tay

Bộ kim Kirschner/ Kwire và chỉ thép

**4.** **Hồ sơ bệnh án**

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

**Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút**

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

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

**2. Vô cảm**

Gây tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc gây mê

**3.** **Kỹ thuật**

Đường mổ: Rạch da khoảng 10 - 20 cm (theo thương tổn phức tạp của xương) đường sau xương trụ và qua mỏm khuỷu

Bộc lộ đầu trên xương trụ và ổ gãy mỏm khuỷu

Làm sạch diện gãy và khớp khuỷu

Đặt lại xương, kết hợp xương néo ép bằng kim Kirschner/ Kwire và chỉ thép hoặc đặt nẹp vít ôm mỏm khuỷu và bắt vít

Kiểm tra ổ gãy, cầm máu, bơm rửa kỹ

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

Khâu phục hồi các lớp theo giải phẫu

Băng vô khuẩn

Túi treo tay hoặc nẹp bột cánh cẳng bàn tay khuỷu 90º trong 1 tuần

Chú ý:

**-** Phẫu tích tránh tổn thương thần kinh trụ

Làm sạch khớp khuỷu, tránh xơ dính sau mổ

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Tụ máu, phù nề sau mổ

Nhiễm trùng sau mổ

Liệt thần kinh sau mổ: do chấn thương co kéo trong mổ, garo kéo dài (liệt 3 dây)

Phục hồi chức năng sau mổ

## **163. PHẪU THUẬT KHX GÃY MỎM KHUỶU PHỨC TẠP**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Gãy mỏm khuỷu là loại gãy nội khớp, thường do chấn thương trực tiếp. Mỏm khuỷu là nơi bám tận của gân cơ tam đầu cánh tay, sau chấn thương do lực co kéo nên thường gãy di lệch nhiều. Gãy mỏm khuỷu phức tạp do cơ chế trực tiếp và gián tiếp, lực co cơ mạnh gây di lệch nhiều, trật khớp.

Gãy mỏm khuỷu phức tạp thường phải xử trí phẫu thuật. Phẫu thuật KHX mỏm khuỷu néo ép bằng kim Kirschner/ Kwire và chỉ thép hoặc nẹp vít.

Biến chứng hàng đầu có thể gặp: hạn chế vận động khuỷu.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Gãy mỏm khuỷu phức tạp, di lệch, hoặc có trật khớp khuỷu, khớp quay trụ trên

Điều trị bảo tồn thất bại

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Đang có tình trạng nhiễm khuẩn

Toàn trạng nặng vì đa chấn thương

**IV. CHUẨN BỊ**

**1.** **Người thực hiện**

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

**2.** **Người bệnh**

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

**3.** **Phương tiện**

Bộ dụng cụ KHX cẳng tay

Bộ nẹp vít xương cẳng tay

Bộ kim Kirschner/ Kwire và chỉ thép

**4.** **Hồ sơ bệnh án**

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

**Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút**

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

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

**2. Vô cảm:**

Gây tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc gây mê

**3.** **Kỹ thuật:**

Đường mổ: Rạch da khoảng 10 - 20 cm (theo thương tổn phức tạp của xương) đường sau xương trụ và qua mỏm khuỷu.

Bộc lộ rộng rãi đầu trên xương trụ và ổ gãy mỏm khuỷu, khớp quay trụ trên

Làm sạch diện gãy và khớp khuỷu

Đặt lại xương, đặt lại khớp khuỷu, khớp quay trụ trên, kết hợp xương néo ép bằng kim Kirschner/ Kwire và chỉ thép hoặc đặt nẹp vít ôm mỏm khuỷu và bắt vít

Trường hợp gãy phức tạp kèm trật khớp, có thể cố định khớp khuỷu, khớp quay trụ tạm thời bằng kim Kirschner/ Kwire (rút sau 3 – 4 tuần)

Kiểm tra ổ gãy, cầm máu, bơm rửa kỹ

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

Khâu phục hồi các lớp theo giải phẫu

Băng vô khuẩn

Túi treo tay hoặc nẹp bột cánh cẳng bàn tay khuỷu 90º trong 2 - 3 tuần

Chú ý:

**-** Phẫu tích tránh tổn thương thần kinh trụ

Làm sạch khớp khuỷu, tránh xơ dính sau mổ

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Tụ máu, phù nề sau mổ

Nhiễm trùng sau mổ

Liệt thần kinh sau mổ: Do chấn thương co kéo trong mổ , garo kéo dài (liệt 3 dây)

Phục hồi chức năng sau mổ tích cực

## **164. PHẪU THUẬT KHX GÃY MONTEGGIA**

## **165. PHẪU THUẬT KHX GÃY ĐÀI QUAY**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Gãy đài quay hay gặp, chiếm 30% gãy xương vùng khuỷu. Khoảng 30% có tổn thương phối hợp: gãy lồi cầu trong, gãy mỏm vẹt, tổn thương thần kinh.

Phân loại theo Mason có 4 loại: Loại 1: Gãy không di lệch Loại 2: Gãy di lệch

Loại 3: Gãy nhiều mảnh khó hồi phục Loại 4: Gãy kèm theo trật khuỷu

Có thể điều trị bảo tồn cho những gãy ít lệch. Lấy bỏ đài quay hay thay đài quay trong gãy phức tạp không có khả năng phục hồi. Phẫu thuật KHX giúp phục hồi cơ năng tốt.

Biến chứng hay gặp là liệt quay thấp và hạn chế vận sấp-ngửa.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Gãy có mảnh rời to di lệch.

Gãy kèm theo tổn thương phối hợp cần giải quyết: trật khớp khuỷu, có mảnh kẹt khớp.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Tại chỗ bị rối loạn dinh dưỡng, phỏng nước.

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

**IV. CHUẨN BỊ**

**Người thực hiện**

Phẫu thuật viên là bác sĩ chuyên khoa chấn thương chỉnh hình.

**Người bệnh**

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

**Phương tiện**

Bộ dụng cụ kết hợp xương cho xương cẳng tay.

Bộ nẹp vít mini hoặc kim Kirschner nhỏ.

**Hồ sơ bệnh án**

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

**Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút**

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**Tư thế người bệnh**

Nằm ngửa, cánh tay dạng, khuỷu gấp 90˚.

**Vô cảm**

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

**Kỹ thuật**

Đường mổ: Rạch da đường ngoài khoảng 7cm từ lồi cầu ngoài xương cánh tay đến đầu trên xương quay.

Rạch lớp cân sâu theo đường rạch da. Vào khoang giữa cơ khuỷu và cơ duỗi cổ tay trụ bộc lộ bao khớp và dây chằng vòng.

Tránh làm tổn thương thần kinh quay (thần kinh gian cốt sau): Sấp cẳng tay, rạch bao khớp đi ra phía sau và không phẫu tích quá xa xuống dưới dây chằng vòng.

Bộc lộ rõ diện gãy, làm sạch.

Đặt lại xương. Cố định diện gãy bằng nẹp vít mini, vít tự do hoặc kim Kirschner nhỏ tùy thuộc vào kích thước và hình dạng mảnh gãy.

Rửa vùng mổ, kiểm tra cầm máu.

Đặt một dẫn lưu 48h.

Khâu phục hồi các lớp cơ, cân, da theo giải phẫu.

Băng vô khuẩn.

Nẹp bột cánh cẳng bàn tay khuỷu 90˚ trong 10 ngày.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Tụ máu, phù nề sau mổ.

Nhiễm khuẩn sau mổ.

liệt thần kinh quay: Có thể do chấn thương, garo hoặc co kéo trong mổ.

## **166. PHẪU THUẬT KHX GÃY ĐÀI QUAY PHỨC TẠP**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Gãy đài quay hay gặp, chiếm 30% gãy xương vùng khuỷu. Khoảng 30% có tổn thương phối hợp: gãy lồi cầu trong, gãy mỏm vẹt, tổn thương thần kinh.

Phân loại theo Mason có 4 loại: Loại 1: Gãy không di lệch Loại 2: Gãy di lệch

Loại 3: Gãy nhiều mảnh khó hồi phục Loại 4: Gãy kèm theo trật khuỷu

Gãy đài quay phức tạp thuộc loại 3 theo phân loại Mason. Phẫu thuật KHX là khó khăn. Phẫu thuật lấy bỏ hoặc thay đài quay nhân tạo có thể được xem xét chỉ định.

Biến chứng hay gặp là liệt quay thấp và hạn chế vận sấp-ngửa và vận động khuỷu.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Gãy di lệch, các mảnh đủ lớn để đưa dụng cụ KHX vào (dựa vào CT scan).

Gãy kèm theo tổn thương phối hợp cần giải quyết: trật khớp khuỷu, có mảnh kẹt khớp.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Tại chỗ bị rối loạn dinh dưỡng, phỏng nước.

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

**IV. CHUẨN BỊ**

**Người thực hiện**

Phẫu thuật viên là bác sĩ chuyên khoa chấn thương chỉnh hình.

**Người bệnh**

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

**Phương tiện**

Bộ dụng cụ kết hợp xương cho xương cẳng tay.

Bộ nẹp vít mini hoặc kim nhỏ.

**Hồ sơ bệnh án**

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

**Dự kiến thời gian phẫu thuật : 90 phút**

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**Tư thế người bệnh**

Nằm ngửa, cánh tay dạng, khuỷu gấp 90˚.

**Vô cảm**

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

**Kỹ thuật**

Đường mổ: Rạch da đường ngoài khoảng 7cm từ lồi cầu ngoài xương cánh tay đến đầu trên xương quay.

Rạch lớp cân sâu theo đường rạch da. Vào khoang giữa cơ khuỷu và cơ duỗi cổ tay trụ bộc lộ bao khớp và dây chằng vòng.

Tránh làm tổn thương thần kinh quay (thần kinh gian cốt sau): Sấp cẳng tay, rạch bao khớp đi ra phía sau và không phẫu tích quá xa xuống dưới dây chằng vòng.

Bộc lộ rõ diện gãy.

Đặt lại các mảnh gãy, cố định bằng vít mini hoặc kim nhỏ.

Rửa vùng mổ, kiểm tra cầm máu.

Đặt một dẫn lưu 48h.

Khâu phục hồi các lớp cơ, cân, da theo giải phẫu.

Băng vô khuẩn.

Nẹp bột cánh cẳng bàn tay khuỷu 90˚ trong 10 ngày.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Tụ máu, phù nề sau mổ.

Nhiễm khuẩn sau mổ.

liệt thần kinh quay: Có thể do chấn thương, garo hoặc co kéo trong mổ.

## **167. PHẪU THUẬT KHX GÃY THÂN 2 XƯƠNG cẳng TAY**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Gãy thân xương cánh tay được tính từ cổ phẫu thuật xương cánh tay đến vùng trên lồi cầu xương cánh tay. Gãy thân xương cánh tay phức tạp là gãy chéo, xoắn, có mảnh rời Phẫu thuật KHX thân xương cánh tay bằng nẹp vít hoặc đinh nội tuỷ, đinh nội tuỷ có chốt dưới màn tăng sáng.

Biến chứng hàng đầu có thể gặp: Liệt thần kinh quay, khớp giả

**II. CHỈ ĐỊNH**

Gãy thân xương cánh tay phức tạp có hoặc không kèm theo các biến chứng khác

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Đang có tình trạng nhiễm khuẩn

Toàn trạng nặng vì đa chấn thương

**IV. CHUẨN BỊ**

**Người thực hiện**

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

**Người bệnh**

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

**Phương tiện**

Bộ dụng cụ KHX cánh tay

Bộ nẹp vít xương cánh tay

Bộ đinh nội tuỷ xương cánh tay

**Hồ sơ bệnh án**

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

**Dự kiến thời gian phẫu thuật: 120 phút**

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**Tư thế người bệnh:**

Nằm ngửa, tay đặt ngang ra bàn mổ

**Vô cảm:**

Gây tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc gây mê

**Kỹ thuật:**

Đường mổ: Rạch da khoảng 10 - 20 cm (theo thương tổn phức tạp của xương) đường trước ngoài hoặc đường bên

Phẫu tích tách qua vách gian cơ ngoài

Bộc lộ và tách thần kinh quay. Thần kinh quay đi từ sau ra trước, từ trong ra ngoài đi xuyên qua vách gian cơ, theo rãnh thần kinh quay.

Bộc lộ ổ gãy, làm sạch diện gãy

Đặt lại xương, đặt nẹp vít và bắt vít (ít nhất trên và dưới ổ gãy 3 vít)

Đối với đóng đinh nội tuỷ:

+ Rạch da 2 - 3cm ngang mấu động lớn và dùi ống tuỷ

+ Rạch da 2 – 5cm trên mỏm khuỷu, dùi ống tuỷ trên hố khuỷu

Kiểm tra ổ gãy, cầm máu, bơm rửa kỹ

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

Khâu phục hồi các lớp theo giải phẫu

Băng vô khuẩn

Túi treo tay hoặc nẹp bột cánh cẳng bàn tay khuỷu 90º trong 2 – 3 tuần

**Chú ý:**

Phẫu tích thần kinh quay cẩn thận tránh liệt sau mổ, lưu ý động mạch cánh tay sâu đi kèm

Nếu kiểm tra thấy đứt thần kinh quay do gãy xương, tiến hành KHX cánh tay rồi khâu phục hồi thần kinh

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Tụ máu, phù nề sau mổ

Nhiễm trùng sau mổ

Liệt thần kinh quay sau mổ: Do chấn thương co kéo trong mổ, garo kéo dài (liệt 3 dây)   - Sau khâu phục hồi thần kinh quay cần lý liệu pháp sớm tránh teo cơ, theo dõi ít nhất 6 tháng.

## **168. PHẪU THUẬT GÃY ĐẦU DƯỚI XƯƠNG QUAY VÀ TRẬT KHỚP QUAY TRỤ DƯỚI**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

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

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

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

**II. CHỈ ĐỊNH**

Gãy di lệch hoặc điều trị bảo tồn thất bại

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

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Tại chỗ bị rối loạn dinh dưỡng, phỏng nước.

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

**IV. CHUẨN BỊ**

**Người thực hiện**

Phẫu thuật viên là bác sĩ chuyên khoa chấn thương chỉnh hình.

**Người bệnh**

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

**Phương tiện**

Bộ dụng cụ kết hợp xương cho xương cẳng tay.

Bộ nẹp vít cho gãy đầu dưới xương quay.

**Hồ sơ bệnh án**

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

**Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút**

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**Tư thế người bệnh:**

Nằm ngửa, cánh tay dạng, cẳng tay ngửa.

**Vô cảm:**

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

**Kỹ thuật**

Đặt Garo.

Đường mổ: Rạch da theo đường Henry dài khoảng 10cm.

Vào khoảng giữa gân gấp cổ tay quay và bó mạch quay bộc lộ gân gấp các ngón, sau đó vén sang bên bộc lộ cơ sấp vuông.

Bộc lộ cơ sấp vuông và vén vào trong để vào đầu dưới xương quay.

Bộc lộ rõ diện khớp và phía trung tâm đủ để đặt nẹp, làm sạch đầu xương.

Đặt lại xương, ốp nẹp và cố định bằng kìm kẹp xương giữ nẹp.

Bắt vít để cố định nẹp, ít nhất 3 vít ở đầu trung tâm.

Rửa vùng mổ, kiểm tra cầm máu.

Khâu phục hồi các lớp cân cơ, da theo giải phẫu.

Băng vô khuẩn.

Nẹp bột cẳng bàn tay, treo tay để trong 2-3 tuần.

**VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỔ**

Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, tại chỗ vết mổ

Kháng sinh 3 - 5 ngày

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

Chảy máu: Băng ép cầm máu hoặc khâu cầm máu

Nhiễm trùng: Tách chỉ, thay kháng sinh

## **169. PHẪU THUẬT KHX GÃY ĐẦU DƯỚI XƯƠNG QUAY**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

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

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

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

**II. CHỈ ĐỊNH**

Gãy di lệch hoặc điều trị bảo tồn thất bại

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

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Tại chỗ bị rối loạn dinh dưỡng, phỏng nước.

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

**IV. CHUẨN BỊ**

**Người thực hiện**

Phẫu thuật viên là bác sĩ chuyên khoa chấn thương chỉnh hình.

**Người bệnh**

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

**Phương tiện**

Bộ dụng cụ kết hợp xương cho xương cẳng tay.

Bộ nẹp vít cho gãy đầu dưới xương quay.

**Hồ sơ bệnh án**

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

**Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút**

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**Tư thế người bệnh**

Nằm ngửa, cánh tay dạng, cẳng tay ngửa.

**Vô cảm**

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

**Kỹ thuật**

Đặt Garo.

Đường mổ: Rạch da theo đường Henry dài khoảng 10cm.

Vào khoảng giữa gân gấp cổ tay quay và bó mạch quay bộc lộ gân gấp các ngón, sau đó vén sang bên bộc lộ cơ sấp vuông.

Bộc lộ cơ sấp vuông và vén vào trong để vào đầu dưới xương quay.

Bộc lộ rõ diện khớp và phía trung tâm đủ để đặt nẹp, làm sạch đầu xương.

Đặt lại xương, ốp nẹp và cố định bằng kìm kẹp xương giữ nẹp.

Bắt vít để cố định nẹp, ít nhất 3 vít ở đầu trung tâm.

Rửa vùng mổ, kiểm tra cầm máu.

Khâu phục hồi các lớp cân cơ, da theo giải phẫu.

Băng vô khuẩn.

Nẹp bột cẳng bàn tay, treo tay để trong 2-3 tuần.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Tụ máu, phù nề sau mổ.

Nhiếm khuẩn sau mổ.

Tổn thương động mạch quay hoặc thần kinh giữa.

## **170. PHẪU THUẬT KHX GÃY THÂN ĐỐT BÀN VÀ NGÓN TAY**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

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

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

**II. CHỈ ĐỊNH**

Gãy đốt bàn, ngón tay di lệch

Gãy phức tạp, có đường gãy nội khớp, trật khớp

Gãy nhiều đốt, nhiều ngón tay

Điều trị bảo tồn thất bại

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Đang có tình trạng nhiễm khuẩn

Toàn trạng nặng vì đa chấn thương

**IV. CHUẨN BỊ**

**Người thực hiện**

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

**Người bệnh**

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

**Phương tiện**

Bộ dụng cụ KHX bàn ngón tay

Bộ nẹp vít mini

Bộ kim Kirschner/ Kwire

**Hồ sơ bệnh án**

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

**Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút**

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**Tư thế người bệnh**

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

**Vô cảm**

Gây tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc gây mê

**Kỹ thuật**

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

Phẫu tích tách qua gân duỗi

Bộc lộ xương đốt bàn và ngón tay.

Bộc lộ ổ gãy, làm sạch diện gãy

Đặt lại xương, đặt nẹp vít và bắt vít mini (ít nhất trên và dưới ổ gãy 2 vít)

Đối với đóng đinh nội tuỷ: bộc lộ 2 lồi cầu hoặc từ nền đốt hoặc xuyên kim qua da

Kiểm tra ổ gãy, cầm máu, bơm rửa kỹ

Khâu phục hồi các lớp theo giải phẫu

Băng vô khuẩn

Nẹp bột tư thế nghỉ và treo tay 2 tuần

Chú ý:

**-** Sau kết hợp xương cần kiểm tra vận động của khớp bàn ngón, liên đốt ngón

Có thể bắt vít tự do hoặc dùng kim cố định với đốt bên cạnh trong trường hợp gãy rất phức tạp

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Tụ máu, phù nề sau mổ

Nhiễm trùng sau mổ

Phục hồi chức năng sau mổ tránh cứng khớp, hạn chế vận động ngón

## **171. PHẪU THUẬT TỔN THƯƠNG GÂN DUỖI CẲNG VÀ BÀN NGÓN TAY**

**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. 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 bàn tay

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

**IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm**: Người bệnh bằng gây tê đám rối

**2. Kỹ thuật**:

- Sát khuẩn vùng mổ bằng Betadine hoặc cồn 70°

- Đặt Garo

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

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

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

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

**VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỔ**

- Theo dõi mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở, tri giác, da, niêm mạc, mầu 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. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

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

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

Tài liệu tham khảo.

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa – Chuyên khoa chấn thương chỉnh hình. BYT. 2014.

## **172. PHẪU THUẬT TỔN THƯƠNG GÂN GẤP CỦA CỔ TAY VÀ CẲNG TAY**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Tổn thương gân gấp của cổ tay và cẳng tay cần khâu nối gân theo đúng giải phẫu, vững chắcđảm bảo phục hồi chức năng tốt nhất cho người

bệnh.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Vết thương có tổn thương gân vùng gan chân, cổ chân đoạn ống gót và mặt sau cẳng chân.

**III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Tình trạng toàn thân của người bệnh nặng không cho phép phẫu thuật.

- Vùng chi dưới dập nát không có khả năng bảo tồn hoặc cấp máu kém.

- Cứng khớp hoặc dập nát không có khả năng bảo tồn ngón I bàn chân.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**:

- Phẫu thuật viện chuyên khoa chấn thương chỉnh hình.

- 2 PTV phụ mổ.

**2. Người bệnh**:

- Chuẩn bị tâm lý, cần được giải thích trước mổ về quá trình phẫu thuật, hậu phẫu và tập phục hồi chức năng sau mổ. Chuẩn bị hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính và các xét nghiệm cần thiết.

- Chuẩn bị người bệnh trước mổ : nhịn ăn, vệ sinh vùng mổ, kháng sinh dự phòng.

**3. Phương tiện, trang thiết bị**:

- Bộ dụng cụ mổ chấn thương chung.

- Thực hiện tại các cơ sở có chuyên khoa chấn thương chỉnh hình.

**4. Dự kiến thời gian phẫu thuật**: 40phút

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế**: Người bệnh nằm ngửa.

**2. Vô cảm**:

- Người bệnh được dùng kháng sinh dự phòng.

- Vô cảm người bệnh bằng gây tê tủy sống hoặc gây mê.

**3. Kỹ thuật**:

Bước 1: Sát khuẩn vùng mổ bằng dung dịch Betadine hoặc cồn 70 độ.

Bước 2: Dùng garo hơi trong mổ với áp lực 350-400 mmHg hoặc garo chun.

Bước 3: Đánh rửa, cắt lọc, làm sạch vết thương.

Bước 4: Rạch da theo đường đi của gân tùy theo vị trí đứt (nền đốt 2 ngón Imặt gan chân,

dọc mặt gan chân đốt bàn ngón I đi vào ống gót vùng mặt trong khớp cổ chân đến sát

phía sau mắt cá trong và mặt sau cẳng chân).

Bước 5: Tiến hành khâu nối gân kiểu tận tận (Kessler, Kessler cải tiến hoặc Kessler –Tajima) bằng chỉ nylon đơn sợi 2/0 hoặc 3/0.

Bước 6: Cầm máu, làm sạch vết mổ và đặt dẫn lưu nếu cần.

Bước 7: Đóng da hai lớp (dưới da và khâu da).

Bước 8: Nẹp bột cẳng bàn chân tư thế cơ năng.

**VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỔ**

**1. Theo dõi**

- Theo dõi tình trạng chi thể: Màu sắc da, vận động, cảm giác đầu chi, mạch đầu chi.

- Hướng dẫn tập phục hồi chức năng sau mổ.

- Kháng sinh đường tiêm dùng 5-7 ngày sau mổ.

- Giảm đau sau mổ đường tiêm hoặc uống.

**2. Tai biến và xử trí**

- Chảy máu vết mổ: Băng chun ép cầm máu, có thể phải mở vết mổ cầm máu nếu cần.

- Nhiễm trùng vết mổ: Tách chỉ vết mổ, thay băng làm sạch vết mổ hàng ngày, dùng thuốc theo kháng sinh đồ.

## **173. PHẪU THUẬT TỔN THƯƠNG GÂN GẤP BÀN - CỔ TAY**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Tổn thương gân gấp bàn cổ tay cần khâu nối

gân theo đúng giải phẫu, vững chắcđảm bảo phục hồi chức năng tốt nhất cho người

bệnh.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Vết thương có tổn thương gân vùng gan chân, cổ chân đoạn ống gót và mặt sau cẳng chân.

**III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Tình trạng toàn thân của người bệnh nặng không cho phép phẫu thuật.

- Vùng chi dưới dập nát không có khả năng bảo tồn hoặc cấp máu kém.

- Cứng khớp hoặc dập nát không có khả năng bảo tồn ngón I bàn chân.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**:

- Phẫu thuật viện chuyên khoa chấn thương chỉnh hình.

- 2 PTV phụ mổ.

**2. Người bệnh**:

- Chuẩn bị tâm lý, cần được giải thích trước mổ về quá trình phẫu thuật, hậu phẫu và tập phục hồi chức năng sau mổ. Chuẩn bị hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính và các xét nghiệm cần thiết.

- Chuẩn bị người bệnh trước mổ : nhịn ăn, vệ sinh vùng mổ, kháng sinh dự phòng.

**3. Phương tiện, trang thiết bị**:

- Bộ dụng cụ mổ chấn thương chung.

- Thực hiện tại các cơ sở có chuyên khoa chấn thương chỉnh hình.

**4. Dự kiến thời gian phẫu thuật**: 40phút

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế**: Người bệnh nằm ngửa.

**2. Vô cảm**:

- Người bệnh được dùng kháng sinh dự phòng. - Vô cảm người bệnh bằng gây tê tủy sống hoặc gây mê.

**3. Kỹ thuật**:

Bước 1: Sát khuẩn vùng mổ bằng dung dịch Betadine hoặc cồn 70 độ.

Bước 2: Dùng garo hơi trong mổ với áp lực 350-400 mmHg hoặc garo chun.

Bước 3: Đánh rửa, cắt lọc, làm sạch vết thương.

Bước 4: Rạch da theo đường đi của gân tùy theo vị trí đứt (nền đốt 2 ngón Imặt gan chân,

dọc mặt gan chân đốt bàn ngón I đi vào ống gót vùng mặt trong khớp cổ chân đến sát

phía sau mắt cá trong và mặt sau cẳng chân).

Bước 5: Tiến hành khâu nối gân kiểu tận tận (Kessler, Kessler cải tiến hoặc Kessler –Tajima) bằng chỉ nylon đơn sợi 2/0 hoặc 3/0.

Bước 6: Cầm máu, làm sạch vết mổ và đặt dẫn lưu nếu cần.

Bước 7: Đóng da hai lớp (dưới da và khâu da).

Bước 8: Nẹp bột cẳng bàn chân tư thế cơ năng.

**VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỔ**

**1. Theo dõi**

- Theo dõi tình trạng chi thể: Màu sắc da, vận động, cảm giác đầu chi, mạch đầu chi.

- Hướng dẫn tập phục hồi chức năng sau mổ.

- Kháng sinh đường tiêm dùng 5-7 ngày sau mổ.

- Giảm đau sau mổ đường tiêm hoặc uống.

**2. Tai biến và xử trí**

- Chảy máu vết mổ: Băng chun ép cầm máu, có thể phải mở vết mổ cầm máu nếu cần.

- Nhiễm trùng vết mổ: Tách chỉ vết mổ, thay băng làm sạch vết mổ hàng ngày, dùng thuốc theo kháng sinh đồ.

## **174. PHẪU THUẬT KHX THÂN XƯƠNG ĐÙI**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Gãy thân xương đùi là ổ gãy dưới mấu chuyển 2cm đến trên lồi cầu đùi 2cm xảy ra ở nhiều lứa tuổi từ thiếu niên, người lao động, người già. Gãy thân xương đùi thường phải xử trí phẫu thuật, có nhiều phương pháp kết hợp xương được lựa chọn tùy trang thiết bị sẵn có và kinh nghiệm của phẫu thuật viên.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Gãy thân xương đùi di lệch

- Điều trị bảo tồn thất bại

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Đang có tình trạng nhiễm khuẩn

- Toàn trạng nặng vì đa chấn thương

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

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

**2. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ KHX gãy thân xương đùi

- Bàn chỉnh hình, màn huỳnh quang tăng sáng

**3. Người bệnh**

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

**4. Hồ sơ bệnh án**

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

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra người bệnh

Thực hiện kỹ thuật

**Tư thế người bệnh**

Kỹ thuật mổ mở Nằm ngửa có độn gối ở mông bên chi gãy

**Vô cảm**

Gây tê đám tủy sống hoặc toàn thân

**Kỹ thuật**

Mổ kín qua C arm: đinh nội tủy chốt ngang

**Kỹ thuật mổ**

- Đường mổ: trước ngoài kéo định mấu chuyển đến lồi cầu ngoài, rạch da khoảng 10 - 15cm.

- Phẫu tích và rạch cân cơ căng mạc đùi, vén ra và nhìn thấy cơ rộng ngoài.

- Bộc lộ diện gãy thân xương đùi, xác định vị trí:

- Sử dụng các phương tiện kết hợp xươmg: nẹp khóa , nẹp giải phẫu , đinh nội tủy chốt ngang

- Kiểm tra ổ gãy, cầm máu, bơm rửa kỹ

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

- Khâu phục hồi các lớp theo giải phẫu

- Băng vô khuẩn có thể tăng cường bó bột < gãy quá phức tạp .>

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Nhiễm trùng sau mổ

- Phục hồi chức năng sau mổ

- Khám lại và chụp X quang định kỳ đánh giá liền xương

## **175. PHẪU THUẬT KHX GÃY BÁNH CHÈ**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Xương bánh chè tham gia vào cơ chế duỗi gối. Gãy xương bánh chè chiếm khoảng 3% gãy xương chi dưới. Nguyên nhân thường do cơ chế trực tiếp.

- Phân loại đơn giản có 3 kiểu

- Gãy ngang, gãy ngang cực trên, cực dưới.

- Gãy dọc ít gặp, ít lệch - Gãy nhiều mảnh

- Điêu tri có thể bảo tồn, kết hợp xương nếu gãy di lệch hoặc phải lấy bỏ môt phần hay toàn bộ bánh chè trong gãy phức tạp.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Gãy bánh chè di lệch diện khớp > 2mm

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

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

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Phẫu thuật viên là bác sĩ chuyên khoa chấn thương chỉnh hình.

**2. Phương tiện**

Bộ dụng cụ phẫu thuật chi dưới.

Chỉ không tiêu cỡ to.

**3. Người bệnh**

Được giải thích đầy đủ về cuộc phẫu thuật, quá trình phục hồi chức năng sau mổ và các tai biến, biến chứng có thể gặp trong và sau cuộc phẫu thuật. Nhịn ăn trước 6 giờ.

**4. Hồ sơ bệnh án**

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

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra người bệnh

Thực hiện kỹ thuật

**Tư thế:** người bệnh nằm ngửa.

**Vô cảm:** Gây tê tủy sống hoặc gây mê.

**Kỹ thuật:**

Garo hơi sát gốc đùi 400-450 mmHg.

Rạch da dọc trên bánh chè , bộc lộ lấy ổ gãy mảnh gãy,

Bơm rửa làm sạch khớp .

Nắn chỉnh ổ gãy về vị trí giải phẫu , kiểm tra mặt khớp.

Cố định ổ gãy bằng đinh , chỉ thép , vis …

Bơm hút, cầm máu kỹ.

Khâu vết mổ theo lớp giải phẫu.

Băng vô khuẩn.

Nẹp gối giữ trong khoảng 4 tuần

Hướng dẫn tập phục hồi chức năng sau mổ theo quy trình.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Tụ máu, phù nề sau mổ.

Nhiễm khuẩn sau mổ.

Hạn chế hoặc mất duỗi gối.

## **176. PHẪU THUẬT KHX GÃY BÁNH CHÈ PHỨC TẠP**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Xương bánh chè tham gia vào cơ chế duỗi gối. Gãy xương bánh chè chiếm khoảng 3% gãy xương chi dưới. Nguyên nhân thường do cơ chế trực tiếp.

- Phân loại đơn giản có 3 kiểu

- Gãy ngang, gãy ngang cực trên, cực dưới.

- Gãy dọc ít gặp, ít lệch - Gãy nhiều mảnh

- Điêu tri có thể bảo tồn, kết hợp xương nếu gãy di lệch hoặc phải lấy bỏ môt phần hay toàn bộ bánh chè trong gãy phức tạp.

- Biến chứng có thể là mất duỗi gối, nhiễm trùng.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Gãy bánh chè di lệch diện khớp > 2mm, trên 2 mảnh rời nên, gãy ,cực dưới

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

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

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Phẫu thuật viên là bác sĩ chuyên khoa chấn thương chỉnh hình.

**2. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ phẫu thuật chi dưới.

- Chỉ không tiêu cỡ to.

**3. Người bệnh**

Được giải thích đầy đủ về cuộc phẫu thuật, quá trình phục hồi chức năng sau mổ và các tai biến, biến chứng có thể gặp trong và sau cuộc phẫu thuật. Nhịn ăn trước 6 giờ.

**4. Hồ sơ bệnh án**

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

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra người bệnh

Thực hiện kỹ thuật

**Tư thế:** người bệnh nằm ngửa.

**Vô cảm:** Gây tê tủy sống hoặc gây mê.

**Kỹ thuật:**

Garo hơi sát gốc đùi 400-450 mmHg.

Rạch da dọc trên bánh chè, bộc lộ lấy ổ gãy mảnh gãy, mảnh rới

Bơm rửa làm sạch khớp .

Nắn chỉnh ổ gãy, mảnh rời về vị trí giải phẫu , kiểm tra mặt khớp.

Cố định ổ gãy bằng đinh , chỉ thép , vis …

Bơm hút, cầm máu kỹ.

Khâu vết mổ theo lớp giải phẫu.

Băng vô khuẩn.

Nẹp gối giữ trong khoảng 4 tuần

Hướng dẫn tập phục hồi chức năng sau mổ theo quy trình.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Tụ máu, phù nề sau mổ.

Nhiễm khuẩn sau mổ.

Hạn chế hoặc mất duỗi gối.

## **177. PHẪU THUẬT LẤY TOÀN BỘ XƯƠNG BÁNH CHÈ**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Xương bánh chè tham gia vào cơ chế duỗi gối. Gãy xương bánh chè chiếm  
khoảng 3% gãy xương chi dưới. Nguyên nhân thường do cơ chế trực tiếp.

- Phân loại đơn giản có 3 kiểu

- Gãy ngang, gãy ngang cực trên, cực dưới.

- Gãy dọc ít gặp, ít lệch

- Gãy nhiều mảnh

- Điêu tri có thể bảo tồn, kết hợp xương nếu gãy di lệch hoặc phải lấy bỏ môt  
phần hay toàn bộ bánh chè trong gãy phức tạp.

- Biến chứng có thể là mất duỗi gối, nhiễm trùng.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Gãy bánh chè nhiều mảnh phức tạp không thể kết hợp xương.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

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

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:** Phẫu thuật viên là bác sĩ chuyên khoa chấn thương chỉnh hình.

**2. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ phẫu thuật chi dưới.

- Chỉ không tiêu cỡ to.

**3. Người bệnh:**

Được giải thích đầy đủ về cuộc phẫu thuật, quá trình phục hồi chức  
năng sau mổ và các tai biến, biến chứng có thể gặp trong và sau cuộc phẫu thuật.  
Nhịn ăn trước 6 giờ.

**4. Hồ sơ bệnh án:**

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

**IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế**: người bệnh nằm ngửa.

**2. Vô cảm:** Gây tê tủy sống hoặc gây mê.

**3. Kỹ thuật:**

- Garo hơi sát gốc đùi 400-450 mmHg.

- Bộc lộ lấy toàn bộ mảnh gãy, giữ tối đa gân bánh chè và gân cơ tứ đầu đùi.

- Bơm rửa làm sạch khớp và những mảnh nhỏ.

- Sử dùng chỉ không tiêu, khỏe để khâu qua bo của gân bánh chè, gân tứ đầu và 2  
bờ bao khớp gối.

- Khâu mũi rời, siết chặt sợi chỉ đảm bảo nó tạo thành vòng tròn đường kính  
khoảng 2mm.

- Trong trường hợp mất hết bao gân bánh chè ta có thể sử dụng kỹ thuật V-plasty  
gân tứ đầu của Shorbe và Dobson để khâu.

- Bơm hút, cầm máu kỹ.

- Khâu vết mổ theo lớp giải phẫu.

- Băng vô khuẩn.

- Nẹp gối giữ trong khoảng 4 tuần

- Hướng dẫn tập phục hồi chức năng sau mổ theo quy trình.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Tụ máu, phù nề sau mổ.

- Nhiễm khuẩn sau mổ.

- Hạn chế hoặc mất duỗi gối.

## **178. PHẪU THUẬT KHX GÃY MÂM CHÀY NGOÀI**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật kết hợp xương gãy mâm chày ngoài là phẫu thuật nắn chỉnh diện gãy xương mâm chày và cố định xương gãy bằng phương tiện kết hợp xương. Trong một số trường hợp có thể kèm theo kết hợp xương diện gãy xương mác.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Gãy mâm chày di lệch > 3mm

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Gãy xương hở độ 3 theo phân độ gãy xương hở Gustilo.

Gãy xương hở đến muộn.

Gãy không di lệch ở trẻ em.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình.

**2. Phương tiện**

Bộ dụng cụ kết hợp xương cẳng chân.

Nẹp vít, vít AO.

Đinh K-wine

**3. Người bệnh**

Chuẩn bị vệ sinh thân thể trước mổ. dặn dò nhịn ăn uống trước 6h.

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

**4. Hồ sơ bệnh án:** theo quy định BYT

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

Tư thế người bệnh

Người bệnh nằm ngửa, chân duỗi thẳng.

Vô cảm

Gây tê tủy sống, tê ngoài màng cứng hoặc gây mê toàn thân.

Kỹ thuật

Dồn máu, garo gốc chi.

Rạch da đường trước ngoài gối,

Bóc tách phần mềm để bộc lộ xương gãy.

Đặt lại xương theo giải phẫu.

Kết hợp xương bằng nẹp vít, vít hoặc đinh K- wine.

+ KHX nẹp vít theo nguyên tắc của A.O.

+ Kết hợp xương có thể nắn chỉnh kín dưới màn tăng sáng hoặc mở ổ gãy.

Kiểm tra diện lại diện gãy sau kết hợp xương.

Cầm máu kỹ trước khi đóng phần mềm.

Đặt ống dẫn lưu nếu cần.

Khâu phục hồi phần mềm theo giải phẫu.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Theo dõi

Theo dõi các biến chứng sau mổ: chảy máu sau mổ, tổn thương mạch máu, tổn thương thần kinh...

Xử lý

Chảy máu sau mổ:

+ Chảy máu động mạch thường do vết thương bên động mạch, cần mở lại cầm máu.

+ Chảy máu tĩnh mạch có thể băng ép cầm máu từ ngọn chi đến gốc chi, nếu không hiệu quả cần mở lại cầm máu.

+ Phục hồi lại lưu thông mạch máu nếu tổn thương mạch gây thiếu máu chi.

Các tổn thương thần kinh: thường do garo hoặc kéo vén thô bạo trong quá trình phẫu tích cần được theo dõi sát sau mổ.

## **179. PHẪU THUẬT KHX GÃY MÂM CHÀY TRONG**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật kết hợp xương gãy mâm chày trong là phẫu thuật nắn chỉnh diện gãy xương mâm chày và cố định xương gãy bằng phương tiện kết hợp xương. Trong một số trường hợp có thể kèm theo kết hợp xương diện gãy xương mác.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Gãy mâm chày di lệch > 3mm

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Gãy xương hở độ 3 theo phân độ gãy xương hở Gustilo.

Gãy xương hở đến muộn.

Gãy không di lệch ở trẻ em.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình.

**2. Phương tiện**

Bộ dụng cụ kết hợp xương cẳng chân.

Nẹp vít, vít AO.

Đinh K-wine

**3. Người bệnh**

Chuẩn bị vệ sinh thân thể trước mổ. dặn dò nhịn ăn uống trước 6h.

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

**4. Hồ sơ bệnh án:** theo quy định BYT

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**Tư thế người bệnh**

Người bệnh nằm ngửa, chân duỗi thẳng.

**Vô cảm**

Gây tê tủy sống, tê ngoài màng cứng hoặc gây mê toàn thân.

**Kỹ thuật**

Dồn máu, garo gốc chi.

Rạch da đường sau trong gối,

Bóc tách phần mềm để bộc lộ xương gãy.

Đặt lại xương theo giải phẫu.

Kết hợp xương bằng nẹp vít, vít hoặc đinh K- wine.

+ KHX nẹp vít theo nguyên tắc của A.O. hoặc nẹp chuyên dụng.

+ Kết hợp xương có thể nắn chỉnh kín dưới màn tăng sáng hoặc mở ổ gãy.

Kiểm tra diện lại diện gãy sau kết hợp xương. Chú ý mặt khớp mâm chày.

Cầm máu kỹ trước khi đóng phần mềm.

Đặt ống dẫn lưu nếu cần.

Khâu phục hồi phần mềm theo giải phẫu.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Theo dõi

Theo dõi các biến chứng sau mổ: chảy máu sau mổ, tổn thương mạch máu,tổn thương thần kinh...

Xử lý

Chảy máu sau mổ:

+ Chảy máu động mạch thường do vết thương bên động mạch, cần mở lại cầm máu.

+ Chảy máu tĩnh mạch có thể băng ép cầm máu từ ngọn chi đến gốc chi, nếu không hiệu quả cần mở lại cầm máu.

+ Phục hồi lại lưu thông mạch máu nếu tổn thương mạch gây thiếu máu chi.

Các tổn thương thần kinh: thường do garo hoặc kéo vén thô bạo trong quá trình phẫu tích cần được theo dõi sát sau mổ.

## **180. PHẪU THUẬT KHX GÃY MÂM CHÀY + THÂN XƯƠNG CHÀY**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật kết hợp xương gãy 2 mâm chày là phẫu thuật nắn chỉnh diện gãy xương mâm chày + thân xương chày và cố định xương gãy bằng phương tiện kết hợp xương. Trong một số trường hợp có thể kèm theo kết hợp xương diện gãy xương mác.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Gãy mâm chày di lệch > 3mm

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Gãy xương hở độ 3 theo phân độ gãy xương hở Gustilo.

Gãy xương hở đến muộn.

Gãy không di lệch ở trẻ em.

Chống chỉ định về gây mê hồi sức

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình.

**2. Phương tiện**

Bộ dụng cụ kết hợp xương cẳng chân.

Nẹp vít, vít AO.

Đinh K-wine

**3. Người bệnh**

Chuẩn bị vệ sinh thân thể trước mổ. dặn dò nhịn ăn uống trước 6h.

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

**4. Hồ Sơ bệnh án:** theo quy định BYT

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**Tư thế người bệnh**

Người bệnh nằm ngửa, chân duỗi thẳng.

**Vô cảm**

Gây tê tủy sống, tê ngoài màng cứng hoặc gây mê toàn thân.

**Kỹ thuật:**

Dồn máu, garo gốc chi.

Rạch da đường trước ngoài gối, có thể rạch da đường sau trong để bộc lộ ổ gãy dễ dàng

Bóc tách phần mềm để bộc lộ xương gãy.

Đặt lại xương theo giải phẫu.

Kết hợp xương bằng nẹp vít, vít hoặc đinh K- wine.

+ KHX nẹp vít theo nguyên tắc của A.O.

+ Kết hợp xương có thể nắn chỉnh kín dưới màn tăng sáng hoặc mở ổ gãy.

Kiểm tra diện lại diện gãy sau kết hợp xương.

Cầm máu kỹ trước khi đóng phần mềm.

Đặt ống dẫn lưu nếu cần.

Khâu phục hồi phần mềm theo giải phẫu.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Theo dõi

Theo dõi các biến chứng sau mổ: chảy máu sau mổ, tổn thương mạch máu, tổn thương thần kinh...

Xử lý

Chảy máu sau mổ:

+ Chảy máu động mạch thường do vết thương bên động mạch, cần mở lại cầm máu.

+ Chảy máu tĩnh mạch có thể băng ép cầm máu từ ngọn chi đến gốc chi, nếu không hiệu quả cần mở lại cầm máu.

+ Phục hồi lại lưu thông mạch máu nếu tổn thương mạch gây thiếu máu chi.

Các tổn thương thần kinh: thường do garo hoặc kéo vén thô bạo trong quá trình phẫu tích cần được theo dõi sát sau mổ.

## **181. PHẪU THUẬT KHX GÃY THÂN XƯƠNG CHÀY**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật kết hợp xương gãy thân xương chày là phẫu thuật cố định xương gãy bằng phương tiện kết hợp xương. Trong một số trường hợp có thể kèm theo kết hợp xương diện gãy xương mác.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Gãy thân xương chày

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Gãy xương hở độ 3 theo phân độ gãy xương hở Gustilo.

Gãy xương hở đến muộn.

Gãy không di lệch ở trẻ em.

Chống chỉ định về gây mê hồi sức

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình.

**2. Phương tiện**

Bộ dụng cụ kết hợp xương cẳng chân.

Nẹp vít, vít AO.

Đinh K-wine

**3. Người bệnh**

Chuẩn bị vệ sinh thân thể trước mổ. dặn dò nhịn ăn uống trước 6h.

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

**4. Hồ Sơ bệnh án:** theo quy định BYT

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**Tư thế người bệnh**

Người bệnh nằm ngửa, chân duỗi thẳng.

**Vô cảm**

Gây tê tủy sống, tê ngoài màng cứng hoặc gây mê toàn thân.

**Kỹ thuật:**

Dồn máu, garo gốc chi.

Rạch da đường trước ngoài gối, có thể rạch da đường sau trong để bộc lộ ổ gãy dễ dàng

Bóc tách phần mềm để bộc lộ xương gãy.

Đặt lại xương theo giải phẫu.

Kết hợp xương bằng nẹp vít, vít hoặc đinh K- wine.

+ KHX nẹp vít theo nguyên tắc của A.O.

+ Kết hợp xương có thể nắn chỉnh kín dưới màn tăng sáng hoặc mở ổ gãy.

Kiểm tra diện lại diện gãy sau kết hợp xương.

Cầm máu kỹ trước khi đóng phần mềm.

Đặt ống dẫn lưu nếu cần.

Khâu phục hồi phần mềm theo giải phẫu.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Theo dõi

Theo dõi các biến chứng sau mổ: chảy máu sau mổ, tổn thương mạch máu, tổn thương thần kinh...

Xử lý

Chảy máu sau mổ:

+ Chảy máu động mạch thường do vết thương bên động mạch, cần mở lại cầm máu.

+ Chảy máu tĩnh mạch có thể băng ép cầm máu từ ngọn chi đến gốc chi, nếu không hiệu quả cần mở lại cầm máu.

+ Phục hồi lại lưu thông mạch máu nếu tổn thương mạch gây thiếu máu chi.

Các tổn thương thần kinh: thường do garo hoặc kéo vén thô bạo trong quá trình phẫu tích cần được theo dõi sát sau mổ.

## **182. PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG GÃY THÂN HAI XƯƠNG CẲNG CHÂN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật kết hợp xương gãy thân hai xương cẳng chân là phẫu thuật nắn chỉnh diện gãy xương chày và cố định xương gãy bằng phương tiện kết hợp xương. Trong một số trường hợp có thể kèm theo kết hợp xương diện gãy xương mác.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Gãy thân hai xương cẳng chân ở người lớn.

Gãy thân hai xương cẳng chân ở trẻ em di lệch.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Gãy xương hở độ 3 theo phân độ gãy xương hở Gustilo.

Gãy xương hở đến muộn.

Gãy không di lệch ở trẻ em.

**IV. CHUẨN BỊ**

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

**Người bệnh:**

Chuẩn bị vệ sinh thân thể trước mổ.

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

**Phương tiện:**

Bộ dụng cụ kết hợp xương cẳng chân.

Nẹp vít, vít AO.

Đinh nội tủy cẳng chân: Đinh Kuntcher, đinh SIGN, đinh rush (cho trẻ em).

Hồ sơ bệnh án: theo quy định của BYT

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**Tư thế người bệnh:** Người bệnh nằm ngửa, chân duỗi thẳng.

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

**Kỹ thuật:**

Dồn máu, garo gốc chi.

Rạch da đường trước ngoài, cách mào chày khoảng 1-1,5 cm.

Bóc tách phần mềm để bộc lộ hai đầu xương gãy.

Đặt lại xương theo giải phẫu.

Kết hợp xương bằng nẹp vít hoặc đinh nội tủy.

+ KHX nẹp vít theo nguyên tắc của A.O.

+ Kết hợp xương bằng đinh nội tủy có thể nắn chỉnh kín dưới màn tăng sáng hoặc  
mở ổ gãy.

Dùng đinh sign, đinh Kuntcher, đinh gamma:

Rạch da chính giữa gân bánh chè, tách gân bánh chè sang hai bên.

Tạo đường vào ống tủy xương chày ngay sau gân bánh chè, trước lớp mỡ Hoffa  
của khớp gối.

Doa ống tủy đến kích thước phù hợp.

- Chọn đinh phù hợp với xương của người bệnh.

- Kết hợp xương đinh nội tủy có chốt (đinh sign, gamma) hoặc không chốt (đinh  
Kuntcher)

Dùng đinh Rush, đinh nội tủy đàn hồi (Metaizeau).

+ Đường vào của đinh nằm ở phần hành xương ở đầu trên xương chày. Có thể tạo 1 hoặc 2 đường vào ở hai bên của hành xương chày.

+ Kết hợp xương bằng một hoặc nhiều đinh khác nhau.

Kiểm tra diện lại diện gãy sau kết hợp xương.

Cầm máu kỹ trước khi đóng phần mềm.

Đặt ống dẫn lưu nếu cần.

Khâu phục hồi phần mềm theo giải phẫu.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Theo dõi:Theo dõi các biến chứng sau mổ: chảy máu sau mổ, tổn thương mạch máu, tổn thương thần kinh...

Xử lý:

*Chảy máu sau mổ:*

+ Chảy máu động mạch thường do vết thương bên động mạch, cần mở lại cầm máu.

+ Chảy máu tĩnh mạch có thể băng ép cầm máu từ ngọn chi đến gốc chi, nếu không hiệu quả cần mở lại cầm máu.

+ Phục hồi lại lưu thông mạch máu nếu tổn thương mạch gây thiếu máu chi.

*Các tổn thương thần kinh:* thường do garo hoặc kéo vén thô bạo trong quá trình phẫu tích cần được theo dõi sát sau mổ.

## **183. PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG GÃY XƯƠNG MÁC ĐƠN THUẦN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

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

**II. CHỈ ĐỊNH**

Gãy đầu xa xương mác di lệch.

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

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Gãy cao thân xương mác.

Gãy xương hở độ 3 theo phân độ gãy xương hở Gustilo.

Gãy hở đến muộn.

Tổn thương nặng phần mềm vùng gãy.

**IV. CHUẨN BỊ**

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

**Người bệnh:**

Chuẩn bị vệ sinh thân thể trước mổ.

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

**Phương tiện:**

Bộ dụng cụ kết hợp xương mác

Nẹp vít, vít AO.

Đinh Rush hoặc kim Kirschner

**Hồ sơ bệnh án:** theo quy định của BYT

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

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

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

**Kỹ thuật:**

Dồn máu, ga rô gốc chi.

Rạch da đường ngoài.

Tách cân cơ bộc lộ 2 đầu xương mác gãy.

Đặt lại xương theo giải phẫu.

Kết hợp xương mác thường dùng nẹp vít. Nếu có mất vững mộng chày mác thì dùng vít để cố định mộng chày mác. Trong một số trường hợp gáy chéo vát có thể dùng vít tự do bắt vuông góc với diện gãy. Nếu không có nẹp vít có thể dùng đinh Rush hoặc kim Kirschner kết hợp xương mác đinh nội tủy.

Kiểm tra lại diện gãy sau khi kết hợp xương.

Cầm máu kỹ trước khi đóng phần mềm theo giải phẫu, thường không phải dẫn lưu.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Chảy máu sau mổ: Hiếm gặp.

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

## **184. PHẪU THUẬT KHX GÃY ĐẦU DƯỚI XƯƠNG CHÀY ( PILON )**

**i. ĐẠI CƯƠNG**

Gẫy đầu xa hai xương cẳng chân (Pilon) là loại gẫy ở một phần ba dưới hai xương cẳng chân mà đường gãy đi vào diện khớp cổ chân.

Là loại gãy ít gặp, khó khăn trong phẫu thuật do tổn thương đến diện khớp chày-sên, sên gót, hệ thống dây chằng vùng cổ chân.

**ii. CHỈ ĐỊNH**

Tổn thương tại diện khớp di lệch.

Diện gãy di lệch trục trong ngoài > 100.

Điều trị bảo tồn thất bại.

**iii. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:**

Tổn thương phần mềm chưa ổn định.

**iv. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

Phẫu thuật viên chuyên ngành chấn thương chỉnh hình.

**2. Người bệnh:**

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

**3. Phương tiện:**

Bộ dụng cụ KHX cẳng chân, C-arm ( nếu có).

**Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút**

**vi. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:**

Người bệnh nằm ngửa.

**2. Vô cảm:**

Tê tủy sống hoặc mê khí quản.

**3. Kỹ thuật (KHX nẹp vis/ C-arm):**

Garo gốc chi bằng garo hơi hoặc garo chun.

Cố định xương mác

+ Rạch da đường bên ngoài.

+ Đặt lại diện gãy xương mác, đảm bảo giữ độ dài và thằng trục.

Cố định xương chày

+ Rạch da đường trước trong.

+ Tái tạo lại mặt khớp xương chày

+ Sử dụng C-arm kiểm tra diện gãy tốt nhất.

+ Nẹp vis cố định vững diện gãy.

+ Có thể ghép xương vào chỗ khuyết ở hành xương để hỗ trợ cho diện khớp.

Làm sạch diện khớp và diện gãy.

Dẫn lưu.

Đóng da 2 lớp.

Tháo garo.

**vi. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**Theo dõi:**

3 ngày đầu sau mổ: Theo dõi dấu hiệu sinh tồn, tình trạng băng vết thương, dẫn lưu.

Những ngày sau: tình trạng chảy máu, nhiễm trùng, rối loạn dinh dưỡng.

**Xử trí tai biến:**

Chảy máu vết mổ: băng ép hoặc khâu tăng cường tại vị trí vết mổ.

Rối loạn dinh dưỡng: gác cao chân, trườm lạnh, thuốc chống phù nề, tăng cường dinh dưỡng toàn thân.

Nhiễm trùng: thay băng hàng ngày, nuôi cấy dịch vết mổ, có thể cần thiết thay kháng sinh theo kháng sinh đồ.

## **185. PHẪU THUẬT KHX GÃY 2 MẮT CÁ CỔ CHÂN**

## **186. PHẪU THUẬT KHX GÃY MẮT CÁ TRONG**

## **187. PHẪU THUẬT KHX GÃY MẮT CÁ NGOÀI**

## **188. PHẪU THUẬT KHX GÃY MẮT CÁ KÈM TRẬT KHỚP CỔ CHÂN**

## **189. PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG GẪY XƯƠNG GÓT**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật kết hợp xương gót là phẫu thuật nắn chỉnh diện gãy xương gót và cố định diện gãy bằng phương tiện kết hợp xương. Việc nắn chỉnh diện gãy xương gót yêu cầu nắn chỉnh tốt của diện khớp dưới sên cũng như trục của xương gót.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Gãy xương gót di lệch.

Gãy trật xương gót (gãy xương gót kèm theo trật khớp dưới sên, trật khớp gót  
hộp).

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Gãy xương gót không di lệch.

Tổ chức phần mềm tổn thương nặng.

Gãy hở xương gót đến muộn.

**IV. CHUẨN BỊ**

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

**Người bệnh:**

Chuẩn bị vệ sinh thân thể trước mổ.

Vệ sinh vùng mổ, cắt ngắn móng chân.

**Phương tiện:**

Bộ dụng cụ kết hợp xương gót.

Nẹp vít, vít AO dành cho gãy xương gót, trong trường hợp không có nẹp chuyên  
dụng có thể sử dụng nẹp vít thông thường.

Kim Kirschner các cỡ.

**Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định BYT

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**Tư thế người bệnh**: Người bệnh nằm nghiêng 90 độ về bên chân không phẫu thuật

**Vô cảm**: Gây tê tủy sống,gây tê ngoài màng cứng hoặc gây mê nội khí quản.

**Kỹ thuật:**

Dồn máu, garo gốc chi.

Rạch da sau ngoài cổ chân hình chữ L.

Tách cân cơ.

Bộc lộ và bảo vệ gân cơ mác bên ngắn và mác bên dài trong suốt quá trình phẫu  
thuật.

Nếu gãy xương gót không lan vào diện khớp sên gót, nắn chỉnh lại diện gãy xương gót và cố định diện gãy bằng phương tiện kết hợp xương.

Nếu diện gãy xương gót lan vào khớp sên gót, khớp gót hộp, bộc lộ vào khớp sên gót và khớp gót hộp để nắn chỉnh diện gãy xương gót sao cho diện khớp sên gót, diện khớp gót hộp của xương gót được đạt về vị trí giải phẫu. Cố định diện gãy bằng phương tiện kết hợp xương.

Phương tiện kết hợp xương gót có thể dùng kim Kirschner, vít tự do hoặc nẹp vít.  
Nên dùng vít xương xốp. Nếu có nẹp chuyên dụng cho gãy xương gót là tốt nhất.

Nên dùng màn tăng sáng để hỗ trợ quá trình phẫu thuật.

Cầm máu kỹ, đóng vết mổ theo giải phẫu.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Nhiễm trùng sau mổ: Thường gặp ở những người bệnh gãy xương hở, gãy xương gót có tổn thương phần mềm nặng, quá trình phẫu tích thô bạo làm tổn thương phần mềm nhiều. Cần theo dõi sát sau mổ. Nếu cần tách chỉ sớm và chăm sóc vết thương phần mềm. Trong trường hợp nặng phải tháo bỏ phương tiện kết hợp xương.

Hoại tử phần mềm: Thường gặp ở những người bệnh có tổn thương phần mềm nặng, tổ chức phần mềm bị hoại tử thường để lộ phương tiện kết hợp xương nên cần theo dõi sát, nếu tổ chức phần mềm bị hoạt tử cần cắt lọc và có kế hoạch che phủ vùng khuyết phần mềm sớm.

## **190. PHẪU THUẬT KHX GÃY TRẬT ĐỐT BÀN NGÓN CHÂN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Gãy đốt bàn chân hay gặp do chấn thương trực tiếp.

- Với cấu trúc 3 trụ chịu lực tại bàn chân nên cần xem xét kỹ thương tổn đưa ra phương pháp điều trị thích hợp.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Gãy đốt bàn di lệch.

- Gãy hở.

- Gãy cả 5 xương.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Khi tình trạng phần mềm bàn chân chưa ổn định

**IV. CHUẨN BỊ**

**Người thực hiện**

Phẫu thuật viên chuyên ngành chấn thương chỉnh hình.

**Phương tiện**

Bộ dụng cụ KHX bàn chân, nẹp vis, đinh kirscher

**Người bệnh**

Chuẩn bị tâm lý.nhịn ăn uống, vệ sinh cá nhân

**Hồ sơ bệnh án:** theo quy định phẫu thuật

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra người bệnh

Thực hiện kỹ thuật

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

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

**Kỹ thuật**

Garo gốc chi bằng garo hơi hoặc garo chun

Sát trùng chi chấn thương.

Rạch da mặt mu chân.

Đặt lại diện gãy.

KHX bằng K.Wire hoặc nẹp vis.

Làm sạch.

Đóng da.

Tháo garo.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Theo dõi

- 3 ngày đầu sau mổ: Dấu hiệu sinh tồn, vận động cảm giác chi thể, tình trạng vết thương

- Những ngày sau: Tình trạng nhiễm trùng, rối loạn dinh dưỡng

Xử trí tai biến

- Chảy máu vết mổ: băng ép hoặc khâu tăng cường.

- Nhiễm trùng: phân biệt NT nông hay sâu để xử trí.

- Rối loạn dinh dưỡng: gác cao chân, chườm lạnh, thuốc chống phù nề.

## **191. PHẪU THUẬT KHX GÃY HỞ ĐỘ I HAI XƯƠNG CẲNG**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Gãy hở độ I hai xương cẳng tay là loại gãy hở có vết thương nhỏ dưới 1 cm, gọn sạch. Loại này thường do cơ chế [chấn thương](http://khamgiodau.com/tin-tuc/chan-thuong-chinh-hinh.html) gián tiếp: ngã chống tay, xương gãy chọc ra ngoài.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Gãy hở hai xương cẳng tay người lớn

Gãy hở 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:** Là phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình.

**2. Người bệnh**

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

**3. Phương tiện**

Bộ dụng cụ đại phẫu.

Bộ dụng cụ kết hợp xương chi trên.

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

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

**2. Vô cảm**

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

**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.

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

Dẫn lưu ổ gãy, ống dẫn lưu cỡ 14-16F

Thì đóng vết mổ: Theo các lớp giải phẫu

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

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

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

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

## **192. PHẪU THUẬT KHX GÃY HỞ ĐỘ II HAI XƯƠNG CẲNG CHÂN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Gãy hai xương cẳng chân là loại gãy xương dài thường gặp nhất, chiếm 18% các  
loại gãy xương. Gãy hở độ I theo Gustilo tức là gãy xương có tổn thương phần mềm ít, vết thương phần mềm trên 2cm.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Chỉ định phẫu thuật với tất cả các trường hợp gãy hở độ II 2 xương cẳng chân.

Chỉ định kết hợp xương bên trong khi: người bệnh đến sớm trước 6 giờ, vết thương gọn sạch, phẫu thuật viên kinh nghiệm, trang thiết bị đảm bảo.

Nếu không đảm bảo những điều kiện trên: Cắt lọc, làm sạch, bất động bằng bột;  
kéo liên tục qua xương gót hoặc khung cố định ngoài.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

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

**IV. CHUẨN BỊ**

**Người thực hiện**: Phẫu thuật viên là bác sĩ chuyên khoa chấn thương chỉnh hình đã  
được đào tạo.

**Người bệnh và gia đình:**

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

- Vệ sinh, cắt móng tay, móng chân, thay băng, vệ sinh vết thương. Nhịn ăn uống 6 giờ trước phẫu thuật.

- Đánh rửa vết thương (trong phòng mổ)

**Phương tiện:**

- Bộ dụng cụ kết hợp xương cẳng chân

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

**Hồ sơ bệnh án**

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

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

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

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

**Kỹ thuật:**

Đường rạch: Tùy vào vị trí vết thương.

Cắt lọc tổ chức dập nát

Tránh bóc tách phần mềm và màng xương nhiều.

Làm sạch diện gãy

Đặt lại ổ gãyCác phương pháp cố định:

Kết hợp xương bên trong bằng đinh nội tủy hoặc nẹp vít (theo chỉ định).

Khung cố định ngoài

Xuyên kim qua xương gót kéo liên tục

Bơm rửa vùng mổ

Bỏ ga rô, cầm máu.

Đặt 1 dẫn lưu

Đóng vết mổ theo các lớp giải phẫu.

Băng vết mổ

Bộ đùi cẳng bàn chân rạch dọc (trong trường hợp bất động bằng bột)

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Theo dõi:

Mạch, nhiệt độ, nhịp thở

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

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

Rút dẫn lưu sau 48 giờ.

Kết hợp xương thì 2 khi phần mềm ổn định nếu thì 1 bất động bằng bột, xuyên kim qua xương gót kéo liên tục hoặc khung cố định ngoài.

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

Xử trí :

Tụ máu: Tách chỉ vết mổ, lấy máu tụ

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

## **193. PHẪU THUẬT KHX GÃY HỞ ĐỘ III HAI XƯƠNG CẲNG CHÂN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Gãy hai xương cẳng chân là loại gãy xương dài thường gặp nhất, chiếm 18% các  
loại gãy xương. Gãy hở độ I theo Gustilo tức là gãy xương có tổn thương phần mềm ít, vết thương phần mềm trên 2cm.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Chỉ định phẫu thuật với tất cả các trường hợp gãy hở độ III 2 xương cẳng chân.

Chỉ định kết hợp xương bên trong khi: người bệnh đến sớm trước 6 giờ, vết thương gọn sạch, phẫu thuật viên kinh nghiệm, trang thiết bị đảm bảo.

Nếu không đảm bảo những điều kiện trên: Cắt lọc, làm sạch, bất động bằng bột;  
kéo liên tục qua xương gót hoặc khung cố định ngoài.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

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

**IV. CHUẨN BỊ**

**Người thực hiện**: Phẫu thuật viên là bác sĩ chuyên khoa chấn thương chỉnh hình đã  
được đào tạo.

**Người bệnh và gia đình:**

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

- Vệ sinh, cắt móng tay, móng chân, thay băng, vệ sinh vết thương. Nhịn ăn uống 6 giờ trước phẫu thuật.

- Đánh rửa vết thương (trong phòng mổ)

**Phương tiện:**

- Bộ dụng cụ kết hợp xương cẳng chân

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

**Hồ sơ bệnh án**

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

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

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

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

**Kỹ thuật:**

Đường rạch: Tùy vào vị trí vết thương.

Cắt lọc tổ chức dập nát

Tránh bóc tách phần mềm và màng xương nhiều.

Làm sạch diện gãy

Đặt lại ổ gãyCác phương pháp cố định:

Kết hợp xương bên trong bằng đinh nội tủy hoặc nẹp vít (theo chỉ định).

Khung cố định ngoài

Xuyên kim qua xương gót kéo liên tục

Bơm rửa vùng mổ

Bỏ ga rô, cầm máu.

Đặt 1 dẫn lưu

Đóng vết mổ theo các lớp giải phẫu.

Băng vết mổ

Bộ đùi cẳng bàn chân rạch dọc (trong trường hợp bất động bằng bột)

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Theo dõi:

Mạch, nhiệt độ, nhịp thở

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

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

Rút dẫn lưu sau 48 giờ.

Kết hợp xương thì 2 khi phần mềm ổn định nếu thì 1 bất động bằng bột, xuyên kim qua xương gót kéo liên tục hoặc khung cố định ngoài.

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

Xử trí :

Tụ máu: Tách chỉ vết mổ, lấy máu tụ

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

## **194. PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG GÃY HỞ ĐỘ I THÂN HAI XƯƠNG CẲNG TAY**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Gãy hở độ I hai xương cẳng tay là loại gãy hở có vết thương nhỏ dưới 1 cm, gọn sạch. Loại này thường do cơ chế chấn thương gián tiếp: ngã chống tay, xương gãy chọc ra ngoài.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Gãy hở hai xương cẳng tay người lớn Gãy hở 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**

**Người thực hiện:** Là phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình.

**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.

**Phương tiện**

Bộ dụng cụ đại phẫu.

Bộ dụng cụ kết hợp xương chi trên.

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

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

**Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút**

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

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

**Vô cảm**

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

**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.

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 Dẫn lưu ổ gãy, ống dẫn lưu cỡ 14-16F

***Thì đóng vết mổ:*** Theo các lớp giải phẫu

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

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

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

Chảy máu sau mổ: Mở vết mổ lấy máu tụ, cầm máu, băng ép. Gác tay cao, tập vận động cổ và bàn ngón tay, vận động khuỷu.

## **195. PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG GÃY HỞ ĐỘ II THÂN HAI XƯƠNG CẲNG TAY**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Gãy hở độ II hai xương cẳng tay là loại gãy hở có vết thương trên 2 cm, gọn sạch (theo Gustilo). Nếu gãy hở đến sớm trước 6 giờ chỉ định kết hợp xương ngay, nếu đến muộn thì cắt lọc, bất động bột, mổ kết hợp xương thì 2.

**II. CHỈ ĐỊNH** :với tất cả loại gãy hở độ 2 hai xương cẳng tay.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**: Không có chống chỉ định.

**IV. CHUẨN BỊ**

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

**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.

**Phương tiện**

Bộ dụng cụ đại phẫu.

Bộ dụng cụ kết hợp xương chi trên.

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

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

**Dự kiến thời gian phẫu thuật : 90 phút**

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

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

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

**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.

***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.

Nếu người bệnh đến muộn: Bó bột cánh-cẳng-bàn tay rạch dọc, khuỷu tay gấp tư thế 90 độ, cẳng tay ngửa.

Nếu người bệnh đến sớm, tình trạng toàn thân tốt: kết hợp xương bằng nẹp - vít hoặc đinh Rush

Dẫn lưu ổ gãy, ống dẫn lưu cỡ 14-16F.

***Thì đóng vết mổ*** theo các lớp giải phẫu

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

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

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

Chảy máu sau mổ: Mở vết mổ lấy máu tụ, cầm máu, băng ép. Gác tay cao, tập vận động cổ và bàn ngón tay, vận động khuỷu.

## **196. PHẪU THUẬT GÃY HỞ ĐỘ III HAI XƯƠNG CẲNG TAY**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Gãy hở độ III hai xương cẳng tay là loại gãy hở rất nặng, vết thương rộng trên 10 cm, dập nát tổ chức phần mềm nhiều. Loại này gây ra nhiều biến chứng: Nhiễm trùng, hạn chế chức năng sấp ngửa cẳng tay, cứng khớp khuỷu và khớp cổ tay…Gãy hở độ IIIC 2 xương cẳng tay có tỷ lệ cắt cụt chi cao.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Tất cả loại gãy hở độ III hai xương cẳng tay đều phải phẫu thuật cấp cứu. Chỉ định chung cho gãy hở độ III: Cắt lọc tổ chức phần mềm, cố định ngoài ( đây là phương pháp tốt nhất , nếu có) hoặc bó bột cánh- cẳng- bàn tay, kết hợp xương thì sau.

**III. CHỐNG CHIỈ ĐỊNH:** Không có chống chỉ định

**IV. CHUẨN BỊ**

**Người thực hiện:** Là phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình.

**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.

**Phương tiện**

Bộ dụng cụ đại phẫu.

Bộ dụng cụ kết hợp xương chi trên.

Khoan Y tế, khung cố định ngoài chuyên dùng cho cẳng tay.

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

**Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút**

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

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

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

**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:***

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. Phục hồi gân, thần kinh và mạch máu.

***Thì can thiệp về xương:***

Làm sạch hai đầu xương gãy, bơm rửa huyết thanh, ô xy già… Đặt lại xương thẳng trục chi.

Cố định xương bằng khung cố định ngoài (nếu có) Dẫn lưu ổ gãy, ống dẫn lưu cỡ 14-16F.

***Thì đóng vết mổ*** theo các lớp giải phẫu.

Bó bột cánh- cẳng-bàn tay (nếu không có khung cố định ngoài), để khuỷu ở tư thế cơ năng.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

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

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

Chảy máu sau mổ: Mở vết mổ lấy máu tụ, cầm máu, băng ép. Gác tay cao, tập vận động cổ và bàn ngón tay, vận động khuỷu.

## **197. PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG GÃY HỞ ĐỘ I THÂN XƯƠNG CÁNH TAY**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Gãy hở độ I thân xương cánh tay là loại gãy hở có vết thương nhỏ dưới 1 cm, gọn sạch. Loại này thường do cơ chế chấn thương gián tiếp, xương gãy chéo vát chọc ra ngoài.

**II. CHỈ ĐỊNH**

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

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

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

**IV. CHUẨN BỊ**

**Người thực hiện:** Là phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình.

**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.

**Phương tiện**

Bộ dụng cụ đại phẫu.

Bộ dụng cụ kết hợp xương chi trên.

Khoan Y tế, nẹp vít cánh tay các cỡ, đinh Rush các cỡ.

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

**Dự kiến thời gian phẫu thuật : 90 phút**

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

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

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

**Kỹ thuật tiến hành**

Đánh rửa sạch chi trên từ bàn tay đến nách và một phần ngực bên cánh tay gãy, cạo lông, cắt móng tay…

***Thì xử trí phần mềm:***

Cắt lọc mép vết thương ít nhất 2 mm, cắt bỏ tổ chức dập nát. Rạch rộng vết thương theo trục chi, tiếp tục cắt lọc phần mềm và rửa vùng mổ bằng nhiều nước muối sinh lý.

Đường rạch tùy theo vị trí vết thương và phải thuận tiện cho việc kết hợp xương. Phẫu tích thần kinh quay, tránh làm tổn thương.

***Thì can thiệp về xương:***

Làm sạch hai đầu xương gãy, bơm rửa huyết thanh, ô xy già… Đặt lại xương thẳng trục chi.

Kết hợp xương bằng nẹp vít hoặc đinh Rush Dẫn lưu ổ gãy, ống dẫn lưu cỡ 16-18F.

***Thì đóng vết mổ*** theo các lớp giải phẫu.

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

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

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

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

Chảy máu sau mổ: Mở vết mổ lấy máu tụ, cầm máu, băng ép. Gác tay cao, tập vận động cổ và bàn ngón tay, vận động khuỷu.

## **198. PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG GÃY HỞ ĐỘ II THÂN XƯƠNG CÁNH TAY**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Gãy hở độ II thân xương cánh tay là loại gãy hở có vết thương trên 2 cm, gọn sạch ( theo Gustilo). Nếu gãy hở đến sớm trước 6 giờ chỉ định kết hợp xương ngay, nếu đến muộn thì cắt lọc, bất động bột, mổ kết hợp xương thì 2.

**II. CHỈ ĐỊNH** với tất cả loại gãy hở độ II thân xương cánh tay.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**: Không có chống chỉ định

**IV. CHUẨN BỊ**

**Người thực hiện:** Là phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình.

**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.

**Phương tiện**

Bộ dụng cụ đại phẫu.

Bộ dụng cụ kết hợp xương chi trên.

Khoan Y tế, nẹp vít cánh tay các cỡ, đinh Rush các cỡ.

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

**Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút**

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

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

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

**Kỹ thuật tiến hành**

Đánh rửa sạch từ bàn tay đến nách và một phần ngực bên cánh tay gãy, cạo lông , cắt móng tay…

***Thì xử trí phần mềm:***

Cắt lọc mép vết thương ít nhất 2 mm, cắt bỏ tổ chức dập nát. Rạch rộng vết thương theo trục chi, tiếp tục cắt lọc phần mềm và rửa vùng mổ bằng nhiều nước muối sinh lý.

Đường rạch tùy theo vị trí vết thương và phải thuận tiện cho việc kết hợp xương. Phẫu tích thần kinh quay, tránh làm tổn thương.

***Thì can thiệp về xương:***

Làm sạch hai đầu xương gãy, bơm rửa huyết thanh, ô xy già… Đặt lại xương thẳng trục chi.

Kết hợp xương bằng nẹp vít hoặc đinh Rush Dẫn lưu ổ gãy, ống dẫn lưu cỡ 16-18F.

***Thì đóng vết mổ*** theo các lớp giải phẫu.

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

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

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

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

Chảy máu sau mổ: Mở vết mổ lấy máu tụ, cầm máu, băng ép. Gác tay cao, tập vận động cổ và bàn ngón tay, vận động khuỷu.

## **199. PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG GÃY HỞ ĐỘ III THÂN XƯƠNG CÁNH TAY**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Gãy hở độ III thân xương cánh tay là loại gãy hở rất nặng , vết thương rộng trên 10 cm, dập nát tổ chức phần mềm nhiều. Loại này gây ra nhiều biến chứng: nhiễm trùng, hạn chế chức năng cánh, cẳng tay, cứng khớp khuỷu và vai…Gãy hở độ IIIC thân xương cánh tay có tỷ lệ cắt cụt chi cao.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Mổ cấp cứu với tất cả loại gãy hở độ III thân xương cánh tay. Chỉ định chung cho gãy hở độ III: cắt lọc tổ chức phần mềm, cố định ngoài ( đây là phương pháp tốt nhất , nếu có) hoặc bó bột cánh- cẳng- bàn tay ôm vai, kết hợp xương thì sau.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**: Không có chống chỉ định

**IV. CHUẨN BỊ**

**Người thực hiện:** Là phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình.

**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, hoại tử chi do tổn thương mạch…). Người bệnh hoặc đại diện gia đình kí cam đoan chấp nhận mổ.

**Phương tiện**

Bộ dụng cụ đại phẫu.

Bộ dụng cụ kết hợp xương chi trên. Khoan Y tế, khung cố định ngoài.

**Hồ sơ bệnh án** theo quy định của bộ Y tế.

**Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút**

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

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

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

**Kỹ thuật tiến hành**

Đánh rửa sạch từ bàn tay đến nách và một phần ngực bên cánh tay gãy, cạo lông , cắt móng tay…

***Thì xử trí phần mềm:***

Cắt lọc mép vết thương ít nhất 2 mm, cắt bỏ tổ chức dập nát. Rạch rộng vết thương theo trục chi, tiếp tục cắt lọc phần mềm và rửa vùng mổ bằng nhiều nước muối sinh lý.

Đường rạch tùy theo vị trí vết thương và phải thuận tiện cho việc đặt khung cố định ngoài. Phẫu tích kiểm tra thần kinh quay, tránh làm tổn thương. Nếu có tổn thương mạch, thần kinh cần phải phục hồi.

***Thì can thiệp về xương:***

Làm sạch hai đầu xương gãy, bơm rửa huyết thanh, ô xy già… Đặt lại xương thẳng trục chi.

Lắp khung cố định ngoài để bất động xương. Dẫn lưu ổ gãy, ống dẫn lưu cỡ 16-18F.

***Thì đóng vết mổ*** theo các lớp giải phẫu.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

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

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

Chảy máu sau mổ: Mở vết mổ lấy máu tụ, cầm máu, băng ép. Gác tay cao, tập vận động cổ và bàn ngón tay, vận động khuỷu.

## **200. CỐ ĐỊNH NGOẠI VI TRONG ĐIỀU TRỊ GÃY HỞ CHI TRÊN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Định nghĩa: Gãy xương hở là tình trạng gãy xương có sự phá vỡ lớp da và mô mềm dưới da, thông trực tiếp vào ổ gãy và ổ máu tụ quanh ổ gãy.

Gãy hở chi trên bao gồm gẫy hở cánh tay và hai xương cẳng tay

Phân loại gãy hở theo Gustilo & Anderson

I: Năng lượng gây chấn thương thấp, tổn thương mô mềm ít, vết thương < 1cm

II: Năng lượng gây chấn thương cao, rách da > 1cm, vấy bẩn ít

IIIA: Năng lượng gây chấn thương cao, còn đủ mô mềm che phủ

IIIB: Năng lượng gây chấn thương cao, bóc tách mô mềm rộng lớn, không đủ mô mềm để che phủ, vấy bẩn nặng

IIIC: Tổn thương mạch máu cần được phẫu thuật sửa chữa

**II. CHỈ ĐỊNH**

Chỉ định cố định ngoài trong điều trị gãy xương hở chi trên (chủ yếu dùng trong trường hợp gãy xương cánh tay)

Gãy hở nặng (Gustilo 2, 3ª, 3b,3c)

Gãy kín kèm tổn thương phần mềm nặng

Gãy hở kèm mất xương

Hội chứng chèn ép khoang sau mổ giải ép cân mạc khoang

Phối hợp với kết hợp xương bên trong

Kéo dài chi hoặc chuyển dịch một đoạn xương

Gãy hở mà tổ chức phần mềm bị vấy bẩn nhiều

Trật khớp hay gãy xương kèm trật khớp

Gãy phức tạp quanh khớp

**III. 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 chi trên và phẫu thuật chấn thương chung, khung cố định ngoài các loại

**Dự kiến thời gian phẫu thuật: 60 - 90 phút**

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:**

Người bệnh nằm ngửa, tay dạng vuông góc với thân

Phẫu thuật viên đứng sao cho tay trái hướng về gốc chi người bệnh.

Người phụ đứng đối diện.

**2. Vô cảm:**

Tùy từng người bệnh có thể gây mê nội khí quản hoặc gây tê tủy sống

**3. Các bước tiến hành:**

Làm sạch ổ gãy, loại bỏ các thành phần vấy bẩn, ngăn ngừa hoặc làm giảm các biến chứng nhiễm trùng**,**tổn thương mô mềm thêm

Lấy bỏ các mảnh xương vấy bẩn, không còn mạch máu nuôi

Bảo vệ các mô mềm còn dính vào mảnh xương

Giữ lại các mảnh xương chính

Bằng mọi giá, phải giữ lại các mảnh xương của mặt khớp

Tránh: khoảng chết, vết thương căng

Cắt lọc kỹ càng các tổ chức cơ đụng dập, giữ lại cơ còn phản xạ, còn máu nuôi dưỡng

Đặt lại xương về giải phẫu

Sử dụng khung cố định ngoài phải đạt được các yêu cầu

Các đinh cách xa nhau

Các thanh dọc nằm gần xương

Đinh được dự ứng lực

Số thanh dọc: hai tốt hơn một

Phải bảo đảm đinh xuyên qua được vỏ xương đối diện:

Đo chiều dài đinh bằng cảm giác chạm vỏ xương đối diện

Nếu dùng loại đinh tự khoan, mũi đinh chỉ vừa thủng vỏ đối diện

Đừng khoan đinh xuyên qua vỏ đối diện, mũi đinh chỉ vừa thủng vỏ đối diện

Che phủ lại được các thành phần quan trọng như thần kinh, mạch máu, gân, xương còn sống

**VI. ĐIỀU TRỊ SAU PHẪU THUẬT**

Sử dụng kháng sinh toàn thân tùy thuộc tác nhân gây bệnh phổ biến

Sau khi tháo khung cố định ngoài, nên cẩn thận bó bột hoặc mang nẹp bảo vệ thêm một thời gian

**VII. BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ**

Chảy máu do khoan vào mạch máu: Mở rộng vết thương tìm thương tổn sử trí theo thương tổn

Nhiễm trùng chân đinh: Chăm sóc chân đinh hàng ngày nếu có nguy cơ nhiễm trùng lan rộng có thể phải tháo dụng cụ sớm.

## **201. CỐ ĐỊNH NGOẠI VI TRONG ĐIỀU TRỊ GÃY HỞ CHI DƯỚI**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Định nghĩa: Gãy xương hở là tình trạng gãy xương có sự phá vỡ lớp da và mô mềm dưới da, thông trực tiếp vào ổ gãy và ổ máu tụ quanh ổ gãy.

Gãy hở chi trên bao gồm gẫy hở cánh tay và hai xương cẳng tay

Phân loại gãy hở theo Gustilo & Anderson

I: Năng lượng gây chấn thương thấp, tổn thương mô mềm ít, vết thương < 1cm

II: Năng lượng gây chấn thương cao, rách da > 1cm, vấy bẩn ít

IIIA: Năng lượng gây chấn thương cao, còn đủ mô mềm che phủ

IIIB: Năng lượng gây chấn thương cao, bóc tách mô mềm rộng lớn, không đủ mô mềm để che phủ, vấy bẩn nặng

IIIC: Tổn thương mạch máu cần được phẫu thuật sửa chữa

**II. CHỈ ĐỊNH**

Chỉ định cố định ngoài trong điều trị gãy xương hở chi trên (chủ yếu dùng trong trường hợp gãy xương cánh tay)

Gãy hở nặng (Gustilo 2, 3ª, 3b,3c)

Gãy kín kèm tổn thương phần mềm nặng

Gãy hở kèm mất xương

Hội chứng chèn ép khoang sau mổ giải ép cân mạc khoang

Phối hợp với kết hợp xương bên trong

Kéo dài chi hoặc chuyển dịch một đoạn xương

Gãy hở mà tổ chức phần mềm bị vấy bẩn nhiều

Trật khớp hay gãy xương kèm trật khớp

Gãy phức tạp quanh khớp

**III. 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 chi trên và phẫu thuật chấn thương chung, khung cố định ngoài các loại

**Dự kiến thời gian phẫu thuật: 60 - 90 phút**

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:**

Người bệnh nằm ngửa, tay dạng vuông góc với thân

Phẫu thuật viên đứng sao cho tay trái hướng về gốc chi người bệnh.

Người phụ đứng đối diện.

**2. Vô cảm:**

Tùy từng người bệnh có thể gây mê nội khí quản hoặc gây tê tủy sống

**3. Các bước tiến hành:**

Làm sạch ổ gãy, loại bỏ các thành phần vấy bẩn, ngăn ngừa hoặc làm giảm các biến chứng nhiễm trùng**,**tổn thương mô mềm thêm

Lấy bỏ các mảnh xương vấy bẩn, không còn mạch máu nuôi

Bảo vệ các mô mềm còn dính vào mảnh xương

Giữ lại các mảnh xương chính

Bằng mọi giá, phải giữ lại các mảnh xương của mặt khớp

Tránh: khoảng chết, vết thương căng

Cắt lọc kỹ càng các tổ chức cơ đụng dập, giữ lại cơ còn phản xạ, còn máu nuôi dưỡng

Đặt lại xương về giải phẫu

Sử dụng khung cố định ngoài phải đạt được các yêu cầu

Các đinh cách xa nhau

Các thanh dọc nằm gần xương

Đinh được dự ứng lực

Số thanh dọc: hai tốt hơn một

Phải bảo đảm đinh xuyên qua được vỏ xương đối diện:

Đo chiều dài đinh bằng cảm giác chạm vỏ xương đối diện

Nếu dùng loại đinh tự khoan, mũi đinh chỉ vừa thủng vỏ đối diện

Đừng khoan đinh xuyên qua vỏ đối diện, mũi đinh chỉ vừa thủng vỏ đối diện

Che phủ lại được các thành phần quan trọng như thần kinh, mạch máu, gân, xương còn sống

**VI. ĐIỀU TRỊ SAU PHẪU THUẬT**

Sử dụng kháng sinh toàn thân tùy thuộc tác nhân gây bệnh phổ biến

Sau khi tháo khung cố định ngoài, nên cẩn thận bó bột hoặc mang nẹp bảo vệ thêm một thời gian

**VII. BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ**

Chảy máu do khoan vào mạch máu: Mở rộng vết thương tìm thương tổn sử trí theo thương tổn

Nhiễm trùng chân đinh: Chăm sóc chân đinh hàng ngày nếu có nguy cơ nhiễm trùng lan rộng có thể phải tháo dụng cụ sớm.

## **202. PHẪU THUẬT THƯƠNG TÍCH PHẦN MỀM CÁC CƠ QUAN VẬN ĐỘNG**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Thương tích phần mềm cơ quan vận động là một tổn thương hay gặp trong tai nạn lao động, sinh hoạt, giao thông…

Cần phất hiện các thương tích về da, gân cơ, thần kinh, xương, mạch máu để có thái độk sử trí kịp thời, phù hợp

**II. CHỈ ĐỊNH**

Phân loại theo thời gian

Vết thương phần mềm đến sớm trong 6h đầu

Vết thương phần mềm đến muộn sau 6h: Viêm tấy tổ chức xung quanh

Vết thương phần mềm đến muộn sau 24h: Viêm tấy tổ chức xng quanh có thể kèm NK huyết

Phân loại theo độ sâu VT

Vết thương nông, nhỏ: chỉ tổn thương thượng bì

Vết thương rách da đơn thuần

Vết thương sâu: tổn thương gân, cơ, mạch máu thần kinh phía dưới

Vết thương bong lóc da và phần mềm rộng

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

**IV. CHUẨN BỊ**

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

**Người thực hiện:**Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình và hai người phụ

**Phương tiện trang thiết bị:** Bộ dụng cụ phẫu thuật chấn thương chung

**Dự kiến thời gian phẫu thuật:** 60 - 90 phút

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**Vô cảm:** Gây tê hoặc gây mê

**Kỹ thuật:**

Đánh rửa vết thương bằng xà phòng và nước muối cho sạch,.Vệ sinh và chải xăng vô khuẩn

Ga rô gốc chi, tốt nhất là ga rô hơi

Cắt lọc mép vết thương 2-3 mm, riêng da mặt và da tay cắt lọc tiết kiệm

Cắt lọc phần mềm dưới tổn thương tới tổ chức lành, tưới rửa và thay găng tay và dụng cụ

Mở rộng vết thương, cắt lọc lại phần mềm, tưới rửa hết các ngóc ngách

Khâu lại các lớp, đặt dẫn lưu, khâu da

**VI.** **THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỔ**

Thay băng vết thương

Kháng sinh phối hợp hai loại KS, tốt nhất dùng theo KSĐ

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

Nhiễm trùng nặng viêm tấy: cần điều trị tích cực, thay băng cắt chỉ, cấy dịch vết mổ làm KSĐ, thay kháng sinh

Di chứng vận động, sẹo co kéo nếu tổn thương rộng và nặng: Cần phục hồi chức năng sớm

## **203. PHẪU THUẬT DẬP NÁT PHẦN MỀM CÁC CƠ QUAN VẬN ĐỘNG**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Dập nát phần mềm là một tổn thương nặng gặp nhiều trong tai nạn lao động và tai nạn gia thông. Tổn thương dập nát gây hậu quả nặng nề: nguy cơ cứt cụt di dập nát hoặc các di chứng về sau

**II. CHỈ ĐỊNH**

Dập nắt phần mềm vừa: Dập nát phần mềm sau khi cắt lọc còn khả năng che phủ gân xương, mạch máu thần kinh

Dập nát phần mềm nặng: cắt cụt chi

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

**IV. CHUẨN BỊ**

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

**Người thực hiện:** Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình và hai người phụ

**Phương tiện trang thiết bị:** Bộ dụng cụ phẫu thuật chấn thương chung

**Dự kiến thời gian phẫu thuật:** 60 - 90 phút

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**Vô cảm:** gây mê NKQ hoặc mass thanh quản

**Kỹ thuật:**

Đánh rửa tay bằng xà phòng, nước muối vô khuẩn

Ga rô gốc chi

Phẫu thuật tổn thương phần mềm vừa

Cắt mép vết thương tới tổ chức lành

Cắt lọc tổ chức dập nát tới tổ chức lành, chú ý tránh tổn thương mạch máu và thần kinh, đánh rửa lại vết thương.

Thay dụng cụ, găng tay mới. Cắt lọc lại phần mềm dập nát, rửa sạch bằng ô xi gìa và nước nuối, khâu lại gân cơ, che phủ mạch máu, xương, để da hở đóng thì hai sau.

Phẫu thuật tổn thương phần mềm nặng không có khả năng bảo tồn: phẫu thuật cắt cụt chi

**VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỔ**

Thay băng vệ sinh vết mổ

Kháng sinh mạnh, phối hợp trong 5-7 ngày, điều trị toàn thân bù máu điện giả cho người bệnh, tập PHCN

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

Viêm tấy vết mổ hoặc nhiễm trùng mỏm cụt: Nhẹ thì thay băng tách chỉ, nặng thì phẫu thuât cắt lọc lại, nặng cắt cụt chi.

Nhiễm khuẩn huyết: Cần cấy máu làm kháng sinh đồ, điều trị theo KSĐ, điều trị các rối loạn điện giải.

## **204. PHẪU THUẬT VẾT THƯƠNG BÀN TAY**

**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**

**IV. CHUẨN BỊ**

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

**Người thực hiện:** Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình và hai người phụ

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

**Dự kiến thời gian phẫu thuật:** 90 - 120 phút

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**Vô cảm:** Người bệnh bằng gây tê đám rối

**Kỹ thuật**

Sát khuẩn vùng mổ bằng Betadine hoặc cồn 70°

Đặt Garo

Cắt lọc vết thương: đánh giá các vạt 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, mầu 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. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

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

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

## **205. PHẪU THUẬT VẾT THƯƠNG BÀN TAY TỔN THƯƠNG 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**

**IV. CHUẨN BỊ**

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

**Người thực hiện:** Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình và hai người phụ

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

**Dự kiến thời gian phẫu thuật:** 90 - 120 phút

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**Vô cảm:** Người bệnh bằng gây tê đám rối

**Kỹ thuật:**

Sát khuẩn vùng mổ bằng Betadine hoặc cồn 70°

Đặt Garo

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

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

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

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

**VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỔ**

Theo dõi mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở, tri giác, da, niêm mạc, mầu 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. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

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

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

Đứt gân: Phẫu thuật nối gân hoặc chuyển gân

## **206. PHẪU THUẬT VẾT THƯƠNG BÀN TAY TỔN THƯƠNG GÂN GẤP**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

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

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

**II. CHỈ ĐỊNH**

NB bị vết thương bàn tay tổn thương gân gấp

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

**IV. CHUẨN BỊ**

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

**Người thực hiện:** Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình và hai người phụ

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

**Dự kiến thời gian phẫu thuật:** 90 - 120 phút

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**Vô cảm:** Người bệnh bằng gây tê đám rối

**Kỹ thuật:**

Sát khuẩn vùng mổ bằng Betadine hoặc cồn 70°

Đặt Garo

Cắt lọc vết thương: đánh giá các vạt 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:

Vùng I:

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

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

Vùng II :

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

Luồn gân qua hệ thống ròng rọc

Nối gân gấp sâu bằng Prolene 4.0 và 6.0

Có thể cắt bổ rộng rãi gân gấp nông

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

Vùng III:

Thương tổn thường kèm cả mạch máu thần kinh

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

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

Vùng IV:

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

Nối gân gấp nông sâu bằng Prolene 4.0 và 6.0

Nối thần kinh

Vùng V:

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

Nối gân bằng prolene 4.0 6.0

Khâu cơ bằng Vicryl 2.0

Nối thần kinh, mạch máu

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

**VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỔ**

Theo dõi mạch,, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở, tri giác, da, niêm mạc, mầu 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. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

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

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

Đứt gân: Phẫu thuật ghép gân hoặc chuyển gân.

## **207. PHẪU THUẬT KHX GÃY XƯƠNG ĐỐT BÀN NGÓN TAY**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Gãy xương đốt bàn ngón là thương tổn thường gặp, ảnh hưởng nhiều đến chức năng bàn tay

Phần lớn các xương bàn tay được chỉ định điều trị bảo tồn. Một số trường hợp được giải quyết bằng phẫu thuật

**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

Gãy nội khớp có nhiều khả năng dính, cứng nêu không vận đọng sớm

Gãy có mảnh rời di lẹch có kèm theo tổn thương mạch máu thần kinh

Gãy xương mà hậu quả chậm liền xương

Gãy xương mà cần ccan thiệp ghép xương

Gãy xương và liền xương xấu ảnh hưởng tới thẩm mỹ và chúc năng

Gãy xương bệnh lý

Gãy xương có mảnh gây kẹt khớp

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

**IV. CHUẨN BỊ**

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

**Người thực hiện:** Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình và hai người phụ

**Phương tiện trang thiết bị:** Bộ dụng cụ phẫu thuật bàn tay, nẹp vít mini

**Dự kiến thời gian phẫu thuật:** 60 - 90 phút

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**Vô cảm:** Người bệnh bằng gây tê đám rối

**Kỹ thuật:**

Sát khuẩn vùng mổ bằng Betadine hoặc cồn 70°

Đặt Garo

Kê bàn tay lên bàn, lòng bàn tay đặt lên một cuộn vải

Rạch da mặt mu tay tương ứng với ổ gãy, vén gân duỗi ngón bộc lộ ổ gãy

Kết hợp xương bằng vis mini

Bơm rửa, đóng vết mổ

Bất động nẹp bột

**VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỔ**

Theo dõi mạch,, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở, tri giác, da, niêm mạc, mầu 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. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

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

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

## **208. PHẪU THUẬT KHX GÃY NỘI KHỚP XƯƠNG KHỚP NGÓN TAY**

**i. ĐẠI CƯƠNG**

Gãy nội khớp xương khớp ngón tay là loại gãy nội khớp, ít gặp. Có thể gãy 1 hoặc cả 2 lồi cầu. Do yêu cầu hoạt động chức năng tinh tế và vận động sớm của bàn tay, ngày nay phẫu thuật

KHX bàn ngón tay thường được chỉ định để đạt được giải phẫu tốt nhất

Phẫu thuật KHX chỏm đốt bàn và ngón tay bằng nẹp vít mini hoặc kim Kirschner

Biến chứng hàng đầu có thể gặp: hạn chế vận động khớp bàn ngón, liên đốt ngón

**ii. CHỈ ĐỊNH**

Gãy lồi cầu di lệch

Điều trị bảo tồn thất bại

**iii. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Đang có tình trạng nhiễm khuẩn

Toàn trạng nặng vì đa chấn thương

**iv. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

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

**2. Người bệnh**

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

**3. Phương tiện**

Bộ dụng cụ KHX bàn ngón tay

Bộ nẹp vít mini

Bộ kim Kirschner

**4. Hồ sơ bệnh án**

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

**Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút**

**v. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế người bệnh**

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

**2. Vô cảm**

Gây tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc gây mê

**3. Kỹ thuật**

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

Phẫu tích tách qua gân duỗi

Bộc lộ xương đốt bàn và ngón tay.

Bộc lộ ổ gãy, làm sạch diện gãy

Đặt lại xương, đặt nẹp vít và bắt vít mini (ít nhất trên và dưới ổ gãy 2 vít)

Đối với đóng đinh nội tuỷ: bộc lộ lồi cầu hoặc xuyên kim qua da

Kiểm tra ổ gãy, cầm máu, bơm rửa kỹ

Khâu phục hồi các lớp theo giải phẫu

Băng vô khuẩn

Nẹp bột tư thế nghỉ và treo tay 2 tuần

**Chú ý:**

Sau kết hợp xương cần kiểm tra vận động của khớp bàn ngón, liên đốt ngón

Kiểm tra hệ thống dây chằng khớp

**vi. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Tụ máu, phù nề sau mổ

Nhiễm trùng sau mổ

Phục hồi chức năng sau mổ tránh cứng khớp, hạn chế vận động ngón

## **209. PHẪU THUẬT KHX GÃY LỒI CẦU XƯƠNG KHỚP NGÓN TAY**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Gãy bàn ngón tay khá phổ biến chiếm 30% tổng số gãy xương chi trên. Điều trị KHX bàn ngón nhằm mục đích làm liền xương, tránh cứng khớp, can lệch do bó bột. KHX bàn ngón giúp tạp cử động và trả về chức năng thật sớm.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh (NB) có chẩn đoán xác định bị gãy nội khớp xương bàn ngón tay trên lâm sàng và XQ.

- Gãy một lồi cầu

- Gãy cả hai lồi cầu (gãy chữ Y)

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

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

**IV. CHUẨN BỊ**

**Người thực hiện:** Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình, phụ phẫu thuật

**Người bệnh:**

Chuẩn bị hồ sơ bệnh án, xét nghiệm, thủ tục hành chính đầy đủ.

Giải thích kỹ cho người bệnh và người nhà người bệnh trước mổ

**3. Phương tiện, trang thiết bị:** Bộ dụng cụ phẫu thuật phần mềm bàn tay

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**Vô cảm:** Tê ĐRCT bên chi phẫu thuật

**Kỹ thuật:**

Sát khuẩn, trải toan

Rạch da một bên gân duỗi phía mu tay tương ứng với vị trí gãy xương.

Phẫu tích, bộc lộ ổ gãy, làm sạch diện gãy.

Dùng dụng cụ giữ xương kéo nắn, đặt lại xương theo trục giải phẫu.

Xuyên kim Kirschner nhỏ chéo qua ổ gãy .

Đóng vết mổ theo giải phẫu

Bó bột cẳng bàn tay tăng cường 4- 6 tuần khi mổ nếu KHX không đủ vững.

**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 PHCN 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

## **210. PHẪU THUẬT GÃY XƯƠNG ĐỐT BÀN NGÓN TAY**

**i. ĐẠI CƯƠNG**

Gãy xương đốt bàn ngón là thương tổn thường gặp, ảnh hưởng nhiều đến chức năng bàn tay

Phần lớn các xương bàn tay được chỉ định điều trị bảo tồn. Một số trường hợp được giải quyết bằng phẫu thuật

**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

Gãy nội khớp có nhiều khả năng dính, cứng nêu không vận đọng sớm

Gãy có mảnh rời di lẹch có kèm theo tổn thương mạch máu thần kinh

Gãy xương mà hậu quả chậm liền xương

Gãy xương mà cần ccan thiệp ghép xương

Gãy xương và liền xương xấu ảnh hưởng tới thẩm mỹ và chúc năng

Gãy xương bệnh lý

Gãy xương có mảnh gây kẹt khớp

**iii. 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 bàn tay, nẹp vít mini

**Dự kiến thời gian phẫu thuật: 60 - 90 phút**

**v. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm:**

Người bệnh bằng gây tê đám rối

**2. Kỹ thuật:**

Sát khuẩn vùng mổ bằng Betadine hoặc cồn 70° - Đặt Garo

Kê bàn tay lên bàn, lòng bàn tay đặt lên một cuộn vải

Rạch da mặt mu tay tương ứng với ổ gãy, vén gân duỗi ngón bộc lộ ổ gãy

Kết hợp xương bằng vis mini

Bơm rửa, đóng vết mổ

Bất động nẹp bột

**vi. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỔ**

Theo dõi mạch,, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở, tri giác, da, niêm mạc, mầu 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. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

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

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

## **211. PHẪU THUẬT KHX GÃY ĐẦU DƯỚI XƯƠNG QUAY**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

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

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

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

**II. CHỈ ĐỊNH**

Gãy di lệch hoặc điều trị bảo tồn thất bại

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

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Tại chỗ bị rối loạn dinh dưỡng, phỏng nước.

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

**IV. CHUẨN BỊ**

**Người thực hiện**

Phẫu thuật viên là bác sĩ chuyên khoa chấn thương chỉnh hình.

**Người bệnh**

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

**Phương tiện**

Bộ dụng cụ kết hợp xương cho xương cẳng tay.

Bộ nẹp vít cho gãy đầu dưới xương quay.

**Hồ sơ bệnh án**

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

**Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút**

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**Tư thế người bệnh**

Nằm ngửa, cánh tay dạng, cẳng tay ngửa.

**Vô cảm**

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

**Kỹ thuật**

Đặt Garo.

Đường mổ: Rạch da theo đường Henry dài khoảng 10cm.

Vào khoảng giữa gân gấp cổ tay quay và bó mạch quay bộc lộ gân gấp các ngón, sau đó vén sang bên bộc lộ cơ sấp vuông.

Bộc lộ cơ sấp vuông và vén vào trong để vào đầu dưới xương quay.

Bộc lộ rõ diện khớp và phía trung tâm đủ để đặt nẹp, làm sạch đầu xương.

Đặt lại xương, ốp nẹp và cố định bằng kìm kẹp xương giữ nẹp.

Bắt vít để cố định nẹp, ít nhất 3 vít ở đầu trung tâm.

Rửa vùng mổ, kiểm tra cầm máu.

Khâu phục hồi các lớp cân cơ, da theo giải phẫu.

Băng vô khuẩn.

Nẹp bột cẳng bàn tay, treo tay để trong 2-3 tuần.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Tụ máu, phù nề sau mổ.

Nhiếm khuẩn sau mổ.

Tổn thương động mạch quay hoặc thần kinh giữa.

## **212. PHẪU THUẬT KHX GÃY NỘI KHỚP ĐẦU DƯỚI XƯƠNG QUAY**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Gãy đầu dưới xương quay nội khớp chiếm 80% tổng số gãy đầu dưới xương quay bao gồm nhiều hình thái: Gãy chữ V, gãy chữ T, gãy mỏm tram quay, gãy chéo dọc đầu dưới …

KHX trong gãy nội khớp thường không vững và cần bó bột tăng cường sau mổ.

**II. CHỈ ĐỊNH**

NB có chẩn đoán xác định bị gãy đầu dưới xương quay trên lâm sàng và XQ.

Đường gãy phạm khớp.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

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

**IV. CHUẨN BỊ**

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

**Người thực hiện:** Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình và hai người phụ

**Phương tiện trang thiết bị:** Bộ dụng cụ phẫu thuật cẳng tay

**Dự kiến thời gian phẫu thuật:** 60 - 90 phút

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**Vô cảm:** Tê ĐRCT bên chi phẫu thuật

**Kỹ thuật:**

Sát khuẩn, trải toan

Rạch da dọc bờ quay 1/3 dưới cẳng tay.

Phẫu tích, bộc lộ ổ gãy, làm sạch diện gãy.

Dùng dụng cụ giữ xương kéo nắn, đặt lại xương theo trục giải phẫu.

KHX găm kim Kirchner hoặc nẹp chữ T tùy từng trường hợp cụ thể

Đóng vết mổ theo giải phẫu

Bó bột cẳng bàn tay tăng cường 4 – 6 tuần khi mổ.

**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 PHCN 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

## **213. PHẪU THUẬT VÀ ĐIỀU TRỊ TRẬT KHỚP QUAY TRỤ DƯỚI**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Trật khớp quay trụ dưới là một trong các bệnh lý của khớp quay trụ dưới. Trật  
khớp quay trụ dưới có thể gặp sau chấn thương (gãy đầu dưới xương quay), do thoái hóa và nhiều nguyên nhân khác.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Đau và mất chức năng cổ bàn tay (sấp ngửa) sau gãy cũ đầu dưới xương quay,  
thoái hóa khớp.

Các phương pháp điều trị nội khoa không kết quả.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Tình trạng nhiễm trùng tại chỗ.

Bệnh lý nội khoa hoặc tình trạng toàn thân nặng không cho phép phẫu thuật.

**IV. CHUẨN BỊ**

- Người bệnh nằm ngửa, tay đặt lên bàn con, garo hơi ở 1/3 trên cánh tay áp lực  
250 mmHg.

- Phẫu thuật viên chính ngồi phía bờ trụ, người phụ 1 ngồi phía bờ quay, người  
phụ 2 cạnh phụ 1.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Thì 1: Rạch da đường sau theo diện khớp quay trụ dưới

- Thì 2: Bộc lộ khớp quay trụ dứoi

- Thì 3: Kiểm tra dây chằng cố định khớp quay trụ dưới

+ Cố định tạm thời đầu dưới xương trụ vào xương quay bằng Kwire

+ Hoặc dùng gân gan tay dài tái tạo lại các dây chằng quay trụ dưới.

- Thì 4: Kiểm tra

+ Kiểm tra lại tư thế trên lâm sàng cũng như trên Carm

+ Cầm máu, làm sạch và đóng theo các lớp giải phẫu

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Theo dõi:

- Bất động bột cẳng bàn tay 3 - 4 tuần

- Tình trạng phù nề và nhiễm trùng sau mổ

- Tình trạng tưới máu ngoại vi và theo dõi nới bột khi cần thiết

- Tập phục hồi chức năng theo giai đoạn

Xử trí tai biến:

Xử trí tai biến nếu có

## **214. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG ỐNG CỔ TAY**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

**Hội chứng ống cổ tay**: Là hiện tượng dây thần kinh giữa ở ống cổ tay bị chèn ép. Dây thần kinh giữa truyền cảm giác từ bề mặt gan bàn tay của các ngón tay (trừ ngón tay út) và điều khiển các cơ vận động ngón tay cái. Ống cổ tay được hình thành bởi xương cổ tay và dây chằng ngang cổ tay. Ống cổ tay là một “đường ống” hẹp chứa thần kinh giữa và gân vận động các ngón tay. Nếu các bộ phận ở gần hoặc trong ống cổ tay bị sưng hoặc dày lên có thể chèn ép dây thần kinh giữa, dẫn đến đau, tê và làm yếu bàn tay và ngón cái.

**II. CHỈ ĐỊNH**

NB có chẩn đoán xác định bị hội chứng ống cổ tay:

Triệu chứng cơ năng gồm những triệu chứng về cảm giác vùng da do thần kinh giữa chi phối ở bàn tay: Dị cảm, giảm cảm giác, đau, tê cứng.

Triệu chứng thực thể gồm: Dấu hiệu Tinel dương tính, nghiệm pháp Phalen dương tính, giảm hoặc mất cảm giác châm chích vùng da thần kinh giữa chi phối.

Test dẫn truyền thần kinh cho thấy có sự rối loạn chức năng thần kinh giữa vùng ống cổ tay.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

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

**IV. CHUẨN BỊ**

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

**Người thực hiện:** Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình và hai người phụ

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

**Dự kiến thời gian phẫu thuật:** 30 phút

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**Vô cảm:** Tê ĐRCT bên chi phẫu thuật

**Kỹ thuật:**

Sát khuẩn, trải toan

Rạch da cổ tay khoảng 1cm theo nếp gấp cổ tay

Bộc lộ ống cổ tay dưới chỗ rạch da

Dùng kéo luồn và cắt ống cổ tay mặt trước dọc theo trục chi. Rạch sao cho hết chiều dài ống cổ tay.

Kiểm tra lại thần kinh giữa.

Đóng vết mổ theo giải phẫu

**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 PHCN 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

## **215. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG CHÈN ÉP THẦN KINH TRỤ**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Thần kinh trụ có thể bị chèn ép tại rãnh thần kinh trụ ở khuỷu tay hoặc tại kênh Guyon ở cổ tay. Bệnh lý chèn ép thần kinh trụ ở khuỷu tay là bệnh lý thần kinh ngoại biên do đè ép phổ biến thứ 2, chỉ sau hội chứng ống cổ tay. Khi đi qua rãnh thần kinh trụ ở khuỷu tay, thần kinh trụ đi rất nông và không có cơ che phủ nên rất dễ bị tổn thương. Những nguyên nhân như bất thường các cấu trúc giải phẫu, gãy xương cũ hoặc mới, bệnh lý khớp viêm tại vùng khuỷu có thể dẫn đến thần kinh trụ bị chèn ép. Duy trì tư thế gấp khuỷu trong thời gian dài hoặc lặp đi lặp lại động tác gấp/duỗi khuỷu có thể gây tổn thương thần kinh trụ. Trong khi đó, những người làm nghề đòi hỏi vận động cổ tay nhiều là đối tượng nguy cơ của bệnh lý chèn ép thần kinh trụ ở kênh Guyon vùng cổ tay.

**II. CHỈ ĐỊNH**

NB có chẩn đoán xác định bị hội chứng chèn ép thần kinh trụ, không đáp ứng với điều trị bảo tồn:

Biến dạng “bàn tay vuốt trụ”

Mất động tác giạng và khép các ngón, khép ngón cái, gấp đốt xa ngón 4-5

Mất cảm giác ở ngón tay út, mô út và 1/2 ngón nhẫn.

Mất phản xạ trụ sấp

Kết quả khảo sát chẩn đoán điện phù hợp với tổn thương thần kinh trụ.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

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

**IV. CHUẨN BỊ**

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

**Người thực hiện:** Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình và hai người phụ

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

**Dự kiến thời gian phẫu thuật:** 30 phút

**VIII. V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**Vô cảm:** Tê ĐRCT bên chi phẫu thuật

**Kỹ thuật:**

Sát khuẩn, trải toan

Đối với thần kinh trụ bị chèn ép ở khuỷu: phẫu thuật chuyển vị trí thần kinh trụ ra trước.

Đối với thần kinh trụ bị chèn ép ở ống Guyon: phẫu thuật cắt bỏ mỏm móc của xương móc kết hợp với giải phóng thần kinh trụ bị chèn ép. Trường hợp người bệnh có u bao hoạt dịch hay một tổ chức gì khác ở trong hay gần kênh Guyon gây chèn ép thần kinh trụ thì cũng cần phải phẫu thuật

- Đóng vết mổ theo giải phẫu.

**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 PHCN 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

## **216. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG** **CHÈN ÉP THẦN KINH QUAY**

**I. ĐỊNH NGHĨA**

- Chèn ép thần kinh quay có thể gặp ở bất kỳ vị trí nào trên đường đi của thần kinh  
quay và có nhiều nguyên nhân khác nhau.

- Vị trí thường gặp chèn ép thần kinh quay nhất là ở đầu gần của cẳng tay, ở vị trí cơ  
ngửa. Tuy nhiên tình trạng chèn ép thần kinh quay có thể gặp ở vị trí rãnh quay của  
xương cánh tay liên quan đến gãy thân xương cánh tay hoặc ở vị trí khớp khuỷu liên  
quan đến gãy chỏm xương quay.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Chèn ép thần kinh quay điều trị nội khoa không kết quả (thường sau khoảng 12 tuần  
điều trị nội) hoặc triệu chứng liệt thần kinh quay tăng dần.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Không có chống chỉ định tuyệt đối điều trị phẫu thuật chèn ép thần kinh quay.

- Người bệnh có tình trạng nhiễm trùng toàn thân hoặc tại chỗ đang tiến triển.

**IV. CHUẨN BỊ**

**Người thực hiện:** Là phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình được đào tạo cơ bản.

**Người bệnh:** Người bệnh được vệ sinh vùng cơ thể cần phẫu thuật.

**Dụng cụ:** Bộ dụng cụ phẫu thuật bàn tay cơ bản. Bộ dụng cụ vi phẫu cơ bản.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**Tư thế:**

- Người bệnh nằm ngửa trên bàn mổ, tay dạng 90 độ, bàn tay ngửa được đặt trên một bàn mổ nhỏ riêng biệt.

- Phẫu thuật viên đứng phía dưới người bệnh, người phụ 1 đứng trên đầu người bệnh, người phụ 2 đứng phía ngoài bàn mổ.

**Kỹ thuật:**

- Dồn máu, ga rô gốc chi.

- Đường vào: Tùy vào vị trí bị chèn ép mà có đường rạch da khác nhau. Nếu thần kinh  
quay bị chèn ép ở đầu trên xương cánh tay nên sử dụng đường sau. Nếu thần kinh  
quay bị chèn ép ở 1/3 giữa và dưới xương cánh tay nên lựa chọn đường trước ngoài.  
Nếu thần kinh quay bị chèn ép ở đầu trên của cẳng tay cũng nên lựa chọn đường  
trước ngoài.

- Phẫu tích cân nông ở cánh tay và cẳng tay.

- Vén cơ để bộc lộ thần kinh quay. Chú ý bảo tồn tất cả các nhánh của thần kinh quay.

- Tìm nguyên nhân chèn ép thần kinh quay và giải quyết nguyên nhân gây chèn ép  
thần kinh quay. Trong quá trình phẫu tích phải nhẹ nhàng để không làm tổn thương  
thêm các nhánh mạch nuôi thần kinh cũng như không làm tổn thương phần mềm  
nhiều sẽ gây dính về sau.

- Cầm máu kỹ và khâu đóng phần mềm theo giải phẫu.

- Sau mổ bất động bằng nẹp bột cánh cẳng bàn tay tư thế cơ năng, treo tay bằng túi  
treo tay.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG**

- Nhiễm trùng sau mổ: Là biến chứng chung có thể gặp ở bất kỳ người bệnh sau phẫu thuật nào. Cần theo dõi sát tình trạng toàn thân cũng như tại chỗ để phát hiện kịp thời biến chứng nhiễm trùng sau mổ và có thái độ xử lý đúng đắn dựa vào mức độ nhiễm trùng. Các dấu hiệu biểu hiện nhiễm trùng sau mổ bao gồm: toàn thân biểu hiện bằng người bệnh sốt sau mổ. Tại chỗ biểu hiện bằng sưng nóng đỏ đau tại vết mổ hoặc vết mổ chảy dịch đục, dịch mủ. Nhiễm trùng sau mổ có khi phải xử lý bằng phẫu thuật làm sạch. Nhiễm trùng có thể làm hỏng vạt xương ghép.

- Tổn thương thần kinh quay: Là biến chứng có thể gặp do phẫu tích thô bạo. Tổn  
thương thần kinh quay thực thể có thể làm cho liệt thần kinh quay hoàn toàn và  
không hồi phục. Cần phẫu tích nhẹ nhàng bằng dụng cụ vi phẫu khi bộc lộ thần kinh quay để tránh biến chứng này. Nếu liệt thần kinh quay không hồi phục có thể phải mổ chuyển gân điều trị liệt thần kinh quay.

## **217. KHÂU TỔN THƯƠNG GÂN GẤP BÀN TAY VÙNG I, II, III, IV**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Vết thương bàn tay rất hay gặp chiếm khoảng 40- 50 % tổng số vết thương bàn tay do tai nạn lao động.

Bàn tay có nhiều bộ phận tinh tế: gân, thần kinh…Vết thương bàn tay phẫu trường nhỏ, dễ nhiễm trùng… do đó phải xử trí các thương tổn hoàn hảo về gân, xương, mạch máu và thần kinh, tập phục hồi chức năng sớm để hạn chế di chứng

**II. CHỈ ĐỊNH**

Tổn thương gân gấp vùng I, III, IV, V đến sớm

Phân vùng: Bàn tay từ ngón 2 tới ngón 5 mỗi ngón có 2 gân gấp( gân gấp nông và gân gấp sâu), ngón 1 có 1 gân gấp dài và một gân gấp ngắn. Vùng I có 1 gân, vùng III, IV, V có hai gân.



Phân vùng bàn tay

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH** khâu gân gấp 1 thì trong trường hợp nhiễm trùng, đến muộn

**IV. CHUẨN BỊ**

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

**Người thực hiện:** Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình và hai người phụ

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

**Dự kiến thời gian phẫu thuật:** 90 - 120 phút

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

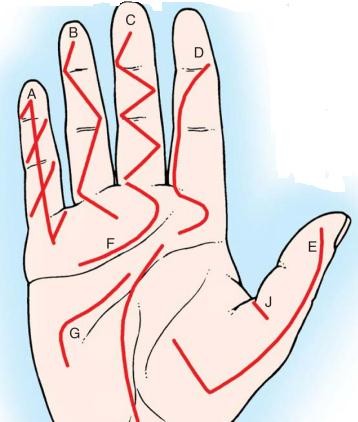
**Vô cảm**: Gây tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc gây mê

Kỹ thuật:

Đánh rửa tay bằng xà phòng, nước muối vô khuẩn

Ga rô cánh tay: tốt nhất ga rô hơi với áp lực 200- 250mmHg, ga rô đuổi máu cho sạch phẫu trường

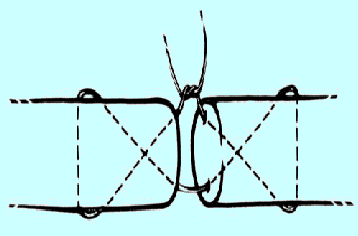
Cắt lọc làm sạch vết thương (cắt lọc tiết kiệm), rạch rộng vết thương theo hình chữ Z, tránh rạch ngang qua các nếp gấp tự nhiên của bàn tay.



Nối gân:

+ Vùng 1: Nếu đứt sát xương phải khâu xuyên xương vào đốt xa, đính kiểu khuy áo ở phía móng tay

+ Vùng III, IV, V khâu cả hai gân theo kỹ thuật Kessler cải tiến bằng chỉ Prolen 3-5/0



**VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỔ**

Theo dõi tình trạng vết thương, đầu ngón tay

Điều trị: Kháng sinh 5-7 ngày, giảm viêm

Tập phục hồi sau mổ: cần tập sớm tránh biến chứng dính gân

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

Hoại tử ngón, nhiễm trùng bàn tay: cắt chỉ, thay băng, cắt lọc lại

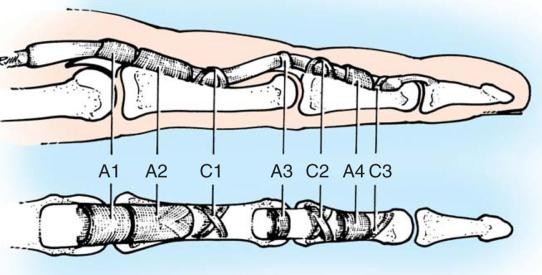
Dính gân: tập phục hồi chức năng sớm, nếu muôn mổ gỡ dính

## **218. KHÂU TỔN THƯƠNG GÂN GẤP BÀN TAY VÙNG II**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Vết thương bàn tay rất hay gặp chiếm khoảng 40- 50 % tổng số vết thương bàn tay do tai nạn lao động.

Vùng II phẫu trường nhỏ, dễ dính, cần bảo tồn tốt các rọc hình nhẫn

 

**II. CHỈ ĐỊNH**

Tổn thương gân gấp vùng II đến sớm: Vùng II từ ngón 2 đến 5 có 2 gân gấp nông và sâu, ngón 1 có 1 gân.

Phân vùng bàn tay

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH.**

Tổn thương gân gấp vùng II đến muôn, nhiễm trùng

**IV. CHUẨN BỊ**

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

**Người thực hiện:** Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình và hai người phụ

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

**Dự kiến thời gian phẫu thuật:** 90 - 120 phút

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

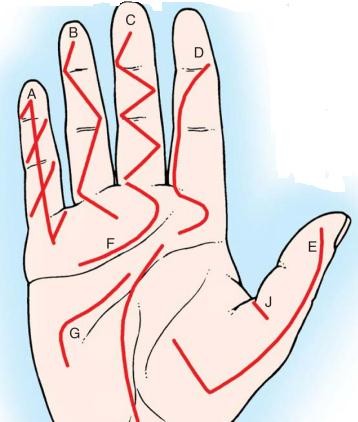
**Vô cảm:** Gây tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc gây mê

Kỹ thuật:

Đánh rửa tay bằng xà phòng, nước muối vô khuẩn

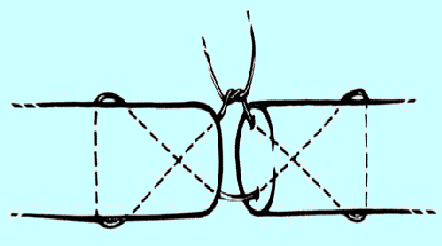
Ga rô cánh tay: tốt nhất ga rô hơi với áp lực 200- 250mmHg, ga rô đuổi máu cho sạch phẫu trường

Cắt lọc làm sạch vết thương ( cắt lọc tiết kiệm), rạch rộng vết thương theo hình chữ Z, tránh rạch ngang qua các nếp gấp tự nhiên của bàn tay.



- Nối gân:

Vùng II khâu cả hai gân theo kỹ thuật Kessler cải tiến bằng chỉ Prolen 3-5/0, miệng nối cần chơn chu, bảo tồn các ròng dọc nhẫn

Khâu yêu tiên gân gấp sâu các ngón, gân gấp nông có thể cắt bỏ để hạn chế dính và phẫu trường nhỏ

**THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỔ**

Theo dõi tình trạng vết thương, đầu ngón tay

Điều trị: Kháng sinh 5-7 ngày, giảm viêm

Tập phục hồi sau mổ: Cần tập sớm tránh biến chứng dính gân

**TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

Hoại tử ngón, nhiễm trùng bàn tay: cắt chỉ, thay băng, cắt lọc lại

Dính gân: Tập phục hồi chức năng sớm, nếu muôn mổ gỡ dính

TÁI TẠO PHỤC HỒI TỔN THƯƠNG GÂN GẤP 2 THÌ

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Tái tạo phục hồi gân hai thì trong các tổn thương gân gấp vùng II đến muộn sau 3 tuần, nguyên tắc là ghép gân tự thân và đưa miệng nối gân ra ngoài vùng II

**II. CHỈ ĐỊNH**

Người bệnh đứt gân gấp vùng II muộn quá 3 tuần, cho phép ghép gân tự thân nối ở vùng I và vùng III

Vết thương phải lành tốt

Các khớp phải mềm mại.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Vết thương bàn tay nhiễm trùng, các khớp ngón tay cứng

**IV. CHUẨN BỊ**.

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

**Người thực hiện:** Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình và hai người phụ

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

**Dự kiến thời gian phẫu thuật:** 90 - 120 phút

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

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

Kỹ thuật:

Vệ sinh bàn tay kỹ

Ga rô cánh tay: tốt nhất ga rô hơi với áp lực 200- 250mmHg, ga rô đuổi máu cho sạch phẫu trường

Rạch da chữ Z theo Bruner

Thì 1: Kiểm tra tổn thương gân và bao gân,

Cắt bỏ gân gấp nông và gân gấp sâu trên nguyên ủy cơ giun ở gan tay

Tạo hình lại các ròng dọc nhẫn của ngón tay, đặt ống silicon dưới các ròng dọc tạo

hình

Thì 2: Lấy gân ghép rời (gân gan tay, gan chân..)

Khâu gân ghép vào ống silicon và luồn qua ống gân Nối gân ghép qua xương tại nền đốt III

Khâu gân gấp đầu gần tại vùng 3 theo Kessler

- Đóng vết mổ và đặt nẹp CBT tư thế để sau 3 tuần

**THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỔ**

Theo dõi tình trạng vết thương, đầu ngón tay

Điều trị: Kháng sinh 5-7 ngày, giảm viêm

Tập phục hồi sau mổ: sau 3 tuần bỏ nẹp tập PHCN

**TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

Nhiễm trùng: Nhiễm trùng nhẹ thay băng vết thương

Nhiễm trùng nặng làm sạch bỏ mảnh ghép

Dính gân gấp nếu không tập PHCN

KHÂU PHỤC HỒI TỔN THƯƠNG GÂN DUỖI

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Vết thương bàn tay là tổn thương hay gặp trong tai nan lao động, tổn thương gân duỗi  
bàn tay là tổn thương thường gặp của bàn tay

- Gân duỗi là một gân dẹt, mỏng nên việc khâu nối phải cẩn thân không đứt

**II. CHỈ ĐỊNH**

Vết thương bàn tay có tổn thương gân duỗi

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Khi vết thương có tình trạng nhiễm trùng

**IV. CHUẨN BỊ**

Người bệnh:

Thăm khám đầy đủ, hoàn chỉnh về hồ sơ và xét nghiêm. **IV. CHUẨN BỊ** về tâm lý mổ hai  
thì cho người bệnh.

Người thực hiện:

Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình và người phụ.

Phương tiện trang thiết bị

Bộ dụng cụ phẫu tích bàn tay

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

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

Kỹ thuật:

- Vệ sinh bàn tay kỹ

- Ga rô cánh tay: tốt nhất ga rô hơi với áp lực 200- 250mmHg, ga rô đuổi máu cho  
sạch phẫu trường.

- Rạch da chữ Z theo Bruner.

- Kỹ thuật khâu gân: Gân duỗi miệng nối khâu kiểu khâu vắt

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

**THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỔ**

- Theo dõi tình trạng vết thương, đầu ngón tay

- Điều trị: Kháng sinh 5-7 ngày, giảm viêm

- Tập phục hồi sau mổ: sau 3 tuần bỏ nẹp tập PHCN

PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ VIÊM BAO HOẠT DỊCH  
CỦA GÂN GẤP BÀN NGÓN TAY

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Viêm mủ bao hoạt dịch gân gấp là một nhiễm trùng bàn tay nặng, đáng sợ nhất là mất  
trượt gân, gây dính, làm hỏng cung cấp máu cho gân gây hoại tử gân

- Nguyên nhân thường do vết chọc bẩn, nguyên nhân thường do tụ cầu vàng

**II. CHỈ ĐỊNH**

Khi chẩn đoán qua 4 triệu chứng viêm mủ gân của Kanavel

- Ngón tay ở tư thế gấp

- Cả ngón sưng to đều

- Căng đau trên bao gân

- Vận động thu động duỗi ngón nhất là đầu ngón thì đau nhói

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:** Cần phân biệt với các loại nhiễm trùng khac bàn tay

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người bệnh:** Cần chẩn đoán và làm hồ sơ đầy đủ. Giải thích đầy đủ bệnh và quá  
trình điều trị cho người bệnh.

**2. Người thực hiện:** Bác sĩ chuyên khoa chấn thương chỉnh hình

**3. Phương tiện trang thiết bị:** Bộ phẫu tích bàn tay, cấy vi khuẩn, làm kháng sinh đồ

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

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

2. Kỹ thuật:

- Ga rô cánh tay: Tốt nhất ga rô hơi với áp lực 200- 250mmHg.

- Rạch da dọc bên ngón tay, thường rạch bên trụ, ngón 1 và 5 rạch bên quay, đường  
rạch dọc hơi ra phía sau mu tay, bóc tách tới bao gân, rạch bao hoạt dịch giữa ròng  
rọc A3 và A4.

- Đường rạch thứ 2 rạch ngang ở gan tay trên nếp gấp để dẫn lưu túi cùng trên bao hoạt  
dịch, cắt bỏ bao hoạt dịch giữa các ròng rọc, để lại day chằng vòng

- Bơm rửa sạch, lấy dịch cấy Vk, làm KSĐ

- Dẫn lưu băng ép, nẹp bột, khâu muộn sau 48h

**THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỔ**

- Thay băng vết thương

- Kháng sinh phối hợp hai loại KS, tốt nhất dùng theo KSĐ

- Nẹp bột bất động bàn tay

**TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Nhiễm trùng nặng viêm tấy bàn tay cần điều trị tích cực, vệ sinh tốt vết thương

- Nhiễm khuẩn huyết; Dính gân gấp bàn tay: Phẫu thuật gỡ dính

## **222. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH ĐIỀU TRỊ TẬT DÍNH NGÓN TAY**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Tật dính ngón tay, hay "những ngón tay có màng" là dị tật bẩm sinh gây ra do  
rối loạn tách ngón trong quá trình phát triển bào thai ở tuần thứ 7-8. Tỷ lệ bệnh là 1/2000  
trẻ, bệnh có liên quan đến tiền sử gia đình là 40%.

- Tật dính ngón được phân loại theo dính hoàn toàn hay không hoàn toàn và dính  
đơn giản hay phức tạp. Bệnh có thể kèm các biến dạng khác ở cẳng bàn tay.

- Về điều trị có thể áp dụng các kỹ thuật tách ngón khác nhau tùy thuộc vào thể  
bệnh. Việc chỉ định và áp dụng đúng kỹ thuật sẽ đem lại kết quả tốt cho người bệnh.

- Các biến chứng hay gặp như hoại tử vạt da hay hoại tử ngón do thiếu máu, dính  
lại một phần hay co rút ngón.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh được chẩn đoán tật dính ngón tay.

- Nên can thiệp khi trẻ trên 18 tháng để đảm bảo an toàn cho cuộc phẫu thuật và  
tập luyện, chăm sóc sau mổ.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Trẻ quá nhỏ, dưới 18 tháng.

- Có bất thường cơ quan khác hoặc biểu hiện nhiễm khuẩn toàn thân không đảm  
bảo an toàn phẫu thuật.

**IV. CHUẨN BỊ**

**Người thực hiện:**

Phẫu thuật viên là bác sĩ chuyên khoa chấn thương chỉnh hình bàn tay.

**Phương tiện:**

- Bộ dụng cụ cho phẫu thuật bàn tay.

- Các dụng cụ cho phẫu thuật trẻ em như garo hơi bé...

**Người bệnh:**

Giải thích đầy đủ cho bố mẹ trẻ về cuộc phẫu thuật, quá trình phục hồi chức năng sau  
mổ và các tai biến, biến chứng có thể gặp trong và sau cuộc phẫu thuật. Nhịn ăn  
trước 6 giờ.

**Hồ sơ bệnh án:**

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

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm:** Gây mê.

**Kỹ thuật:**

- Tư thế người bệnh: nằm ngửa, tay dạng.

- Garo hơi cánh tay 100-150 mmHg.

- Cần đảm bảo các nguyên tắc khi phẫu thuật bàn tay. Rạch da theo hình zig zag để tạo vạt da che phủ hoặc vá da dày nếu cần thiết. Bộc lộ và bảo vệ mạch máu bên cẩn thận tránh gây hoại tử vạt da hay ngón sau mổ.

- Tùy theo mức độ tổn thương phẫu thuật viên có thể áp dụng theo một trong các

kỹ thuật của các tác giả sau: Woolf-Broadbent, Withey, Bauer, Skoog.

- Sau khi tách ngón xong thả garo để kiểm tra lại lưu thông cấp máu ngón và vạt  
da.

- Nên khâu da bằng chỉ tiêu nhanh như vicryl rapid.

- Băng vô khuẩn đảm bảo tách ngón và lộ đầu ngón để theo dõi.

- Đặt nẹp trợ đỡ trong khoảng 2 tuần.

- Hướng dẫn tập luyện sau mổ theo quy trình.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Tụ máu, phù nề sau mổ.

- Nhiễm khuẩn sau mổ.

- Hoại tử vạt da hay ngón do tổn thương mạch máu hay do băng chặt.

## **223. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH ĐIỀU TRỊ DỊ TẬT THỪA NGÓN TAY**

**I. ĐỊNH NGHĨA**

Phẫu thuật tạo hình điều trị tật thừa ngón tay do dị tật bẩm sinh.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Thừa ngón trong dị tật bẩm sinh

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Bệnh toàn thân

**IV. CHUẨN BỊ**

**Người thực hiện**

- Kíp phẫu thuật: phẫu thuật chấn thương chỉnh hình bàn tay, 2 phụ phẫu thuật

- Kíp gây mê: 1 bác sĩ gây mê, 1 phụ mê

- Kíp dụng cụ và chạy ngoài: 1 điều dưỡng dụng cụ, 1 điều dưỡng chạy ngoài

**Phương tiện**

- Thuốc tê, mê, chỉ, băng gạc, clip mạch máu

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình, phẫu thuật bàn tay, dụng cụ vi phẫu

- Kính lúp

**Người bệnh**

- Làm các xét nghiệm máu, chụp Xquang ban tay

- Giải thích kĩ cho người bệnh và người nhà người bệnh về những nguy cơ rủi ro có thể xảy ra trước, trong và sau quá trình điều trị.

- Kí hồ sơ bệnh án

**Hồ sơ bệnh án :** Theo quy định bộ Y tế

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra người bệnh

Thực hiện kỹ thuật

**Vô cảm:** Mê NKQ với trẻ em < 15 tuổi, tê tại chỗ hoặc đám rối cánh tay.

**Tư thế:** Người bệnh nằm ngửa

**Kỹ thuật:**

- Thiết kế đường rạch da, sử dụng 1 phần da của ngón tay thừa để bù phần da còn thiếu sau khi cắt ngón tay

- Rạch da theo thiết kế

- Bóc tách tổ chức phần mềm, bộc lộ gốc ngón tay thừa

- Tách riêng phần gân của ngón thừa nếu có

- Cắt bỏ ngón thừa, chuyển gân tạo hình cho ngón chính

- Đóng vết mổ

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Biến chứng do gây mê, tê.

- Chảy máu nhiễm trùng sẹo xấu

## **224. THƯƠNG TÍCH BÀN TAY GIẢN ĐƠN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Vết thương bàn tay là một tổn thương thường gặp trong cấp cứu chủ yếu do tai nạn  
lao động. Theo Beler, loại vết thương này chiếm từ 40 - 50% tổng số tai nạn lao động.  
Thương tổn bàn tay rất đa dạng và phong phú. Theo thống kê tại bệnh viện Việt - Đức, Hà Nội 58% vết thương bàn tay được điều trị là do tai nạn lao động. Việc chẩn đoán thương tổn bàn tay khó chính xác khi mới tiếp nhận người bệnh. Muốn đánh giá được một cách đầy đủ nhất, phải được xử lý phẫu thuật tại phòng mổ.

**Đặc điểm vết thương bàn tay:**

1. Vết thương bàn tay rất dễ nhiễm trùng docác yếu tố.

- Thiếu các bó cơ tim như ở đùi hoặc thiếu các màng che như màng bụng.

- Bàn tay có chức năng cầm nắm, bao gồm nhiều bộ phận tạo thành đều rất bé nhỏ. Đảm bảo những chức năng quan trọng. Khi bị tổn thương dễ bị nhiễm trúng.

- Bàn tay luôn vận động, nhiều bộ phận kề nhau mà có rất ít tổ chức đệm ngăn cách nên khi nhiễm khuẩn dễ lan sâu, dọc theo bao gân tới ngón tay và cẳng tay.

- Bàn tay bị tổn thương thường dập nát, nguyên nhân chính do tai nạn lao động như máy, bủa, dao, cuốc, thuổng...ngoài ra còn nhiều nguyên nhân khác như hai nạn giao thông, tai nạn do hỏa khí, tai nạn sinh hoạt. Các thành phần cấu tạo bàn tay bị giập nát, làm tăng tiết chất dịch, gây trạng thái phù nề.

- Nếu quá trình phù nề kéo dài thì các nguyên bào sợi sẽ xâm nhập tổ chức gây xơ cứng và ngăn cản sự phục hồi tổ chức. Do đó một vết thương bàn tay nhiều khi tổn thương giải phẫu mà mắt thường không nhìn thấy được, nhưng chức năng bàn tay giảm đi nhiều.

- Nhiều vết thương nhỏ ở bàn tay như vết chọc, đâm xước, đứt tay thường không phải xử trí bằng phẫu thuật nhưng nếu coi thường hoặc không được đánh giá đúng đã có biến chứng viêm tấy bàn tay. Những vết thương do súc vật cào cấu hay bị hoại tử, hoại thư.

Vết thương bản tay dễ ảnh hưởng tới chứcnăng của bàn tay nhiều khi tàn phế

- Xơ cứng tổ chức sau khi phẫu thuật. Thần kinh cảm giác vùng bàn tay rất nhạy cảm. Tổn thương thần kinh không những làm ngón tay mất cảm giác mà còn gây đau do cục thần kinh và rối loạn dinh dưỡng tám tổ chức xơ cứng.

- Cấu tạo bàn tay vô cùng phức tạp. Phẫu trường nhỏ phẫu thuật nhiều khi khó khăn, ngay cả trong khi phẫu thuật không đánh giá đúng thương tổn. Vết thương bàn tay dễ dế lại di chứng như sẹo co dính ngón, dính gân, cứng khớp ngón tay, cổ tay, cụt mất đốt, mất ngón. Việc điều trị vết thương bàn tay đòi hỏi nắm vững giải phẫu bàn tay, kỹ thuật phẫu thuật tinh vi. Đánh giá được đầy đủ các thương tổn. Phục hồi về hình thái giải phẫu. Phục hồi chức năng của chi rất quan trọng nhằm hạn chế những biến chứng và di chứng của bàn tay với mục đích phục hồi chức năng của bàn tay.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Các thương tích bàn tay đơn giản

**III. ĐIỀU TRỊ**

**Nguyên tắc**

- Phải xử trí sớm tốt nhất trong 6 giờ đầu.

- Phải ít lọc vết kiệm da đặc biệt ngón 1 và ngón 2.

- Chống nhiễm trùng sớm bằng cách băng sạch, dùng kháng sinh liều cao ph6 hợp,  
tiêm phòng uốn ván.

- Chống phù nề bằng cách treo tay cao, băng ép. Chú ý băng riêng từng ngón để tránh dính ngón.

- Chống co cứng và cứng khớp ở tư thế xấu bằng cách bất động bàn ngón tay bị  
thương trong tư thế cơ năng. Bất động phù hợp với từng loại thương tổn

**Điều trị cấp cứu**

- Vấn đề xử trí da là quan trọng nhân cấp thiết nhất. Còn vấn đề điều trị cấp cứu gẫy xương, đứt gân... phụ thuộc vào cơ sở có điều kiện phẫu thuật.

- Điều trị toàn diện và đầy đủ vết thương bàn tay đòi hỏi có phương tiện, phẫu thuật viên có kinh nghiệm và có thời gian. Tuy nhiên trong điều kiện cấp cứu đòi hỏi giải quyết hai vấn đề cấp bách: Nhiễm khuẩn và sự dập nát tổ chức.

- Tùy theo điều kiện có thể xử trí một số thương tổn đơn giản, nhằm làm cho vết  
thương liền nhanh thì đầu tạo điều kiện tốt cho điều trị triệt để sau này.

Cần chuẩn bị bàn tay thật kĩ. Rửa vết thương bằng thuốc vô khuẩn và xà phòng.  
Bàn tay dính dấu mỡ phải rửa bằng xăng cho tan. Sau khi rửa sạch vết thương, phẫu thuật viên phải thay áo khác, thay dụng cụ phẫu thuật vô trùng khác.

**Vô cảm**

- Vết thương nhỏ không phức tạp: gây tê tại chỗ

- Vết thương phức tạp, giập nát nhiều, khi mổ đòi hỏi kiểm tra tỉ mỉ các gân, mạch,  
thần kinh. Cần garô bằng cao su to bản để tạo phẫu trường thuận lợi.

- Có thể áp dụng phương pháp gây mê hoặc gây tê: rành mạch, đám rối thần kinh cánh tay, trong xương...

**Cắt lọc:** Cắt lọc vết thương là một biện pháp chống nhiễm khuẩn, với các nguyên  
tắc:

- Cắt lọc sớm trong 6 giờ đầu

- Tôn trọng các nguyên tắc xử trí vết thương phần mềm

- Phải coi đây là một phẫu thuật lớn.

- Đốt với vết thương đến sớm trước 6 giở: cắt lọc khâu kín vết thương trừ vết thương do hỏa khí.

- Đối với vết thương đến muộn sau 6 giờ: Chỉ cắt lọc, khâu che phủ gân xương mà không được khâu kín da.

- Đối với vết thương đã có dấu hiệu nhiễm khuẩn: không cắt lọc vết thương. Nếu có mủ phải dẫn lưu mủ.

**Cắt lọc da và xử trí thiếu da**

- Cắt lọc da và các đường rạch da:

+ Xén các mép da phải hết sức tiết kiệm. Mất lcm da ngón tay tương ứng với niềm da ở đùi.

+ Đường rạch da phải phù hợp để tránh sẹo co sau này ảnh hưởng đến vận động của bàn tay, ngón tay.

+ Đường rạch da ở ngón tay: Tránh đường rạch mặt trước ngón, nhất là đường cắt  
ngang nếp liên đốt.

+ Đường rạch da ở bàn tay: tránh đường rạch dọc gan tay, các đường cắt ngang nếp gấp bàn tay. Tránh rạch trên đường đi của gân gấp.

+ Tránh gây sẹo ở các vùng dùng làm điểm tựa hay cầm nắm như: Đầu ngón cái, mô cái, mặt trong ngón cái, mặt ngoài ngón trỏ.

- Xử trí mất da và thiếu da - vá da che phủ vết thương:

+ Các bộ phận gân xương khớp, mạch máu thần kinh nhất thiết phải được che phủ nếu không sẽ gây hoại tử và xơ dính.

+ Nếu thiếu da phải ghép da trong cấp cứu để bảo vệ dù sau này miếng ghép không  
thành công thì ghép da thì đầu đã làm nhiệm vụ như một màng sinh học để che chở tổ chức hạt phía dưới.

+ Nếu các bộ phận bị lộ thì ghép da toàn phần có cuống. Đặc biệt với mất da đầu ngón tay, cắt lọc xong nhiều khi không khâu được vì dúm và rất căng. Nếu không vá da thì sẽ gây đau buốt, sẹo co cứng.

**Điều trị triệt để:**

Vết thương gẫy xương bàn, ngón tay

- Xử trí theo nguyên tắc của gây xương hở nói chung

- Sau khi cắt lọc sạch, lấy bỏ xương vỡ rời, có thể điều trị bảo tồn hay cắt bỏ.

- Điều trị bảo tồn có thể dùng nẹp nhôm kiểu Iselin hoặc nẹp bằng dây thép uốn cong theo kiểu Beler. Hoặc áp dụng phương pháp kết hợp xương bằng xuyên kim  
Kirschner.

- Thời gian giữ nẹp và để kim trong 3 - 4 tuần.

- Phải bất động ở tư thế cơ năng: cổ tay duỗi, các ngón tay gấp.

Vết thương khớp bàn ngón tay

- Sau khi cắt lọc sạch vết thương cần khâu kín bao khớp.

- Bất động khớp trong 1 tuần.

- Nếu vết thương nhiễm khuẩn viêm khớp, mổ dẫn lưu mủ.

**Xử trí vết thương thần kinh ở bàn và ngón tay**- Vết thương thần kinh cần được khâu nối ngay. Tùy theo dây thần kinh, khả năng phục hồi và điều kiện vết thương sạch hay bẩn. Nếu không khâu nối ngay gây đau, rối loạn dinh dưỡng..

- Nếu không đủ điều kiện khâu nối ngay tìm hai đầu thần kinh khâu đính dưới da để tránh co rút sau đó khâu phục hồi thì 2.

- Dùng kim chỉ nhỏ khâu xuyên qua lớp vỏ bọc dây thần kinh

- Hiện nay phẫu thuật thần kinh mang lại nhiều kết quả khả quan do sự phát triển của vi phẫu thuật, thường nối riêng từng có nhỏ thần kinh.

Xử trí vết thương gân

- Vết thương gân đòi hỏi phải xử trí trong điều kiện vô khuẩn, vết thương sạch, phẫu thuật viên chuyên khoa.

- Khâu ngay thì đầu: vết thương gọn, sạch, đến sớm, có điều kiện dụng cụ và phẫu  
thuật viên chuyên khoa.

- Không khâu nối: Vết thương dập nát, nhiều dị vật, đến muộn, nhiều gân bị đứt, điều kiện trang thiết bị thiếu, phẫu thuật viên không có kinh nghiệm chuyên khoa.

- Đường rạch từ gân: tận dụng vết thương sẵn có và mở rộng vết thương bằng những đường rạch kéo dài hai mép vết thương.

**\* Kỹ thuật khâu:**

- Xử trí vết thương gân thường phức tạp nhất là gân gấp.

- Phải để hai đầu gân đính với nhau thật nhỏ, không gây phản ứng xơ dính xung quanh để sau này gân di động dễ dàng.

- Chỉ khâu gân: chỉ liền kim nhỏ, chắc chắn.

- Kỹ thuật khâu: Có thể áp dụng kỹ thuật khâu của Cuneo, Iselin, Sterning-Bunell

- Sau khi nối gân phải bất động chi ở tư thế trùng gân.

Bất động và phục hồi cơ năng sau mổ

- Trong phẫu thuật bàn tay việc cầm máu kĩ trong khi mổ, băng ép, bất động và treo tay cao trong 24 *-* 48 giờ đầu là biện pháp tích cực nhất để chống phù nề và chống nhiễm khuẩn.

- Các khớp của bàn tay rất dễ bị cứng nhất là ngón cái. Sau thế gian bất động phải tập vận động gấp duỗi chi với động tác tăng dần. Sự tập luyện này phải thường xuyên, liên tục mở mong phục hồi được chức năng của bàn tay.

## **225. THƯƠNG TÍCH BÀN TAY PHỨC TẠP**

## **226. PHẪU THUẬT LÀM MỎM CỤT NGÓN VÀ ĐỐT BÀN NGÓN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

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

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

**II. CHỈ ĐỊNH**

Bệnh lý mạch máu chi: tắc mạch, loét do đái tháo đường.

Cụt chấn thương, dập nát các ngón không có khả năng bảo tồn.

Bỏng làm hoại tử ngón.

Nhiễm trùng làm hoại tử tổ chức các ngón.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

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

**IV. CHUẨN BỊ**

**Người thực hiện:** Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình, phụ phẫu thuật.

**Người bệnh: IV. CHUẨN BỊ** tâm lý cho người bệnh, hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính chính.

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

**Dự kiến thời gian phẫu thuật:** 90 phút

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

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

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

**Kỹ thuật:**

Garo gốc ngón hoặc garo cánh tay bằng garo hơi hoặc garo chun.

Sát trùng vùng mổ bằng betadine hoặc cồn 700.

Làm mỏm cụt ngón.

+ Rạch da ngang nền đốt 1 các ngón.

+ Cắt bỏ hệ thống gân gấp, duỗi.

+ Cầm máu bó mạch bờ quay, trụ bằng dao điện hoặc khâu mũi chữ X chỉ tiêu.

+ Khi bị cụt các ngón giữa thì cần tháo bỏ đốt bàn và khâu khép 2 đốt bàn lân cận lại.

+ Bóc tách tạo hình vạt da mỏm cụt.

+ Khâu vết mổ.

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

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

+ Cụt đốt bàn ngón II:

Cắt cao xương đến nền đốt bàn.

Tìm buộc mạch máu, tìm thần kinh buộc và cắt ngang giữa đốt bàn, giấu thần kinh vào khoảng gian cốt.

Gân gấp thì cắt ngang và cho tự rút lên cao.

Cầm máu, khâu ống màng xương.

Khâu da

+ Cụt đốt bàn III, IV:

Khâu khép 2 đốt bàn lân cận, khâu vào màng xương tại cổ các đốt bàn lân cận để che lấp.

+ Cụt đốt bàn V: bảo tồn nền đốt bàn là vị trí bám gân gấp và duỗi cổ tay trụ

Tìm nhánh cảm giác của thần kinh trụ ở ô mô út, cắt gân duỗi riêng, duỗi chung, cắt gân gấp ngón V

Lấy bỏ đốt bàn V, để lại nền đốt bàn.

Khâu vết mổ.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Theo dõi:

Dấu hiệu sinh tồn, tình trạng băng vết mổ, vận động cảm giác đầu ngón không tổn thương.

Hướng dẫn vận động, tập phục hồi chức năng sớm.

Kháng sinh đường tiêm 3-5 ngày.

Xử trí tai biến:

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

Nhiễm trùng: Thay băng hàng ngày, cắt chỉ khi tụ dịch, nguy cơ nhiễm trùng sâu, lấy dịch cấy vi khuẩn làm kháng sinh đồ, thay kháng sinh khi có kháng sinh đồ.

Hoại tử mỏm cụt: Lộ xương cần cắt cao hơn hoặc chuyển vạt che xương.

## **227. PHẪU THUẬT CẮT CỤT CÁNH TAY,CẲNG TAY**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Cắt cụt cánh tay là phẫu thuật cắt cụt giới hạn từ trên lồi cầu xương cánh tay tới ngang nếp hõm nách. Tùy thuộc vào chức năng chi giả sẽ lắp cho người bệnh mà người ta coi những cắt cụt thấp dưới mỏm trên lồi cầu xương cánh tay như mỏm cụt trong tháo khớp khuỷu, hoặc mỏm cụt trên nếp hõm nách như mỏm cụt trong tháo khớp vai.

Nguyên tắc chung của phẫu thuật cắt cụt là giữ được mỏm cụt càng dài càng tốt.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Hoại tử tắc mạch cẳng bàn tay.

- Dập nát cẳng bàn tay.

- Cụt chấn thương cánh cẳng tay.

- Nhiễm trùng nặng cánh cẳng bàn tay.

- U ác tính cánh cẳng bàn tay.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH** can thiệp Ngoại khoa nói chung

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Phẫu thuật viên là bác sĩ chuyên khoa chấn thương chỉnh hình

**2. Phương tiện**

Bộ dụng cụ cắt cụt chi trên.

**3. Người bệnh và gia đình**

Được giải thích đầy đủ về cuộc phẫu thuật, các tai biến có thể gặp trong và sau cuộc phẫu thuật (nhiễm trùng, tai biến do gây tê đám rối,…), đại diện gia đình ghi vào hồ sơ việc chấp nhận cắt cụt cho người bệnh. Nhịn ăn trước 6 giờ.

**4. Hồ sơ bệnh án**

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

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm**

Gây tê đám rối thần kinh trên đòn hoặc gây mê.

**2. Kỹ thuật**

- Tư thế người bệnh: nằm ngửa, tay dạng đặt trên bàn nhỏ.

- Rạch da: theo hai vạt trước, sau cánh tay. Đỉnh đường rạch nên cao ngang bằng điểm sẽ cắt xương, hai vạt có chiều dài hơn một lần rưỡi đường kính xương vùng cắt.

- Nếu cắt cụt trên lồi cầu cánh tay thì cắt hai vạt bằng nhau, nếu cắt cao hơn nên cắt vạt trước dài hơn vạt sau để đường khâu ra sau.

- Thắt mạch, cầm máu: Tách động mạch cánh tay (hoặc động mạch nách nếu cắt cụt cao), thắt và cắt ngang mức sẽ cắt xương.

- Cắt thần kinh: Bộc lộ thần kinh quay, giữa, trụ và cắt cao trên mức sẽ cắt xương.

- Cắt cơ: Cắt gân cơ trên mức sẽ cắt xương 2 - 3 cm nếu ở vùng trên lồi cầu xương cánh tay, 4 - 5 cm nếu ở vùng cao hơn, theo chiều của vạt.

- Cắt xương: Lóc màng xương, dùng cưa dây hoặc cưa rung cắt xương, dũa tròn đầu xương.

- Đóng cơ che phủ mỏm cụt: Khâu các khối cơ khu trước và khu sau bằng các mũi chữ X hoặc chữ U bằng chỉ tiêu cỡ lớn theo các lớp che phủ đầu xương.

- Đặt dẫn lưu nếu cần

- Đóng da: khâu cân hai vạt bằng các mũi chỉ tiêu, khâu đóng da hai vạt bằng các mũi rời.

- Băng vô khuẩn.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Chảy máu, tụ máu mỏm cụt: mở vết mổ cầm máu, lấy máu tụ, băng ép.

- Nhiễm trùng: tách chỉ vết mổ, làm sạch, để hở.

- Hoại tử mỏm cụt: phẫu thuật sửa mỏm cụt.

- Căng da mỏm cụt: chống phù nề, phẫu thuật sửa lại mỏm cụt nếu cần.

- Đau mỏm cụt: chống phù nề, giảm đau.

- Chi ma.

- Tài liệu tham khảo:

- 1, Bệnh học ngoại khoa đai học y hà nội

- 2, Qui trình phẫu thuật kĩ thuật chuyên khoa chấn thương chỉnh hình Bộ y tế

## **228. PHẪU THUẬT THÁO KHỚP CỔ TAY**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Là phẫu thuật cắt bỏ khối xương tụ cốt bàn tay, để lại khớp quay-trụ dưới.

Ưu điểm là còn khớp quay-trụ dưới nên còn khả năng sấp ngửa cẳng tay.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Tổn thương vùng bàn tay không còn khả năng bảo tồn đến khối tụ cốt do chấn thương, hoại tử thiếu máu do bệnh lý mạch máu, đái tháo đường.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Tổn thương xâm lấn đến 1/3 dưới cẳng tay.

**IV. CHUẨN BỊ**

**Người thực hiện:** Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình, phụ phẫu thuật.

**Người bệnh: IV. CHUẨN BỊ** tâm lý, đầy đủ hồ sơ bệnh án hành chình.

**Phương tiện:** Bộ dụng cụ phẫu thuật cẳng tay.

Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

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

**Vô cảm:** Tê đám rối hoặc gây mê toàn thân

**Kỹ thuật**

Garo hơi hoặc garo chun tại 1/3 dưới cánh tay.

Sát trùng cánh tay bằng betadine hoặc cồn 700.

Rạch da 2 bên bờ quay – trụ bàn tay.

Lấy bỏ khối xương tụ cốt, mỏm châm trụ được lấy bỏ.

Mạch máu buộc lại, gân cho rút lên cao.

Thần kinh kéo nhẹ xuống, cắt cao, cho tụt lên hoặc rạch dọc cao, giữa cơ sấp tròn và cơ ngửa dài, dưới nếp khuỷu, buộc thần kinh giữa, trụ và nhánh nông của thần kinh quay.

Lấy vạt da ở phía gan tay dài, còn vạt da ở mu tay thì ngắn, lật vạt phủ mỏm cụt, khâu da ở phía sau, tránh để tai chó 2 bên góc.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**Theo dõi**

Dấu hiệu sinh tồn, tình trạng băng vết mổ.

Hướng dẫn vận động, tập phục hồi chức năng sớm.

Kháng sinh đường tiêm 3-5 ngày.

**Xử trí tai biến**

Chảy máu mỏm cụt: băng ép nhẹ nhàng, không hết có thể khâu tăng cường vị trí mỏm cụt.

Nhiễm trùng: thay băng hàng ngày, cắt chỉ khi tụ dịch, nguy cơ nhiễm trùng sâu, lấy dịch cấy vi khuẩn làm kháng sinh đồ, thay kháng sinh khi có kháng sinh đồ.

Hoại tử mỏm cụt: lộ xương cần cắt cao hơn hoặc chuyển vạt che xương.

## **229. PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG GÃY CỔ CHÂN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Là loại gãy mặt khớp đầu dưới xương chầy có mảnh rời phía sau

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Gãy trật khớp cổ chân có di lệch diện khớp (Salter Harris III, IV).

- Gãy trật khớp cổ chân kèm theo tổn thương mạch máu, thần kinh chính vùng cổ chân.

- Gãy trật hở khớp cổ chân có di lệch xương khớp.

- Gãy trật khớp cổ chân có di lệch đã nắn chỉnh và điều trị bảo tồn thất bại.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Gãy trật khớp cổ chân không di lệch diện khớp (Salter Harris I, II).

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

phẫu thuật viện chuyên khoa chấn thương chỉnh hình đã được đào tạo về phẫu thuật

nhi.

**2. Người bệnh và gia đình:**

Chuẩn bị tâm lý, cần được giải thích trước mổ về quá trình phẫu thuật, hậu phẫu và

tập phục hồi chức năng sau mổ. Chuẩn bị hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính và các xét nghiệm cần thiết.

Chuẩn bị người bệnh trước mổ nhịn ăn, thụt tháo, vệ sinh vùng mổ, kháng sinh dự

phòng.

**3. Phương tiện, trang thiết bị:**

Bộ dụng cụ mổ chấn thương nhi.

Thực hiện tại các cơ sở chuyên khoa chấn thương chỉnh hình.

**4. Dự kiến thời gian phẫu thuật**: 40 phút

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:** Người bệnh nằm ngửa.

**2. Vô cảm:** Vô cảm người bệnh bằng gây tê tủy sống hoặc gây mê.

**3. Kỹ thuật:**

Bước 1: Sát khuẩn vùng mổ bằng dung dịch Betadine.

Bước 2: Dùng garo hơi trong mổ với áp lực bằng hai lần áp lực động mạch tối đa.

Bước 3: Rạch da đường đường mổ phía trong, ngoài hoặc phía trước khớp cổ chân tùy theo thương tổn cần nắn chỉnh.

Bước 4: Rạch cân và bao khớp để vào bộc lộ vùng mặt khớp gãy di lệch.

Bước 5: Nắn chỉnh đặt lại khớp, cố định bằng các đinh kirschner diện khớp.

Bước 6: Cầm máu, làm sạch khớp và đặt dẫn lưu.

Bước 7: Đóng cân và dây chằng theo các lớp giải phẫu.

Bước 8: Đóng da hai lớp (dưới da và khâu da).

Bước 9: Cố định bột tùy theo thương tổn (nẹp bột hoặc bột cẳng bàn chân rạch dọc).

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN**

**1. Theo dõi**

- Theo dõi tình trạng toàn thân: Mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở, tri giác.

- Theo dõi tình trạng thiếu máu: Da niêm mạc nhợt.

- Theo dõi tình trạng chi thể: Màu sắc da, vận động, cảm giác đầu chi, mạch đầu chi.

- Kháng sinh đường tiêm dùng 3-5 ngày sau mổ.

- Giảm đau sau mổ đường tiêm, đặt hậu môn hoặc uống.

- Gác chân cao, chườm lạnh trong 24h đầu.

- Hướng dẫn tập phục hồi chức năng sau mổ cho bố mẹ.

**2. Tai biến và xử trí**

- Chảy máu vết mổ: Băng chun ép cầm máu, có thể phải mở vết mổ cầm máu nếu cần.

- Nhiễm trùng vết mổ: Tách chỉ vết mổ, thay băng làm sạch vết mổ hàng ngày, dùng thuốc theo kháng sinh đồ.

## **230. PHẪU THUẬT KHX GÃY XƯƠNG ĐỐT BÀN VÀ ĐỐT NGÓN CHÂN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Gãy đốt bàn chân hay gặp do chấn thương trực tiếp.

Với cấu trúc 3 trụ chịu lực tại bàn chân nên cần xem xét kỹ thương tổn đưa ra phương pháp điều trị thích hợp.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Gãy đốt bàn di lệch.

Gãy hở.

Gãy cả 5 xương.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Khi tình trạng phần mềm bàn chân chưa ổn định

**IV. CHUẨN BỊ**

**Người thực hiện:** Phẫu thuật viên chuyên ngành chấn thương chỉnh hình.

**Người bệnh: IV. CHUẨN BỊ** tâm lý, hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính.

**Phương tiện:** Bộ dụng cụ KHX bàn chân

**Dự kiến thời gian phẫu thuật:** 90 phút

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

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

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

**Kỹ thuật**

Garo gốc chi bằng garo hơi hoặc garo chun

Sát trùng chi chấn thương.

Rạch da mặt mu chân.

Đặt lại diện gãy.

KHX bằng K.Wire hoặc nẹp vis.

Làm sạch.

Đóng da.

Tháo garo.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**Theo dõi**

3 ngày đầu sau mổ: Dấu hiệu sinh tồn, vận động cảm giác chi thể, tình trạng vết thương

Những ngày sau: Tình trạng nhiễm trùng, rỗi loạn dinh dưỡng

**Xử trí tai biến**

Chảy máu vết mổ: băng ép hoặc khâu tăng cường.

Nhiễm trùng: phân biệt NT nông hay sâu để xử trí.

Rối loạn dinh dưỡng: gác cao chân, chườm lạnh, thuốc chống phù nề.

## **231. PHẪU THUẬT TẠO MỎM CỤT CHẤN THƯƠNG CỔ VÀ BÀN CHÂN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Là phẫu thuật tạo mỏm cụt vùng cổ và bàn chân do chấn thương.

Lựa chọn độ dài mỏm cụt tùy thuộc vào: tình trạng chảy máu chi trong mổ, mức độ tổn thương da và phần mềm, tình trạng xương gãy.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Các người bệnh có chấn thương gây cụt vùng cổ và bàn chân.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Tình trạng chi thể dập nát nhiều cần phẫu thuật cắt cụt phần chi thể cao hơn.

Tình trạng toàn thân quá nặng nguy hiểm tính mạng người bệnh.

**IV. CHUẨN BỊ**

**Người thực hiện:**

Phẫu thuật viện chuyên khoa chấn thương chỉnh hình đã được đào tạo.

2PTV phụ mổ.

**Chuẩn bị người bệnh trước mổ:** Nhịn ăn, vệ sinh vùng mổ, kháng sinh dự phòng.

**Phương tiện, trang thiết bị**

Bộ dụng cụ mổ cắt cụt cẳng chân.

Bộ dụng cụ mổ chấn thương chung.

**Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ Y tế

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra người bệnh

Thực hiện kỹ thuật

**Tư thế:** Người bệnh nằm ngửa.

**Vô cảm:**

Người bệnh được dùng kháng sinh dự phòng.

Vô cảm người bệnh bằng gây tê tủy sống hoặc gây mê.

**Kỹ thuật:**

Sát khuẩn vùng mổ bằng dung dịch Betadine.

Dùng garo hơi trong mổ với áp lực 350-400 mmHg hoặc garo chun.

Đánh rửa làm sạch vết thương trong mổ.

Cắt lọc, làm sạch mỏm cụt và nhận định tổn thương, việc lựa chọn cắt vùng bàn chân trước, tháo khớp vùng bàn chân giữa (Lisfranc, Chopart), hay cắt vùng bàn chân sau (Pirigoff, Boyd) tùy thuộc vào tình trạng da, phần mềm có thể che phủ được mỏm cụt hay không cũng như tình trạng cấp máu nuôi dưỡng mỏm cụt.

Cầm máu và đặt dẫn lưu tùy theo thương tổn.

Đóng cân và da che phủ mỏm cụt.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN**

Theo dõi

Theo dõi tình trạng toàn thân : mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở, tri giác.

Theo dõi tình trạng thiếu máu : da niêm mạc nhợt.

Theo dõi tình trạng chi thể vùng mỏm cụt : Màu sắc da, vết thương.

Hướng dẫn tập phục hồi chức năng sau mổ.

Kháng sinh đường tiêm dùng 5-7 ngày sau mổ.

Giảm đau sau mổ đường tiêm hoặc uống.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

Chảy máu vết mổ: Băng chun ép cầm máu, có thể phải mở vết mổ cầm máu nếu cần.

Nhiễm trùng vết mổ: Tách chỉ vết mổ, thay băng làm sạch vết mổ hàng ngày, dùng thuốc theo kháng sinh đồ.

## **232. PHẪU THUẬT TỔN THƯƠNG GÂN DUỖI DÀI NGÓN MỘT**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Tổn thương gân cơ duỗi dài ngón một chủ yếu gặp trong các vết thương vùng bàn chân, cổ chân và phần dưới cẳng chân.

Là một trong các cơ quan trọng giúp ngón 1 gấp về phía mu chân nên phẫu thuật cần khâu nối phục hồi gân theo đúng giải phẫu, vững chắcđảm bảo phục hồi chức năng tốt nhất cho người bệnh.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Vết thương vùng bàn chân giữa, cổ chân và 1/3 dưới cẳng chân.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Tình trạng toàn thân của người bệnh nặng không cho phép phẫu thuật.

Vùng chi dưới dập nát không có khả năng bảo tồn hoặc cấp máu kém.

Cứng khớp hoặc dập nát không có khả năng bảo tồn ngón I bàn chân.

**IV. CHUẨN BỊ**

**Người thực hiện:**

Phẫu thuật viện chuyên khoa chấn thương chỉnh hình.

2 PTV phụ mổ.

**Người bệnh:**

Chuẩn bị tâm lý, cần được giải thích trước mổ về quá trình phẫu thuật, hậu phẫu và tập phục hồi chức năng sau mổ. Chuẩn bị hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính và các xét nghiệm cần thiết.

Chuẩn bị người bệnh trước mổ : nhịn ăn, vệ sinh vùng mổ, kháng sinh dự phòng.

**Phương tiện, trang thiết bị:**

Bộ dụng cụ mổ chấn thương chung.

Thực hiện tại các cơ sở có chuyên khoa chấn thương chỉnh hình.

**Dự kiến thời gian phẫu thuật:** 40phút

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**Tư thế:** Người bệnh nằm ngửa.

**Vô cảm:**

Người bệnh được dùng kháng sinh dự phòng.

Vô cảm người bệnh bằng gây tê tủy sống hoặc gây mê.

**Kỹ thuật:**

Bước 1: Sát khuẩn vùng mổ bằng dung dịch Betadine hoặc cồn 70 độ.

Bước 2: Dùng garo hơi trong mổ với áp lực 350-400 mmHg hoặc garo chun. Bước 3: Đánh rửa, cắt lọc, làm sạch vết thương.

Bước 4: Rạch da theo đường đi của gân tùy theo vị trí đứt (nền đốt 2 ngón 1 qua mặt trước mu chân và khớp cổ chân đến sát phía ngoài mào chày ở 1/3 dưới cẳng chân).

Bước 5: Tiến hành khâu nối gân kiểu tận tận (Kessler, Kessler cải tiến hoặc Kessler – Tajima) bằng chỉ nylon đơn sợi 2/0 hoặc 3/0.

Bước 6: Cầm máu, làm sạch vết mổ và đặt dẫn lưu nếu cần. Bước 7: Đóng da hai lớp (dưới da và khâu da).

Bước 8: Nẹp bột cẳng bàn chân tư thế cơ năng.

**VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỔ**

Theo dõi

Theo dõi tình trạng chi thể: Màu sắc da, vận động, cảm giác đầu chi, mạch đầu chi.

Hướng dẫn tập phục hồi chức năng sau mổ.

Kháng sinh đường tiêm dùng 5-7 ngày sau mổ.

Giảm đau sau mổ đường tiêm hoặc uống.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

Chảy máu vết mổ: Băng chun ép cầm máu, có thể phải mở vết mổ cầm máu nếu cần.

Nhiễm trùng vết mổ: Tách chỉ vết mổ, thay băng làm sạch vết mổ hàng ngày, dùng thuốc theo kháng sinh đồ.

## **233. PHẪU THUẬT TỔN THƯƠNG GÂN ACHILLE**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Gân Achilles hay còn gọi là gân gót là một gân lớn và mạnh nhất trong cơ thể, nằm ở mặt sau cổ chân.

Đứt gân Achilles chiếm tỷ lệ cao nhất trong tổng số đứt gân nói chung của cơ thể. Cho đến nay đã có nhiều kỹ thuật phẫu thuật điều trị được giới thiệu và đưa vào áp dụng trong lâm sàng như kỹ thuật nối tận tận Kessler, Bunnel, Krackow, ... ; kỹ thuật chuyển vạt gân, tăng cường gân cơ gan chân gầy, cơ mác ngắn, ...; kỹ thuật kéo dài gân V-Y; ... Tuy nhiên, do tùy từng tổn thương giải phẫu, vị trí đứt gân Achilles, người bệnh đến sớm hay muộn nên không một phương pháp phẫu thuật nào được coi là toàn diện cho điều trị mọi người bệnh đứt hoàn toàn gân Achilles do chấn thương

**II. CHỈ ĐỊNH**

Người bệnh bị đứt gân Achille đến muộn sau 1 tháng.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Bệnh toàn thân nặng, không thể phẫu thuật

**IV. CHUẨN BỊ**

**Người thực hiện**

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

**Phương tiện**

- Bộ dụng cụ phẫu thuật chi dưới, dao điện, garo

**Người bệnh**

Được giải thích đầy đủ về cuộc phẫu thuật, các tai biến, biến chứng có thể gặp trong và sau cuộc phẫu thuật (đứt lại gân, tai biến do gây tê đám rối, gây mê…). Nhịn ăn trước 6 giờ

**Hồ sơ bệnh án:** Theo qui định chung của Bộ y tế

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**Vô cảm:** Tê tủy sống hoặc gây mê

**Kỹ thuật mổ**

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

Dùng gân cơ khác làm cầu nối:

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

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

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

Kéo dài gân:

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

Sau mổ, bột cẳng bàn chân tư thế bàn chân gấp tối đa về gan chân và tập phục hồi chức năng sau mổ

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

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

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

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

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

**VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Chảy máu: Băng ép cầm máu hoặc khâu cầm máu

- Nhiễm trùng: tách chỉ, thay kháng sinh

## **234. PHẪU THUẬT TỔN THƯƠNG GÂN GẤP DÀI NGÓN I**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Tổn thương gân gấp dài ngón I chủ yếu gặp trong các vết thương vùng gan chân, cổ chân đoạn ống gót và mặt sau cẳng chân.

Là một trong các cơ quan trọng giúp ngón I gấp về phía gan chân nên cần khâu nối gân theo đúng giải phẫu, vững chắcđảm bảo phục hồi chức năng tốt nhất cho người bệnh.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Vết thương có tổn thương gân vùng gan chân, cổ chân đoạn ống gót và mặt sau cẳng chân.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Tình trạng toàn thân của người bệnh nặng không cho phép phẫu thuật.

Vùng chi dưới dập nát không có khả năng bảo tồn hoặc cấp máu kém.

Cứng khớp hoặc dập nát không có khả năng bảo tồn ngón I bàn chân.

**IV. CHUẨN BỊ**

**Người thực hiện:**

Phẫu thuật viện chuyên khoa chấn thương chỉnh hình.

2 PTV phụ mổ.

**Người bệnh:**

Chuẩn bị tâm lý, cần được giải thích trước mổ về quá trình phẫu thuật, hậu phẫu và tập phục hồi chức năng sau mổ. Chuẩn bị hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính và các xét nghiệm cần thiết.

Chuẩn bị người bệnh trước mổ : nhịn ăn, vệ sinh vùng mổ, kháng sinh dự phòng.

**Phương tiện, trang thiết bị:**

Bộ dụng cụ mổ chấn thương chung.

Thực hiện tại các cơ sở có chuyên khoa chấn thương chỉnh hình.

**Dự kiến thời gian phẫu thuật:** 40phút

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**Tư thế:** Người bệnh nằm ngửa.

**Vô cảm:**

Người bệnh được dùng kháng sinh dự phòng.

Vô cảm người bệnh bằng gây tê tủy sống hoặc gây mê.

**Kỹ thuật:**

Bước 1: Sát khuẩn vùng mổ bằng dung dịch Betadine hoặc cồn 70 độ.

Bước 2: Dùng garo hơi trong mổ với áp lực 350-400 mmHg hoặc garo chun. Bước 3: Đánh rửa, cắt lọc, làm sạch vết thương.

Bước 4: Rạch da theo đường đi của gân tùy theo vị trí đứt (nền đốt 2 ngón Imặt gan chân, dọc mặt gan chân đốt bàn ngón I đi vào ống gót vùng mặt trong khớp cổ chân đến sát phía sau mắt cá trong và mặt sau cẳng chân).

Bước 5: Tiến hành khâu nối gân kiểu tận tận (Kessler, Kessler cải tiến hoặc Kessler – Tajima) bằng chỉ nylon đơn sợi 2/0 hoặc 3/0.

Bước 6: Cầm máu, làm sạch vết mổ và đặt dẫn lưu nếu cần. Bước 7: Đóng da hai lớp (dưới da và khâu da).

Bước 8: Nẹp bột cẳng bàn chân tư thế cơ năng.

**VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỔ**

Theo dõi

Theo dõi tình trạng chi thể: Màu sắc da, vận động, cảm giác đầu chi, mạch đầu chi.

Hướng dẫn tập phục hồi chức năng sau mổ.

Kháng sinh đường tiêm dùng 5-7 ngày sau mổ.

Giảm đau sau mổ đường tiêm hoặc uống.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

Chảy máu vết mổ: Băng chun ép cầm máu, có thể phải mở vết mổ cầm máu nếu cần.

Nhiễm trùng vết mổ: Tách chỉ vết mổ, thay băng làm sạch vết mổ hàng ngày, dùng thuốc theo kháng sinh đồ.

## **235. ĐỨT GÂN ACHILLES ĐẾN MUỘN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Gân Achilles hay còn gọi là gân gót là một gân lớn và mạnh nhất trong cơ thể,  
chịu từ 2-3 lần trọng lượng cơ thể khi đi và hơn 10 lần khi chạy nhảy. Đứt gân  
Achilles chiếm tỷ lệ cao nhất trong tổng số đứt gân nói chung của cơ thể. Cho đến  
nay đã có nhiều kỹ thuật phẫu thuật điều trị được giới thiệu và đưa vào áp dụng trong lâm sàng như kỹ thuật nối tận tận Kessler, Bunnel, Krackow, ... ; kỹ thuật chuyển vạt gân, tăng cường gân cơ gan chân gầy, cơ mác ngắn, ...; kỹ thuật kéo dài gân V-Y; ... Tuy nhiên, do tùy từng tổn thương giải phẫu, vị trí đứt gân Achilles, người bệnh đến sớm hay muộn nên không một phương pháp phẫu thuật nào được coi là toàn diện cho điều trị mọi người bệnh đứt hoàn toàn gân Achilles do chấn thương. Đối với những trường hợp đứt cũ gân gót*,* thường hai đầu gân co rút, kèm theo tình trạng thoái hóa giảm tưới máu hai đầu gân nên thường sau khi cắt lọc thì gân bị thiếu hụt một đoạn lớn và không kéo sát lại được.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Người bệnh bị đứt gân Achille đến muộn sau 1 tháng.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Bệnh toàn thân nặng, không thể phẫu thuật

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**Vô cảm:** Tê tủy sống hoặc gây mê

**Kỹ thuật mổ:**

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

\*Dùng gân cơ khác làm cầu nối:

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

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

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

\*Kéo dài gân:

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

Sau mổ, bột cẳng bàn chân tư thế bàn chân gấp tối đa về gan chân và tập phục hồi  
chức năng sau mổ

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

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

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

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

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

**VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Chảy máu: Băng ép cầm máu hoặc khâu cầm máu

- Nhiễm trùng: tách chỉ, thay kháng sinh

## **236. PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG GÃY 2 XƯƠNG CẲNG TAY**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Gãy hai xương cẳng tay là gãy ở dưới mấu nhị đầu xương quay 2cm và trên nếp khớp cổ tay 5cm.

**II. LÂM SÀNG**

Biến dạng, tiếng kêu lạo xạo, di động bất thường.

**III. CẬN LÂM SÀNG**

. Xquang 2 bình diện thẳng, nghiên: Cho biết vị trí gãy, di lệch, đường gãy...

. Xét nghiệm cơ bản(trong trường hợp điều trị bảo tồn):

.Tổng phân tích tế bào ngoại vi bằng hệ thống tự động (18 thông số máu).

. Sinh hoá: urê, creatinin, glucose, AST,ALT.

. Ion đồ: kali, natri, canxi ion hoá.

. Nước tiểu 10 thông số(máy).

. Xét nghiệm tiền phẫu(trong trường hợp phẫu thuật): xem bài **IV. CHUẨN BỊ** bệnh nhân tiền phẫu trong phẫu thuật chấn thương chỉnh hình.

**IV. ĐIỀU TRỊ**

**• Điều trị bảo tồn:**

Gây tê ổ gãy bằng thuốc tê Novocain hoặc lidocain. Nắn xương. Bó bột cánh bàn tay, khuỷu gập 90˚. Bất động ở trẻ em từ 6-8 tuần ; ở người lớn từ 10-12 tuần. Thuốc :

Kháng sinh(uống hoặc tiêm), kháng viêm, giảm đau, vitamin, tiêm ngừa uốn ván(khi có vết thương hoặc xây xát da đi kèm).

**• Điều trị phẫu thuật:**

Phẫu thuật nhằm mục đićh nắn lại chính xác và dùng dụng cụ kết hợp xương đinh, nẹp vis để cố định xương gãy.

**• Điều trị sau mỗ:**

-Mang nẹp bột cố định tạm sau mỗ.

-Truyền dung dịch đẳng trương.

-Truyền đạm, lipid (theo hội chẩn).

-Thuốc:

. Kháng sinh: Cephalosporin thế hệ thứ 3 hoặc thứ 4 đơn thuần, hoặc kết hợp nhóm cephalosporin thế hệ thứ 3 hoặc thứ 4 với nhóm Aminoglycosis, hoặc kết hợp nhóm cephalosporin thế hệ thứ 3 hoặc thứ 4 với nhóm Quinolone,hoặc theo hội chẩn.

. Giảm đau.

. Kháng viêm.

. Cầm máu.

Tài liệu tham khảo.

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa – Chuyên khoa chấn thương chỉnh hình. BYT. 2014.

## **237. PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG GÃY THÂN XƯƠNG ĐÙI**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Xương đùi là 1 xương dài nhất cơ thể, có nhiều cơ xung quanh nên khi gãy xương đùi, thường không điều trị bảo tồn được mà phải mổ kết hợp xương.

Gãy thân xương đùi phân loại theo AO có 3 mức:

- A: Đường gãy đơn giản

- B: Gãy có mảnh rời

- C: Gãy có nhiều mảnh

- Trong đó nhóm B và C được gọi là gãy phức tạp

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Gãy xương đùi di lệch

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Tình trạng toàn thân không cho phép

- Gãy xương đùi ít lệch ở trẻ em

- Gãy xương hở

**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 gãy xương đùi và phẫu thuật chấn thương chung. Dụng cụ kết hợp xương (đinh nội tuỷ, nẹp vít)

**4. Dự kiến thời gian phẫu thuật:** 90 phút

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế người bệnh:** Nằm ngửa, kê độn ở dưới mông cùng bên.

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

**3. Kỹ thuật:**

- Sát trùng vùng mổ rộng rãi

- Rạch da theo đường định hướng từ mấu chuyển lớn đến lồi cầu ngoài xương đùi

- Bóc tách cơ vào xương theo vách gian cơ ngoài

- Dùng kìm cặp xương nâng 2 đầu xương gãy, làm sạch hai đầu xương gãy

- Đặt lại xương gãy

- Dùng chỉ thép hoặc vis rời đặt lại những mảnh gãy - Có thể KHX bằng nẹp hoặc đinh nội tủy

- Dùng nẹp bản rộng 10 lỗ hoặc hơn tùy theo mức độ phức tạp của ổ gãy, cố gắng đảm bảo ở mỗi phía có thể bắt được 4 hoặc 5 vít.

- Khoan với mũi khoan đường kính 3.5 mm

- Dùng thước xác định chiều dài lỗ khoan

- Bắt vít với chiều dài bằng chiều dài đã đo

- Nếu dùng đinh nội tủy: Đo chiều dài đinh tương ứng, đóng đinh xuôi dòng hoặc

ngược dòng tùy theo diện gãy có thể bắt vis chốt

- Bơm rửa, cầm máu

- Dẫn lưu vùng mổ

- Phục hồi phần mềm theo giải phẫu

- Băng

**VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU PHẪU THUẬT**

- Toàn trạng

- Mạch mu chân và chày sau, vận động và cảm giác các ngón chân

- Dẫn lưu

- Tình trạng vết mổ

- Kê chân cao, dùng kháng sinh đường tiêm 5-7 ngày

**VII. XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG**

- Nếu có nguy cơ chảy máu nghi do tai biến vào mạch máu trong phẫu thuật thì có thể phải mổ lại kiểm tra

- Nếu có biểu hiện nhiễm trùng thì săn sóc vết thương, tách chỉ, thay kháng sinh,

Tài liệu tham khảo.

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa – Chuyên khoa chấn thương chỉnh hình. BYT. 2014.

## **238. PHẪU THUẬT KHX THÂN XƯƠNG CẲNG CHÂN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Gãy thân xương cẳng chân là ổ gãy dưới mâm chày 5 cm đến trên mắt cá 5cm xảy ra ở nhiều lứa tuổi từ thiếu niên, người lao động, người già,. Gãy thân xương cẳng chân thường phải xử trí phẫu thuật kết hợp xương chày là chính , có nhiều phương pháp kết hợp xương được lựa chọn tùy trang thiết bị sẵn có và kinh nghiệm của phẫu thuật viên.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Gãy thân xương cẳng chân di lệch

- Điều trị bảo tồn thất bại

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Đang có tình trạng nhiễm khuẩn

- Toàn trạng nặng vì đa chấn thương

**IV. CHUẨN BỊ**

**Người thực hiện**

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

**Phương tiện**

- Bộ dụng cụ KHX gãy thân xương cẳng chân

- Bàn chỉnh hình, màn huỳnh quang tăng sáng khi kết hợp kín

- Nẹp vis khóa , nẹp thường , đinh nội tủy

**Người bệnh**

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

**Hồ sơ bệnh án**

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

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra người bệnh

Thực hiện kỹ thuật

**Tư thế người bệnh**

Kỹ thuật mổ mở nằm ngửa

**Vô cảm**

Gây tê đám tủy sống hoặc toàn thân

**Kỹ thuật**

Mổ kín : đánh giá ổ gãy , nắn chỉnh , cố định bằng dụng cụ qua đường mổ nhỏ dưới màn tăng sáng

Kỹ thuật mổ mở

- Đường mổ: trước ngoài cách mào chày 2 cm, rạch da khoảng 10 cm.

- Phẫu tích cân cơ chày trước , vén cơ ra ngoài

- Bộc lộ diện gãy thân xương chày , xác định vị trí:

- Sử dụng các phương tiện kết hợp xươmg: nẹp khóa , nẹp giải phẫu , đinh nội tủy chốt ngang

- Kiểm tra ổ gãy, cầm máu, bơm rửa kỹ

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

- Khâu phục hồi các lớp theo giải phẫu

- Băng vô khuẩn có thể tăng cường bó bột < gãy quá phức tạp .>

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Nhiễm trùng sau mổ

- Phục hồi chức năng sau mổ

- Khám lại và chụp X quang định kỳ đánh giá liền xương

## **239. RÚT ĐINH/THÁO PHƯƠNG TIỆN KẾT HỢP XƯƠNG**

**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**

**Người thực hiện:**

Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình, người phụ

2 PTV phụ mổ.

**Người bệnh:**

Được giải thích về tình trạng bệnh tật, lợi ích, rủ ro và các biến chứng có thể xẩy ra

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

**Phương tiện:** Bộ dụng cụ kết hợp xương thông thường

**Dự kiến thời gian phẫu thuật:** 40phút

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**Vô cảm:**

Gây tê đám rối cánh tay hoặc tủy sống

Gây mê nội khí quản

**Kỹ thuật:**

Bước 1: Sát trùng toàn bộ chi bằng Bêtadin hoặc cồn 70° Bước 2: Ga rô cầm máu đối với những vị trí có thể được

Bước 3: Rạch da theo đường mổ cũ

Bước 4: Bộc lộ và tháo phương tiện kết hợp xương

Bước 5: Đục bỏ xương chồi

Bước 6: Dẫn lưu

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Theo dõi

Theo dõi mạch, huyết áp, nhiệt độ, dẫn lưu, vận động cảm giác chi thể…để phát hiện các biến chứng sau mổ

Hướng dẫn tập phục hồi chức năng sau mổ

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

Chảy máu: Băng ép cầm máu nếu không được thì mổ lại cầm máu

Nhiễm trùng: Thay kháng sinh, điều tri theo kháng sinh đồ, bù nước và điện giải cho người bệnh

Xương gãy lại: Mổ kết hợp xương

## **240. PHẪU THUẬT CẮT CỤT CHI**

## **241. PHẪU THUẬT THÁO KHỚP CHI**

## **242. PHẪU THUẬT XƠ CỨNG ĐƠN GIẢN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

phẫu thuật làm cứng khớp xơ cứng khớp đơn giản nhằm tạo sự liền xương của xương

Phẫu thuật này được sử dụng đi ều trị một số bệnh lý hoặc chấn thương của khớp xơ cứng khớp đơn giản.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Trật khớp xơ cứng khớp đơn giản nặng

- Dị tật khớp xơ cứng khớp đơn giản đ ến muộn: dị tật xơ cứng khớp đơn giản cong lõm

**III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Nhiễm trùng khớp xơ cứng khớp đơn giản

- Tổn thương ph ần mềm vùng xơ cứng khớp đơn giản cũ nhi ều

**IV. CHUẨN BỊ**

- Bộ dụng cụ phẫu thuật xương

- Đục xương các c ỡ, búa

- Garo hơi ho ặc garo chun

- Vít xương x ốp đư ờng kính 6.5mm

- Cưa rung

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- **Vô cảm:** Gây tê tủy sống hoặc mê toàn thân

- **Tư thế:** Người bệnh nằm ngửa, kê mông

**- Kỹ thuật:**

- Garo hơi áp l ực 350mmHg hoặc garo chun 1/3 trên đùi

- Đường rạch da mặt trư ớc khớp xơ cứng khớp đơn giản

- Phẫu tích vào khớp theo đư ờng cạnh trong xương bánh chè, b ộc lộ rõ

đầu dư ới xương đùi và đ ầu trên xương ch ầy

- Cắt bỏ diện sụn đ ầu dư ới xương đùi và đ ầu trên xương ch ầy bằng cưa

rung hoặc bằng đ ục xương

- Áp sát hai diện xương đã c ắt

- Cố định bằng hai hoặc ba vít xốp

- Dẫn lưu vùng m ổ

- Đóng v ết mổ theo các lớp giải phẫu

- Bất động sau phẫu thuật bằng ống bột rạch dọc

**VI. THEO DÕI**

- Toàn trạng người bệnh

- Dẫn lưu

- Vận động và cảm giác bàn ngón chân

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Tổn thương m ạch máu: cần phát hiện sớm và XỬ TRÍ kịp thời đ ể phục

hồi lưu thông m ạch máu bởi bác sỹ chuyên khoa mạch máu

- Nhiễm trùng: kháng sinh, săn sóc t ại chỗ, phẫu thuật làm sạch nếu cần

Tài liệu tham khảo.

Hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa – Chuyên khoa chấn thương chỉnh hình. BYT. 2014.

## **243. PHẪU THUẬT LẤY XƯƠNG CHẾT NẠO VIÊM**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Viêm tủy xương là bệnh nhiễm trùng trong xương, nhiễm trùng có thể từ đường máu hoặc có thể do chấn thương lộ xương tiếp xúc với vi khuẩn

Phẫu thuật để loại bỏ tổ chức hoại tử lấy bỏ phần xương chết

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Viêm xương đường máu

- Viêm xương sau chấn thương thường gặp sau gãy xương hở, sau mổ kết hợp xương

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Người bệnh mắc các bệnh lý về rối loạn đông máu có thể gây chảy máu không cầm

**IV. CHUẨN BỊ**

**Người thực hiện:**

Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình, người phụ

2 PTV phụ mổ.

**Người bệnh:**

Được giải thích về tình trạng bệnh tật, lợi ích, rủ ro và các biến chứng có thể xẩy ra

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

**Phương tiện:** Bộ dụng cụ kết hợp xương thông thường

**Dự kiến thời gian phẫu thuật:** 40phút

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**Vô cảm:**

Gây tê đám rối cánh tay hoặc tủy sống

Gây mê nội khí quản

**Kỹ thuật:**

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

Bước 2: Ga rô cầm máu đối với những vị trí có thể được Bước 3: Lấy bỏ tổ chức hoại tử

Bước 4: Tháo dụng cụ kết hợp xương nếu có

Bước 5:Đục bỏ xương viêm, mở cửa sổ xương, bơm rửa ống tủy, lấy xương chết Bước 6: Tìm các đường dò để mổ lấy hết đường dò

Bước 7: Nếu xương không vững cố định xương bằng khung cố định ngoài hoặc bột Bước 8: Dẫn lưu

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**Theo dõi**

Theo dõi mạch, huyết áp, nhiệt độ, dẫn lưu, vận động cảm giác chi thể…để phát hiện các biến chứng sau mổ

Hướng dẫn tập phục hồi chức năng sau mổ

**Tai biến và xử trí**

- Chảy máu: Băng ép cầm máu nếu không được thì mổ lại cầm máu

- Nhiễm trùng: Thay kháng sinh, điều tri theo kháng sinh đồ, bù nước và điện giải cho người bệnh

- Xương không liền: Mổ lại khi hết nhiễm trùng

- Cal lệch: Mổ chỉnh trục khi hết nhiễm trùng

## **244. PHẪU THUẬT SỬA MỎM CỤT**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Là phẫu thuật tạo hình, sửa chữa mỏm cụt trong các trường hợp mỏm cụt bị viêm  
rò, nhiễm khuẩn, không liền.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Chỉ định cho mọi trường hợp mỏm cụt bị nhiễm khuẩn.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Điều trị nội có tiến triển tốt

- Có các bệnh toàn thân nặng chưa điều trị ổn định: đái tháo đường, cao huyết áp...

**IV. CHUẨN BỊ**

- Người thực hiện: phẫu thuật viên là bác sĩ chuyên khoa chấn thương chỉnh hình  
đã được đào tạo.

- Phương tiện: bộ dụng cụ phẫu thuật thông thường.

- Người bệnh: vệ sinh sạch sẽ. Nhịn ăn uống 6 giờ trước phẫu thuật.

- Hồ sơ bệnh án: theo qui định

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**Vô cảm:** gây mê nội khí quản hoặc gây tê đám rối

**Kỹ thuật:**

- Garo nếu được

- Đường rạch: rạch da theo đường mổ cũ

- Bộc lộ mỏm cụt xương

- Cắt xương cao hơn

- Cắt bỏ cơ, da bị hoại tử đến tổ chức lành

- Cầm máu diện cơ

- Đặt 1 dẫn lưu.

- Khâu lại màng xương

- Khâu cơ che xương

- Khâu da thưa

**VI. THEO DÕI NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG**

**Theo dõi:**

- Thay băng hàng ngày

- Dùng kháng sinh, giảm đau, chống phù nề 5-7 ngày.

- Rút dẫn lưu sau 48 giờ

**Biến chứng và xử trí:**

- Nhiễm khuẩn vết mổ: thay băng, dùng kháng sinh theo kháng sinh đồ.

- Chảy máu: băng ép.

## **245. PHẪU THUẬT SỬA MỎM CỤT NGÓN TAY/NGÓN CHÂN (1 NGÓN)**

## **246. PHẪU THUẬT VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM ĐƠN GIẢN/RÁCH DA ĐẦU**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Vết thương phần mềm đơn giản rách da đầu là những tổn thương rách vùng da  
đầu không kèm theo tổn thương xương và cấu trúc nội sọ.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Vết thương chảy máu nhiều, dị vật bẩn.

- Kích thước > 1cm.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:** Không có chống chỉ định.

**IV. CHUẨN BỊ**

**Người thực hiện:** phẫu thuật viên ngoại khoa chung.

**Người bệnh:** chuẩn bị tâm lý, hồ sơ bệnh án hành chính đầy đủ.

**Phương tiện:** bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:** Tùy thuộc vị trí người bệnh có thể nằm ngửa hoặc nằm sấp nếu có thể.

**2. Vô cảm:** Tê tại chỗ.

**3. Kỹ thuật:**

- Cạo tóc xung quanh vùng tổn thương.

- Sát trùng vùng tổn thương.

- Trải toan vô khuẩn.

- Gây tê tại chỗ Lidocain 10%.

- Làm sạch bằng oxy già, betadin, nước muối sinh lý.

- Cắt lọc mép da.

- Cắt lọc tổ chức dập nát, lấy bỏ hết dị vật bẩn.

- Cầm máu bằng mũi chỉ chữ X với chỉ tiêu chậm.

- Vết thương sạch, có thể khâu da 2 lớp.

- Băng vết thương.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**Theo dõi:**

- Dấu hiệu sinh tồn, điểm Glassgow

- Tình trạng vết thương.

- Nếu người bệnh không có tổn thương phối hợp có thể cho về nhà theo dõi, hẹn  
khám lại.

**Xử trí tai biến:**

- Chảy máu: Băng ép hoặc có thể khâu tăng cường mép vết mổ.

- Nhiễm trùng: Thay băng hàng ngày, có thể tách chỉ cho thoát dịch, điều trị ks

## **247. PHẪU THUẬT VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM PHỨC TẠP**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

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

**II. CHỈ ĐỊNH**

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

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Bệnh lý toàn thân không cho phép phẫu thuật.

**IV. CHUẨN BỊ**

**Người thực hiện:** Phẫu thuật viên chuyên ngành chấn thương chỉnh hình.

**Người bệnh:** Chuẩn bị tâm lý, hồ sơ bệnh án đầy đủ.

**Phương tiện:** Bộ dụng cụ phẫu thuật chuyên ngành.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:**

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

**2.** **Vô cảm:**

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

**3. Kỹ thuật:**

- Bộc lộ rộng rãi vùng tổn thương.

- Nếu có thể nên garo gốc chi.

- Đánh giá toàn bộ, kiểm soát đáy vết thương, tránh bỏ sót tổn thương.

- Làm sạch nhiều lần bằng oxy già, betadin, nước với những vết thương nguy cơ  
nhiễm khuẩn cao.

- Lấy bỏ hết dị vật.

- Cắt lọc mép da, cần cắt lọc tiết kiệm tại những vị trí nguy cơ khuyết da nhiều.

- Cắt lọc tổ chức dập nát hoại tử như tổ chức dưới da, cơ dựa vào các dấu hiệu như  
màu sắc cơ, trương lực, vi tuần hoàn, đáp ứng kích thích.

- Lập lại cấu trúc giải phẫu các tổn thương nếu điều kiện cho phép như khâu nối  
gân, nối mạch máu, khâu bao thần kinh.

- Đóng da thưa.

- Sử dụng những dụng cụ trợ đỡ, bất động.

- Kháng sinh liều cao, phổ rộng.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Theo dõi**

- 3 ngày đầu:

+ Dấu hiệu sinh tồn, tình trạng băng vết mổ.

+ Tình trạng đầu chi.

+ Hướng dẫn tập vận động sớm nếu có thể.

- Những ngày sau:

+ Theo dõi tình trạng vết mổ

+ Phát hiện sớm tình trạng nhiễm khuẩn nông, sâu. Đánh giá tổ chức phần mềm nguy cơ tiếp tục hoại tử.

**2. Xử trí tai biến:**

- Chảy máu vết mổ: Băng ép.

- Nhiễm trùng: Thay băng hàng ngày, cắt chỉ khi tụ dịch, nguy cơ nhiễm trùng sâu, lấy dịch cấy vi khuẩn làm kháng sinh đồ, thay kháng sinh khi có kháng sinh đồ.

- Hoại tử tổ chức phần mềm: tiếp tục cắt lọc khi cần thiết.

## **248. PHẪU THUẬT CHUYỂN DA CƠ CHE PHỦ**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Khuyết hổng phần mềm nói chung là những thương tổn do nhiều nguyên nhân:

tai nạn giao thông, tai nạn lao động, tai nạn do hỏa khí, đôi khi còn do tai biến, biến

chứng trong quá trình điều trị

- Che phủ các khuyết hổng phần mềm bằng phẫu thuật chuyển da, cơ che phủ là  
một kỹ thuật phức tạp. Chỉ thực hiện ở những cơ sở y tế chuyên sâu và được thực hiện bởi các phẫu thuật viên có kinh nghiệm.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Khuyết hổng phần mềm: da, cơ, lộ xương, mạch máu, thần kinh

- Khuyết hổng phần mềm vùng tỳ đè

- Khuyết hổng phần mềm ngón tay khi muốn giữ chiều dài tối đa

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Vết thương đang nhiễm trùng

- Tình trạng toàn thân không cho phép phẫu thuật

- Phần chi thể khuyết hổng phần mềm không còn chức năng

**IV. CHUẨN BỊ**

**Người thực hiện:**

- Phẫu thuật viên chuyên khoa chấn thương chỉnh hình và tạo hình

- Số lượng người thực hiện: 04

**Người bệnh:**

- Chẩn bị tâm lý cho người bệnh và gia đình

- Hồ sơ bệnh án đầy đủ về hành chính và xét nghiệm

**Phương tiện:**

- Bộ dụng cụ chấn thương chỉnh hình

- Bộ dụng cụ phẫu tích mạch máu

- Máy doppler mạch máu

- Kính hiển vi phẫu thuật

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:** Tùy vị trí phẫu thuật mà Người bệnh có thể nằm ngửa, nghiêng hoặc sấp

**2. Vô cảm:** Gây tê vùng hoặc toàn thân

**3. Kỹ thuật:**

- Sát khuẩn vùng mổ bằng Bétadine hoặc cồn 70°

Cắt lọc phần khuyết hổng phần mềm sạch sẽ

- Phẫu tích vạt da, cơ xoay che phủ các khuyết hổng

- Vạt da, cơ có cuống mạch liền: xác định kích thước, giới hạn vạt da, cơ có thể  
chuyển được. Phẫu tích bó mạch nuôi vạt da, cơ. Chuyển vạt da, cơ có cuống mạch liền che phủ khuyết hổng.

- Khâu trực tiếp hoặc vá da vùng lấy vạt.

**Thời gian phẫu thuật:** 120 phút

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Theo dõi:**

- Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở, vận động, cảm giác, mầu  
sắc vạt da, cơ để phát hiện sớm các biến chứng sau mổ.

- Hướng dẫn tập phục hồi chức năng sau mổ.

- Kháng sinh đường tiêm 5 - 7 ngày.

**2. Xử trí tai biến:**

- Chảy máu sau mổ: Băng ép cầm máu nếu không được phải mở lại cầm máu

- Nhiễm trùng: Tách chỉ vết mổ, thay băng hàng ngày, lấy dịch làm kháng sinh  
đồ, bù dịch và điện giải cho người bệnh

- Hoại tử vạt da, cơ: mổ lại cắt bỏ vạt da, cơ hoại tử

- Tắc mạch nuôi vạt da, cơ: mổ nối lại mạch máu

## **249. PHẪU THUẬT VÁ DA DIỆN TÍCH < 5 CM2**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Là phẫu thuật sử dụng mảnh da dày hoặc mỏng ghép cho các vùng khuyết da < 5  
cm. Tùy thuộc vào vị trí, chức năng vùng khuyết da mà lựa chọn mảnh ghép da dày hay  
mỏng.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Vá da dày: với những vùng tỳ đè, cầm nắm.

- Vá da mỏng: tại những vị trí da mỏng, không có chức năng cầm nắm, tỳ đè chịu lực.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Vùng khuyết da tổ chức hạt mọc chưa tốt.

- Vùng khuyết da còn tình trạng viêm, nhiễm trùng.

**IV. CHUẨN BỊ**

**Người thực hiện:** phẫu thuật viên ngoại khoa chung đã được đào tạo vá da.

**Người bệnh:** chuẩn bị bệnh án, hồ sơ đầy đủ thủ tục hành chính.

**Phương tiện:** dao lấy da dày hoặc mỏng, bộ dụng cụ tiểu phẫu thuật.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế người bệnh:** Tùy thuộc vào vị trí lấy mảnh ghép, vùng khuyết da.

**2. Vô cảm:** Gây tê tại chỗ.

**3. Kỹ thuật:**

- Đánh giá chức năng vùng khuyết da để quyết định vá da dày hay mỏng.

- Đánh giá diện tích vùng khuyết da.

- Gây tê tại chỗ vùng lấy da:

- Lấy da dày: Da đầu, da bụng, nếp bẹn là những vị trí hay sử dụng.

- Lấy da mỏng: Da cánh tay, cẳng tay, đặc biệt da mặt ngoài đùi.

- Làm sạch mảnh ghép

- Mảnh ghép da dày: Làm sạch tổ chức mỡ, tổ chức dưới da.

- Mảnh ghép da mỏng: Làm sạch tổ chức máu, fibrin mặt trong.

- Làm sạch vùng khuyết da bằng nước muối sinh lý, thấm khô.

- Vá da dày:

+ Đặt mảnh ghép vào vùng khuyết da, khâu các mép mảnh ghép mép vết thương.

+ Đặt gạc dày ép lên vùng ghép da, cố định bằng khâu hoặc băng chun.

- Vá da mỏng: trải đều mảnh ghép lên vùng khuyết da, tránh nhầm mặt trong và mặt  
ngoài.

- Cố định mảnh ghép bằng gạc mỡ, băng chun.

- Thay băng sau 3-5 ngày.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Theo dõi:**

- Theo dõi băng vết thương.

- Tình trạng mảnh ghép.

**2. Xử trí tai biến:**

- Mảnh ghép bị hoại tử: Đánh giá lại tổ chức hạt, nếu chưa tốt cần thay băng, kích thích tổ chức hạt mọc

- Nhiễm trùng: Loại bỏ mảnh ghép nếu cần thiết, thay băng, khi tình trạng ổn định mới quyết định ghép.

## **250. PHẪU THUẬT VÁ DA DIỆN TÍCH 5 - 10 CM2**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Là phẫu thuật sử dụng mảnh da dày hoặc mỏng ghép cho các vùng khuyết da 5-10 cm. Tùy thuộc vào vị trí, chức năng vùng khuyết da mà lựa chọn mảnh ghép da dày hay mỏng.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Vá da dày: Với những vùng tỳ đè, cầm nắm.

- Vá da mỏng: Tại những vị trí da mỏng, không có chức năng cầm nắm, tỳ đè chịu lực.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Vùng khuyết da tổ chức hạt mọc chưa tốt.

- Vùng khuyết da còn tình trạng viêm, nhiễm trùng.

**IV. CHUẨN BỊ**

**Người thực hiện:** Phẫu thuật viên ngoại khoa chung đã được đào tạo vá da.

**Người bệnh:** Chuẩn bị bệnh án, hồ sơ đầy đủ thủ tục hành chính.

**Phương tiện:** Dao lấy da dày hoặc mỏng, bộ dụng cụ phẫu thuật.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế người bệnh:** Tùy thuộc vào vị trí lấy mảnh ghép, vùng khuyết da.

**2. Vô cảm:** Gây tê tại chỗ.

**3. Kỹ thuật:**

- Đánh giá chức năng vùng khuyết da để quyết định vá da dày hay mỏng.

- Đánh giá diện tích vùng khuyết da.

- Gây tê tại chỗ vùng lấy da:

- Lấy da dày: Da đầu, da bụng, nếp bẹn là những vị trí hay sử dụng.

- Lấy da mỏng: Da cánh tay, cẳng tay, đặc biệt da mặt ngoài đùi.

- Làm sạch mảnh ghép

- Mảnh ghép da dày: Làm sạch tổ chức mỡ, tổ chức dưới da.

- Mảnh ghép da mỏng: Làm sạch tổ chức máu, fibrin mặt trong.

- Làm sạch vùng khuyết da bằng nước muối sinh lý, thấm khô.

- Vá da dày:

+ Đặt mảnh ghép vào vùng khuyết da, khâu các mép mảnh ghép mép vết thương.

+ Đặt gạc dày ép lên vùng ghép da, cố định bằng khâu hoặc băng chun.

- Vá da mỏng: Trải đều mảnh ghép lên vùng khuyết da, tránh nhầm mặt trong và mặt  
ngoài.

- Cố định mảnh ghép bằng gạc mỡ, băng chun.

- Thay băng sau 3-5 ngày.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Theo dõi:**

- Theo dõi băng vết thương.

- Tình trạng mảnh ghép.

**2. Xử trí tai biến:**

Mảnh ghép bị hoại tử: Đánh giá lại tổ chức hạt, nếu chưa tốt cần thay băng, kích thích tổ chức hạt mọc

- Nhiễm trùng: Loại bỏ mảnh ghép nếu cần thiết, thay băng, khi tình trạng ổn định mới quyết định ghép.

## **251. PHẪU THUẬT GIẢI ÉP THẦN KINH (ỐNG CỔ TAY, KHUỶU…)**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Dính thần kinh ngoại biên là một di chứng thư ờng gặp trong chấn thương.

- Dính thần kinh dẫn đ ến thần kinh bị chèn ép, gây ra các rối loạn cảm giác và

biến chứng teo cơ.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Dính thần kinh sau chấn thương

**III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Tổn thương th ần kinh do bệnh lý nội khoa

**IV. CHUẨN BỊ**

- Garo hơi ho ặc garo chun

- Dao đi ện đơn c ực và lư ỡng cực

- Bộ dụng cụ phẫu thuật bàn tay

- Phẫu thuật viên chấn thương ch ỉnh hình, 2 phụ phẫu thuật và 1 dụng cụ viên

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Gây tê vùng hoặc gây mê toàn thân

- Garo hơi áp l ực 250mmHg đ ối với chi trên và 350 mmHg

- Rạch da dọc theo đư ờng đi c ủa dây thần kinh vị trí bị chèn ép

- Phẫu tích tổ chức vào đ ến thần kinh

- Gỡ dính tổ chức xơ quanh th ần kinh

- Một số trường hợp, phải chuyển chỗ thần kinh như th ần kinh trụ vị trí rãnh ròng rọc.

- Bơm rửa, cầm máu

- Dẫn lưu hoặc không

- Phục hồi giải phẫu vết mổ

- Băng ép nhẹ

- Nẹp bất đ ộng đo ạn chi nếu cần thiết

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG**

- Biến chứng chảy máu

- Biến chứng nhiễm trùng

- Băng ép nhẹ vùng mổ nếu có biểu hiện chảy máu. Nếu không cải thiện có thể phải mổ lại kiểm tra

- Săn sóc vết thương, thay kháng sinh nếu có biểu hiện nhiễm trùng

Tài liệu tham khảo.

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa – Chuyên khoa chấn thương chỉnh hình. BYT. 2014.

## **252. PHẪU THUẬT LÁY BỎ U XƯƠNG**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

U xương sụn thường là u lành tính, hay gặp ở vùng hành xương của thân xương dài như cánh tay, đùi, xương chầy, xương mác. U có nguồn gốc từ sụn, sau đó cốt hóa trong sụn thành xương. U có yếu tố di truyền, nếu bố mẹ có u thì tần suất con bị là 50%.

U thường nằm nhiều nơi trên cơ thể. Tuy hiếm gặp nhưng u xương sụn ở người lớn có thể chuyển thành ác tính (sarcoma sụn thứ phát).

**II. CHỈ ĐỊNH**

phẫu thuật cắt bỏ u xương sụn khi:

- U gây ảnh hưởng đến thẩm mỹ, gây đau do u to làm căng phần mềm quanh u, gây biến dạng chi, cản trở khớp.

- U gây chèn ép thần kinh, mạch máu.

- Khi trên phim Xquang có dấu hiệu nghi ngờ chuyển ác tính.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Chống chỉ định chung của can thiệp Ngoại khoa

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Phẫu thuật viên là bác sĩ chuyên khoa chấn thương chỉnh hình đã được

đào t ạo.

**2. Phương tiện** : Bộ dụng cụ chấn thương ch ỉnh hình, búa, đ ục, ga rô.

**3. Người bệnh**

Được giải thích kỹ về tình hình bệnh tật, các lợi ích và rủi ro của phẫu thuật. Vệ sinh sạch sẽ vùng mổ. Dự trù máu nếu cắt u nhiều nơi ho ặc u đơn độc nhưng kích thước lớn.

**4. Hồ sơ bệnh án**: theo quy đ ịnh

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm** : Gây mê nội khí quản hoặc tê đám rối hay tủy sống.

**2. Phẫu thuật** cắt u xương sụn, ghép xương tự thân

- Ga rô gốc chi, tốt nhất ga rô hơi.

- Rạch da dọc theo trục chi tại vị trí tiếp cận khối u dễ nhất. Tránh tổn thương các mạch máu, dây thần kinh dưới da.

- Rạch cân, tách cơ bộc lộ thành của u.

- Đánh giá đại thể khối u, tính chất phần mềm quanh khối u.

- Dùng cưa rung hoặc đục bạt lấy bỏ u sát chân u.

- Lấy tổ chức u gửi làm giải phẫu bệnh.

- Tháo ga rô cầm máu diện cơ nếu có chảy máu.

- Đặt 1 dẫn lưu cạnh diện cắt u.

- Khâu phục hồi phần mềm.

3. Bó bột

Nếu u to, chân của khối u bám trên diện rộng nên bó bột tăng cư ờng tránh

nguy cơ gãy xương tại vị trí khối u.

**VI. THEO DÕI VÀ ĐI ỀU TRỊ SAU PHẪU THUẬT**

1. Kê cao chi, tập vận động sớm các khớp lân cận.

2. Thuốc giảm đau, chống phù nề.

3. Kháng sinh toàn thân 5 - 7 ngày.

4. Tập đi lại ngay ngày thứ 2 sau mổ nếu u nhỏ.

5. Nếu u lớn, bó bột tăng cư ờng 3 - 4 tuần, đi lại trên bột có dụng cụ trợ đỡ (nạng).

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

1. Nhiễm trùng sau mổ: thay băng, liệu pháp kháng sinh.

2. Tổn thương thần kinh mạch máu trong quá trình phẫu thuật: mời bác sĩ mạch

máu hoặc chuyển ngay lên tuyến trên.

3. Chảy máu diện cắt u: băng ép thường tự hết.

4. Gãy xương t ại vị trí cắt u: bó bột hoặc mổ kết hợp xương.

## **253. PHẪU THUẬT LẤY BỎ U PHẦN MỀM**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Là phẫu thuật nhằm lấy bỏ các u phần mềm lành tính như u da, u mỡ, u nang … có đường kính trên 10cm

**II. CHỈ ĐỊNH**

Các khối u lành tính của da và tổ chức dưới da : U mỡ, u nang…

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Điều kiện toàn thân không cho phép phẫu thuật

**IV. CHUẨN BỊ**

1**. Người thực hiện**: Bác sĩ chuyên khoa phẫu thuật

**2. Người bệnh**

- Bệnh án ngoại khoa.

- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy

- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật, ký hồ sơ bệnh án.

**3. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ phẫu thuật

- Chỉ, gạc

- Dẫn lưu

**4. Hồ sơ bệnh án**: Theo mẫu quy định của Bộ Y Tế

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế**: nằm ngửa/sấp tùy thuộc vị trí khối u

**2. Vô cảm**: Mê nội khí quản hoặc tê tại chỗ nếu được

**3. Kỹ thuật**

- Lựa chọn được rạch da, trên u, quanh u, hoặc elip tùy theo kích thước và vị trí cụ thể

- Rạch da

- Phẫu tích bộ lộ khối u, cắt bỏ toàn bộ khối u

- Cầm máu kĩ diện cắt

- Đặt dẫn lưu

- Khâu đóng trực tiếp, ghép da hoặc xoay vạt tại chỗ

- Băng ép nếu cần.

**VI. THEO DÕI CÁC TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG VÀ NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ**

- Tai biến của gây tê,

- Chảu máu, nhiễm trùng, chậm liền vết mổ

- Xử trí theo từng nguyên nhân

## **254. PHẪU THUẬT U MÁU**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Là phẫu thuật cắt bỏ 1 phần hoặc toàn bộ u mạch máu khu trú dưới da vị trí xác định kích thước nhỏ dưới 5cm

**II. CHỈ ĐỊNH**

Khối u ảnh hưởng đến chức năng, thẩm mỹ, cuộc sống người bệnh.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Bệnh lý phối hợp toàn thân nặng không cho phép phẫu thuật: suy kiệt, bệnh tim mạch, rối loạn đông máu

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**: Bác sĩ chuyên khoa phẫu thuật

**2. Người bệnh**

- Bệnh án ngoại khoa.

- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy xét nghiệm chuyên sâu khi cần thiết

- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật, ký hồ sơ bệnh án.

**3. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ phẫu thuật

- Chỉ, gạc vô khuẩn

- Dẫn lưu

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình, phẫu thuật mạch máu

- Kính lúp, kính vi phẫu

- Clip mạch máu

- Chất nút mạch,thuốc gây xơ

- Gạc mỡ, băng chun

**4. Hồ sơ bệnh án**: Theo mẫu quy định của Bộ Y Tế

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế**: tuỳ theo tổn thương (nằm ngửa, nghiêng, hoặc sấp)

**2. Vô cảm**

- Gây tê tại chỗ hoặc gây mê nội khí quản trong trường hợp u to hoặc trẻ em

**3. Kỹ thuật**

- Sát trùng, trải toan

- Xác định đường rạch da, niêm mạc để tiếp cận khối u mạch máu

- Gây tê

- Rạch da, niêm mạc

- Bộc lộ khối u

- Kiểm soát các nguồn chảy máu quanh u (động mạch, tĩnh mạch)

- Dùng clip mạch máu hoặc chỉ thắt và cắt các nhánh mạch của u, tránh mất máu

- Cắt u toàn bộ u hoặc 1 phần tuỳ theo từng trường hợp thương tổn cụ thể (bản chất u mạch máu, kích thước, mức độ khu trú)

- Cầm máu kỹ

- Dẫn lưu vết mổ (nếu cần)

- Đóng vết thương trực tiếp hoặc ghép da hoặc dùng vạt da che phủ

- Băng chun nếu tại vị trí băng được.

**VI. THEO DÕI CÁC TAI BIẾN BIẾN CHỨNG VÀ NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ**

**1. Theo dõi**: Dẫn lưu rút sau 3 ngày

**2. Biến chứng**

- Các dấu hiệu sinh tồn: Mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở

- Chảy máu vết mổ: Băng ép chặt hoặc mổ lại cầm máu

- Nhiễm trùng vết mổ: Kháng sinh, thay băng tại chỗ

## **255. PHẪU THUẬT VÁ DA DÀY > 1CM2**

## **256. PHẪU THUẬT VÁ DA MỎNG**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Là [phẫu thuật](http://khamgiodau.com/s/Ph%E1%BA%ABu%20thu%E1%BA%ADt.html) lấy da tự thân tự do (autogreffe), có bề dày từ 3/10 dến  
4/10mm ghép vào vùng thiếu da.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Mất da không ở vùng khớp

- Mất da không ở vùng tỳ đè (gót chân bàn tay…)

- Bề mặt vùng mất da phẳng, không còn tổ chức hoại tử

- Tổ chức hạt vùng mất da lên tốt (đỏ và sạch)

- Không còn nhiễm trùng vùng mất da cũng như vùng lân cận

**III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Mất da vùng khớp và vùng tỳ đè

- Bề mặt vùng mất da chưa phẳng, còn tổ chức hoại tử

- Còn nhiễm khuẩn vùng mất da và vùng lân cận

- Vùng mất da gây lộ xương, lộ gân

**IV. CHUẨN BỊ**

1. Người thực hiện

Là phẫu thuật viên [chấn thương](http://khamgiodau.com/tin-tuc/chan-thuong-chinh-hinh.html) chỉnh hình đư ợc đào tạo về ghép da

2. Phương tiện

- Phải có một trong các loại dao lấy da sau: dao Weck, dao Humby, dao  
Lagrose, dao cạo râu thông thường, dao đục lỗ da mảnh lưới của Padgett, dao  
lấy da của Padgett, dao mổ thông thường hoặc dao lấy da máy.

- Tùy theo diện tích mất da mà sử dụng loại dao cho thích hợp, ví dụ:

+ Mất da từ vài cm2 đến 100 cm2 nên dùng các loại dao Weck, Humby, dao  
cạo râu hoặc dao mổ.

+ Mất da diện tích lớn như cả một chi, toàn bộ một đùi hoặc 2 đùi…nên  
dùng dao Padgett, dao máy giúp cho lấy da được rộng và đục được lỗ để tiết  
kiệm đư c da ghép và còn có các lợi ích khác.

3. Người bệnh

- Phải có các xét nghiệm cơ bản

- Được giải thích và chuẩn bị mổ như một phẫu thuật thông thường

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Kiểm tra hồ sơ đã đúng và đầy đủ theo yêu cầu chưa?

- Kiểm tra người bệnh đã đúng và đã được chuẩn bị đúng yêu cầu chưa?

- Thực hiện kỹ thuật:

1. Vô cảm

- Diện tích mất da vừa và nhỏ có thể gây tê tại chỗ

- Diện tích mất da lớn có thể gây mê đường tĩnh m ạch

- Mất da rộng 2 chi dưới có thể gây tê tủy sống

2. Ghép da cho trư ờng hợp mất da diện tích dư ới 100 cm2

2.1. Vùng nhận da

- Sát khuẩn bằng cồn trắng 70 độ

- Lấy hết tổ chức hoại tử còn sót

- Làm phẳng tổ chức hạt

- Rửa sạch bằng nước muối 0,9%

2.2. Vùng lấy da

- Thường lấy ở đùi, cẳng chân bên đối diện

- Sát khuẩn bằng cồn trắng 70 độ

- Dùng dao Weck, Humby, dao cạo râu hoặc dao mổ để lấy da

- Lấy từng miếng da mỏng 3/10 - 4/10 mm có kích thước 4 - 6cm x 10 –20cm

- Tùy theo diện tích mất da để lấy da cho đủ

- Vùng lấy da được băng ép bằng gạc mỡ kháng sinh

- Da đã lấy được ghép vào vùng nhận theo phương pháp Thiersch

- Những mảnh da ghép phải được áp sát không gấp mép

- Đặt mỡ kháng sinh, băng ép hoặc bất động bằng bột tùy từng trường hợp

- Tùy theo từng trường hợp, có thể thay băng sau 6h hoặc 5 - 7 ngày sau

3. Ghép da cho các trường hợp mất da trên 100 cm2 trở lên:

3.1. Vùng nhân da

- Sát khuẩn bằng cồn trắng 70 độ

- Lấy hết tổ chức hoại tử còn sót

- Làm phẳng tổ chức hạt

- Rửa sạch bằng nước muối 0,9%

3.2. Vùng lấy da

- Thường lấy ở đùi, cẳng chân bên đối diện

- Sát khuẩn bằng cồn trắng 70 độ

- Dùng dao Weck, Humby, dao Pedgett hoặc dao máy để lấy da

- Các mảnh da phải qua khâu đục lỗ

- Các mảnh da ghép vào vùng nhận cần được khâu vào mép da vùng nhận để mảnh da ghép luôn căng.

- Đặt mỡ kháng sinh, băng ép hoặc bất động bằng bột tùy từng trường hợp

- Tùy theo từng trường hợp có thể thay băng sau 6h hoặc 5 - 7 ngày sau đó

**VI. THEO DÕI VÀ ĐI ỀU TRỊ SAU PHẪU THUẬT**

- Sau 6h băng tai vết mổ vẫn khô thì không cần thay băng mà có thể thay  
băng sau 5 - 7 ngày

- Nêu tại vết mổ có hiện tương thấm dich hoặc máu nhiều có thể thay băng và sử lý sau 6h

- Dùng kháng sinh cho người bệnh, có thể là kháng sinh liều cao

- Truyền dịch, máu, đạm nếu có chỉ định

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Nhiễm khuẩn: Tăng liều kháng sinh hoặc thay loại kháng sinh

- Da không liền: có nhiều nguyên nhân nhưng chủ yếu là:

+ Nhiễm khuẩn: xử trí tình trạng nhiễm khuẩn.

+ Chảy máu dưới mảnh ghép: Cần cầm máu thật kỹ, nếu thấy chưa đảm bảo tốt thì sau 6h cần thay băng lần đầu để lấy máu tụ dưới mảnh ghép.

## **257. PHẪU THUẬT VIÊM XƯƠNG**

## **258. PHẪU THUẬT NẠO VIÊM + LẤY XƯƠNG CHẾT**

**I. ĐỊNH NGHĨA**

- Viêm xương tủy xương VXTX là 1 nhiễm khuẩn cấp tính hay mãn tính của xương, mầm bệnh thường do tụ cầu vàng và liên cầu trùng tan máu. Những vi khuẩn này vào đường máu trước khi vào xương, do đó thực chất của viêm xương tủy xương đường máu là nhiễm khuẩn huyết.

- VXTX là trạng thái viêm mủ tất cả các thành phần của xương.

- VXTX cánh tay có xương chết là viêm xương mãn tính.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Các trường hợp viêm xương có xương chết

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Các trường hợp chống chỉ định chung của phẫu thuật.

**IV. CHUẨN BỊ**

1. Người thực hiện quy trình

Phẫu thuật viên chuyên khoa chấn thương chỉnh hình.

2. Phương tiện

Dụng cụ phẫu thuật: dụng cụ về phẫu thuật xương, khoan xương, dẫn lưu…

3. Người bệnh

- Nhịn ăn uống.

- Kháng sinh.

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy đ ịnh 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. Nguyên tắc điều trị trong viêm xương tuỷ xương giai đoạn mạn tính

- Làm sạch ổ viêm (Tổ chức viêm, xương chết )

- San bằng, lấp đầy ổ khuyết viêm xương

- Dẫn lưu triệt để

- Kháng sinh liệu pháp : Theo kháng sinh đồ

- Chế độ ăn uống nhiều Vitamin

3.2. Các bước tiến hành

- Người bệnh nằm ngửa. Gây mê nội khí quản hoặc gây tê đám rối thần kinh cánh tay.

- Rạch da mặt trước ngoài cánh tay

- Phẫu tích cân cơ cánh tay bộc lộ ổ viêm xương.

- Dùng đục đục ổ xương viêm, hoặc đục mở cửa sổ xương.

- Nạo ổ viêm, lấy bỏ xương chết

- Bơm r ửa ổ viêm bằng dung dịch Nacl 0,9% và Ôxy già.

- Đặt dẫn lưu.

- Đặt nẹp bột.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Rút dẫn lưu sau 72h.

- Dùng kháng sinh theo kháng sinh đ ồ 7-10 ngày

- Bó bột chữ U, hoặc bột Desault. Khám lại sau 04 tuần.

- Tai biến do phẫu thuật: Chảy máu

- Xử trí:

+ Băng ép.

+ Phẫu thuật cầm máu.

- Nhiễm trùng vết mổ: kháng sinh theo kháng sinh đồ, thay băng, dẫn lưu tốt.

## **259. PHẪU THUẬT VẾT THƯƠNG KHỚP**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Vết thương khớp là những vết thương vùng khớp làm thông thương giữa khớp  
và môi trường bên ngoài.

- Vết thương khớp nếu không được xử lý sớm và triệt để có thể dẫn đến biến  
chứng nặng nề như nhiễm trùng khớp, viêm xương khớp về sau.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Vết thương vùng khớp có lộ khớp hoặc chảy dịch khớp.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Tình trạng toàn thân người bệnh quá nặng hoặc có bệnh phối hợp không thể tiến  
hành phẫu thuật.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện** : 03Phẫu thuật viên chuyên khoa chấn thương chỉnh hình.

Người bệnh và gia đình:

- Chuẩn bị tâm lý, cần được giải thích trước mổ về quá trình phẫu thuật, hậu phẫu  
và tập phục hồi chức năng sau mổ. Chuẩn bị hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính và  
các xét nghiệm cần thiết.

- Chuẩn bị người bệnh trước mổ: nhịn ăn, thụt tháo, vệ sinh vùng mổ, kháng sinh  
dự phòng.

Phương tiện, trang thiết bị:

- Bộ dụng cụ mổ chấn thương chi.

- Thực hiện tại các cơ sở có chuyên khoa chấn thương chỉnh hình.

**Dự kiến thời gian tiến hành**: 60 phút

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:** Người bệnh nằm ngửa hoặc nghiêng tùy theo vùng khớp cần phẫu thuật.

Vô cảm

- Kháng sinh dự phòng.

- Vô cảm người bệnh bằng gây tê tủy sống hoặc gây mê.

Kỹ thuật:

- Sát khuẩn vùng mổ bằng dung dịch Betadine.

- Dùng garo hơi (nếu có thể) trong mổ với áp lực bằng hai lần áp lực động mạch  
tối đa.

- Cắt lọc, rạch rộng mép da vết thương vùng khớp.

- Mở bao khớp để vào bộc lộ vùng mặt khớp.

- Bơm rửa, làm sạch khớp bằng dung dịch huyết thanh vô khuẩn.

- Cầm máu, đặt dẫn lưu ngoại khớp.

- Đóng cân và phần mềm theo các lớp giải phẫu.

- Đóng da một lớp da thưa.

- Cố định bột tùy theo thương tổn (nẹp bột hoặc bột rạch dọc).

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Theo dõi:

- Theo dõi tình trạng toàn thân: mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở, tri giác.

- Theo dõi tình trạng thiếu máu: da niêm mạc nhợt.

- Theo dõi tình trạng chi thể: Màu sắc da, vận động, cảm giác đầu chi, mạch đầu  
chi.

- Kháng sinh đường tiêm dùng 3-5 ngày sau mổ.

- Giảm đau sau mổ đường tiêm, đặt hậu môn hoặc uống.

- Gác chân cao, chườm lạnh trong 24h đầu.

- Hướng dẫn tập phục hồi chức năng sau mổ sớm.

Xử trí tai biến:

- Chảy máu vết mổ: băng chun ép cầm máu, có thể phải mở vết mổ cầm máu nếu  
cần.

Nhiễm trùng vết mổ: Tách chỉ vết mổ, thay băng làm sạch vết mổ hàng ngày,  
dùng thuốc theo kháng sinh đồ.

## **260. PHẪU THUẬT RÚT NẸP VÍT, DỤNG CỤ KẾT HỢP XƯƠNG**

**I. ĐỊNH NGHĨA**

- Tháo nẹp vít (phương tiện KHX) sau phẫu thuật điều trị gãy xương

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Trẻ em< 18 tuổi

- Người lớn có biểu hiện bất thường tại vị trí đặt nẹp hoặc toàn thân.

- Tháo nẹp theo yêu cầu.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Chống chỉ định (tương đối): BL toàn thân: tim, não, tâm thần, chuyển hóa.

**IV. CHUẨN BỊ**

**Người thực hiện**:

- Kíp phẫu thuật: 1 PTV phẫu thuật tạo hình hoặc phẫu thuật chấn thương chỉnh hình, 2 phụ phẫu thuật

- Kíp gây mê: 1 bác sĩ gây mê, 1 phụ mê

- Kíp dụng cụ và chạy ngoài: 1 điều dưỡng dụng cụ, 1 điều dưỡng chạy ngoài

**Người bệnh:**

- Làm các xét nghiệm máu, chụp Xquang bàn tay

- Giải thích kĩ cho người bệnh và người nhà người bệnh về những nguy cơ rủi ro có thể xảy ra trước, trong và sau quá trình điều trị.

- Kí hồ sơ bệnh

**Phương tiện**:

- Thuốc tê, mê, chỉ, băng gạc, clip mạch máu

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình, phẫu thuật bàn tay, dụng cụ kết hợp xương

- Kính lúp

**4. Thời gian phẫu thuật** 2 giờ

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm:**

- Mê Nội khí quản, mask thanh quản: trẻ em không hợp tác

- Tê tủy sống, tê tại chỗ: người lớn

**2. Tư thế:** Người bệnh nằm ngửa

**3. Cách thức mổ:**

- Rạch da theo đường mổ cũ

- Bộc lộ phần nẹp vis cố định xương hoặc đầu đinh

- Tháo vis và nẹp cố định hoặc rút đinh

- Cầm máu kĩ

- Băng

**VI. BIẾN CHỨNG DI CHỨNG**

- Gây mê, hồi sức

- Chảy máu, nhiễm trùng

## **261. NẮN CHỈNH HÌNH KIỂU GIAI ĐOẠN TRONG ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG VOLKMANN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Volkmann là một hội chứng co rút các cơ gấp cẳng tay, biểu hiện trên lâm sàng là khi cổ tay để ở tư thế duỗi hoặc tư thế cơ năng thì các ngón của bàn tay co gấp lại như bàn tay khỉ, nếu để cổ tay gấp lại thì các ngón tay mới duỗi thẳng ra được.

- Nguyên nhân của hội chứng Volkmann là do hội chứng chèn ép khoang bán cấp ở khu trước cẳng tay gây ra. Sự thiếu máu bán cấp không đủ gây hoại tử tay, nhưng gây ra sự thiếu máu trường diễn, sự thiếu máu ấy đủ để làm xơ hóa các cơ gấp, làm cho các cơ này không còn độ chun giãn, đàn hồi nữa. Một nguyên nhân chủ quan có thể xảy ra: khi bó bột, thầy thuốc không tuân thủ nghiêm ngặt nguyên tắc bắt buộc được quy định từ lâu đời, đó là việc phải rạch dọc bột trong bó bột cấp cứu, gây ra hậu quả chèn ép bột.

- Điều trị hội chứng Volkmann cực kỳ gian nan, kể cả bằng phương pháp phẫu thuật (mổ để giải phóng chỗ bám của các cơ gấp, đánh trượt chỗ bám của cơ xuống thấp nhằm làm chùng các cơ). Điều trị nắn chỉnh kiểu giai đoạn cũng có mang lại kết quả nhất định, nhưng lại tốn nhiều thời gian và công sức.

- Nắn bó bột kiểu giai đoạn là một kiểu bó bột để chỉnh sửa dần dần một tư thế xấu của chân hoặc tay (ở chân như nắn chỉnh hình tật chân khoèo bẩm sinh hoặc tật co gân Achille... chẳng hạn).

**II. CHỈ ĐỊNH**

Tất cả các trường hợp Volkmann.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có chống chỉ định tuyệt đối, cần cân nhắc những trường hợp Volkmann đã quá lâu (hàng năm trở lên), vì kết quả nắn chỉnh hình thường không có kết quả, hoặc kết quả hạn chế.

**IV. CHUẨN BỊ** (Tương tự như với Bột Cẳng-bàn tay)

**Người thực hiện**

03 người chuyên khoa chấn thương chỉnh hình. Không phải gây mê nên không cần chuyên khoa gây mê hồi sức.

**Phương tiện**

Như để bó bột Cẳng-bàn tay *(xem bài Bột Cẳng-bàn tay).*

**Người bệnh**

Như bài Bột Cẳng-bàn tay, nhưng cần giải thích cho người bệnh cũng như người nhà của họ về mục đích và quá trình nắn bó kiểu giai đoạn để điều trị hội chứng Volkmann là cả một quá trình lâu dài, nhưng kết quả thì không phải khi nào cũng được theo ý muốn; để người bệnh yên tâm, hợp tác tốt với thầy thuốc trong suốt quá trình điều trị.

**Hồ sơ**: Theo quy định BYT.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH NẮN BÓ BỘT GIAI ĐOẠN ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG VOLKMANN**

**1. Người bệnh**

- Nằm ngửa, cởi bỏ áo bên tay tổn thương, đai đối lực đặt ở trên khuỷu.

- Được nắn bằng tay cho mềm mại tất cả các khớp: cổ tay, liên đốt ngón tay.

**2. Các bước tiến hành**

***2.1 Bó bột lần đầu***: tương tự như bó bột Cẳng-bàn tay. Khác là:

- Trợ thủ 1: giữ 1 tay ở trước cổ tay, 1 tay giữ đầu của ngón 2-3-4 kéo thẳng, sao cho duỗi thẳng toàn bộ các khớp: bàn ngón, khớp liên đốt gần, khớp liên đốt xa. Trong lúc này, cổ tay người bệnh được duỗi tối đa nhất (tất nhiên cổ tay người bệnh lúc này duỗi chưa được nhiều).

- Kỹ thuật viên chính: bó bột (như bó bột Cẳng-bàn tay thông thường).

- Trợ thủ 2: ngâm bột, vớt bột, chạy ngoài...

Trong thời gian chờ bột khô, luôn luôn áp gan tay vào phần bột ở phía mu tay người bệnh, để làm duỗi thẳng các khớp của bàn tay, ngón tay.

Một bột Cẳng-bàn tay để chữa hội chứng Volkmann, khi bó xong sẽ có hình chữ L (hay hình thước thợ, hình ke). Mục đích của chúng ta là sau những lần thay bột và nắn chỉnh, cổ tay người bệnh dần dần được duỗi ra thêm, nghĩa là góc được tạo ra bởi 2 cạnh của chữ L ấy càng lớn dần càng tốt. Với trường hợp Volkmann thể trung bình và nhẹ, sau vài tháng điều trị, góc ấy có thể bằng hoặc lớn hơn 180o, tương ứng với lâm sàng là người bệnh có thể duỗi được hết cổ tay và bàn tay.

***2.2. Bó bột các lần sau***: có 2 cách:

- Ngày xưa, người ta hay dùng cách “cắt múi cam” để sửa góc. Nghĩa là, cứ 1 tuần lễ người ta lại dùng dao cắt xẻ bỏ đi 1 phần bột nhỏ ở mu cổ tay (phần bột cắt bỏ đi trông giống như hình mảnh vỏ của miếng cam khi ta bổ cam ăn, ăn xong tép cam, còn lại mảnh vỏ cam). Sau khi “cắt múi cam”, bột ở sau cổ tay sẽ bị khuyết 1 phần nhỏ, bẻ cho gẫy bột ở phía trước cổ tay, ép cho 2 mép của khuyết bột sát vào nhau, việc đó đồng nghĩa với việc nắn cho khớp cổ tay được duỗi ra thêm. Dùng bột quấn phủ bên ngoài cho chắc. Nhưng chỉ sau 1 vài lần chỉnh sửa kiểu “cắt múi cam” như trên, bột ở vùng cổ tay sẽ bị dầy lên, cộm lên, trông rất xấu. Cách này ngày nay ít nơi còn sử dụng nữa.

- Ngày nay, cách người ta hay dùng, đó là thay bột.

+ Trong 1-2 tháng đầu, cứ mỗi tuần thay bột 1 lần, cách thay bột không có gì đặc biệt, chỉ lưu ý: trước khi bó lại bột cần nắn cho các khớp mềm mại, bó bột lần sau phải duỗi thêm cổ tay 1 chút so với lần trước, nắn chỉnh phải từ từ, kiên trì (tương tự như nắn chỉnh tật chân khoèo bẩm sinh).

+ Các tháng sau, có thể 2 tuần thay bột 1 lần cũng được.

+ Quá trình nắn chỉnh hội chứng Volkmann kiểu giai đoạn thường kéo dài trung bình 3-4 tháng. Có người chủ trương kéo dài quá trình điều trị lên hàng năm, nhưng điều kiện và lòng kiên nhẫn của con người thì có hạn.

**VI. THEO DÕI**

Tương tự như nắn chỉnh tật chân khoèo bẩm sinh.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

Giống với nắn chỉnh chân khoèo.

## **262. NẮN, BÓ BỘT GÃY CỔ XƯƠNG ĐÙI, VỠ Ổ CỐI VÀ TRẬT KHỚP HÁNG**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Gẫy cổ xương đùi là loại gẫy mà đường gẫy nằm ở giữa chỏm xương đùi và khối mấu chuyển.

- Là loại gẫy nội khớp, do mạch máu nuôi dưỡng nghèo nàn nên gẫy cổ xương đùi có tỉ lệ khớp giả hoặc tiêu chỏm xương đùi cao.

- Thường xảy ra ở người có tuổi, có khi chỉ sau một sang chấn nhẹ như ngã ngồi. Ở người trẻ, thường do một chấn thương nặng như tai nạn giao thông, ngã cao...

**II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN**

1. Gẫy cài, gẫy cổ xương đùi ít lệch.

2. Gẫy cổ xương đùi trẻ em.

3. Gẫy cổ xương đùi di lệch nhưng kinh nghiệm phẫu thuật viên, điều kiện cơ sở y tế không đáp ứng an toàn cho phẫu thuật.

4. Tình trạng người bệnh không đảm bảo cho phẫu thuật, nguy cơ do phẫu thuật và gây mê cao.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có chống chỉ định tuyệt đối, chỉ cân nhắc đối với những người già, yếu không thể mang được bột chậu lưng chân. Với những trường hợp này, có bó bột Chậu - lưng - chân cũng khó có cơ hội liền xương, chỉ nên bó bột chống xoay để người bệnh đỡ đau mà thôi.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Chuyên khoa xương: 4-5 người, ít nhất cũng là 4 (1 chính, 3 phụ).

- Nếu người bệnh cần gây mê: 1 hoặc 2 chuyên khoa gây mê.

**2. Phương tiện**

- Thuốc gây mê.

- Bàn nắn: bàn chỉnh hình Pelvie.

- Bột thạch cao: 15 cuộn bột khổ 20 cm, 3-4 cuộn bột khổ 15 cm. Trẻ em thì tùy tuổi và kích thước mà chuẩn bị bột.

**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 gẫy, cởi bỏ quần áo.

- Với người bệnh gây mê, cần nhịn ăn uống ít nhất 5-6 giờ, tránh nôn hoặc hiện tượng trào ngược.

**4. Hồ sơ**

- Cần ghi rõ ngày giờ bị tai nạn, ngày giờ bó bột, tình trạng thăm khám toàn thân, hướng xử trí, những điều dặn dò và hẹn khám lại.

- Với người bệnh gây mê, cần có tờ cam kết chấp nhận thủ thuật.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Nắn chỉnh ổ gẫy**

Người bệnh nằm ngửa trên bàn chỉnh hình, có hai kỹ thuật nắn chính:

- Leadbetter: Gấp háng 90 độ, xoay trong nhẹ, kéo thẳng đứng theo trục xương đùi. Sau đó vẫn giữ chân xoay trong đưa háng dạng và duỗi thẳng chân hạ xuống ngang mức mặt bàn. Cố định bàn chân vào giá đỡ trong tư thế dạng 15-20 độ, xoay trong 20 độ.

- Whitman: Trước hết để háng duỗi, kéo thẳng chân, sau đó xoay chân vào trong và dạng háng. Duỗi thẳng, cố định hai bàn chân vào giá đỡ. Xoay ngoài chân gẫy, háng dạng 20 độ và kéo lấy lại chiều dài hơn bên chân lành một chút. Sau đó xoay trong 20- 30 độ.

Đánh giá trên phim X quang theo chỉ số Garden: trên phim thẳng: góc giữa trục trung tâm của bè xương hệ quạt ở chỏm và thành trong của thân xương đùi không nhỏ hơn 160 độ và không lớn hơn 180 độ. Trên phim nghiêng cổ xương đùi nghiêng trước hoặc nghiêng sau trong giới hạn 20 độ so với đường thẳng dọc cổ xương đùi.

**2. Bất động**

***2.1. Với người bệnh trẻ, thể trạng tốt, người có tuổi nhưng điều kiện sức khỏe cho phép:*** bó bột Chậu - lưng - chân (có thể bó thêm đùi bên lành).

*2.1.1. Thì 1:* bó bột Chậu - lưng - đùi: (bó từ khung chậu đến gối).

- Người bệnh được đặt nằm trên bàn như đã mô tả ở trên, hai bàn chân được cố định chặt vào 2 đế giầy của khung kéo. Với người bệnh nam, nhớ vén bìu người bệnh lên để khi kéo nắn bìu không bị kẹt vào ống đối lực.

- Quay vô lăng để căng chỉnh, nắn xương gẫy (xem phần nắn chỉnh ở trên). Chân bên lành cũng được căng chỉnh làm đối lực, nhưng lực căng thường giảm hơn bên chân có tổn thương.

- Chỉnh 2 khung đỡ 2 chân cho chân dạng ra hoặc khép vào, xoay vào hoặc xoay ra theo ý muốn rồi cố định khung lại (bằng cờ-lê có sẵn). Quấn giấy vệ sinh hoặc bông lót toàn bộ vùng định bó bột (nên quấn lót rộng rãi hơn phần bó bột).

- Đo chu vi khung chậu và dùng bột khổ lớn nhất (20 cm) để rải 1 đai bột to, rộng (thường rộng từ 20 cm trở lên, tùy hình thể người bệnh), đủ dài để bó vòng quanh khung chậu và bụng. Ngâm bột nhanh, vắt ráo nước, vuốt phẳng đai bột, luồn qua dưới lưng người bệnh. Bên kia, trợ thủ viên đón đầu đai bột. Đưa 2 đầu đai bột gặp nhau và gối lên nhau ở trước giữa bụng. Nên đặt 1 gối mỏng trước bụng, bó xong thì rút bỏ để tránh bột chặt khi người bệnh ăn no.

- Rải tiếp 2 nẹp bột to bản nữa, đủ dài:

+ 1 nẹp đặt từ trước bụng bên tổn thương, gối lên phần đai bột đã đặt trước đó (đai bột vòng quanh khung chậu và bụng). Quấn bắt chéo qua cung đùi ra ngoài, để ra sau đùi, quấn chéo từ trên xuống dưới, từ ngoài vào trong cho hết nẹp bột.

+ 1 nẹp bột nữa tương tự, nhưng quấn chéo và xoáy trôn ốc theo chiều ngược lại với nẹp bột trên. Xuất phát điểm từ sau mào chậu, quấn vòng từ trên xuống dưới, qua mào chậu để từ ngoài vào trong, từ trước ra sau và cuối cùng từ trong ra ngoài cho hết chiều dài của nẹp bột. Mép trên của nẹp bột trùng với cung đùi. Có thể đặt 2 nẹp bột trên không bắt chéo mà song song nhau, cùng chiều, gối nhau 1 ít, đỡ bị cộm.

- Dùng bột rải kiểu Zích-zắc tăng cường vùng trước bẹn. Đến đây coi như xong phần rải và đặt các nẹp bột.

- Quấn bột: dùng bột to bản (cỡ 20 cm) quấn từ trên xuống dưới, đến gối thì dừng lại (có thể bó xuống đến 1/3 dưới cẳng chân), quấn ngược lên trên, quấn lên quấn xuống như vậy đến khi cảm thấy đủ dầy thì được. Nhớ quấn bổ sung cho đai bột ở xung quanh bụng và khung chậu đã được đặt ban đầu. Cũng như các loại bột bó 2 thì khác, chỗ bột nối nhau giữa 2 thì nên bó mỏng dần để khi bó bột thì 2,bột gối lên nhau khỏi bị cộm.

*2.1.2. Thì 2:*

- Cắt băng cố định cổ bàn chân khỏi đế giày.

- Đưa người bệnh sang bàn nắn thường để bó nốt bột Cẳng - bàn chân (như bó bột Cẳng - bàn chân). Xong rồi thì xoa vuốt, chỉnh trang lần cuối.

- Nếu bó bột Chậu - lưng - chân-đùi, phần bột đùi đối diện được bó đồng thời với bên đùi tổn thương, đặt các nẹp và kỹ thuật bó tương tự như bên đùi tổn thương.

- Lau chùi sạch các ngón chân để dễ theo dõi. Bột cấp cứu, vẫn rạch dọc bột từ bẹn trở xuống.

Thời gian bất động bột với người lớn: 10-12 tuần. Với trẻ em, tùy theo tuổi.

**2.2. Với người cao tuổi, điều kiện sức khỏe không cho phép** bó bột Chậu- lưng-chân: chỉ bó bột chống xoay để đỡ đau trong thời gian mới gẫy. Thời gian bó bột chống xoay 5-6 tuần.

**VI. THEO DÕI**

- Nhẹ: theo dõi điều trị ngoại trú.

- Nặng, có tổn thương phối hợp, sưng nề: cho vào viện theo dõi điều trị nội trú.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Tai biến mạch máu, thần kinh: rất hiếm gặp. Nếu có, XỬ TRÍ theo tổn thương.

- Khi người bệnh đau bụng, cần nhanh chóng rạch dọc bột ở phần bụng và rạch dọc bột từ bẹn trở xuống, để tiện cho việc theo dõi, thăm khám và xử trí. Theo dõi, nếu không phải XỬ TRÍ cấp cứu ngoại khoa, sẽ quấn tăng cường để trả lại nguyên trạng của bột sau.

- Bột bó 2 thì, thì 1 bột được bó khi chân được kéo rất căng trên khung, bó xong rồi chân người bệnh được giải phóng sức căng, chân sẽ dồn lên do lực co của cơ, dễ gây chèn ép và mép bột có thể thúc vào bẹn gây đau hoặc loét, nên phải quấn độn lót cho dầy, nhất là vùng bẹn, gối, cổ chân. Bó xong nên sửa mép bột ở bẹn cho rộng rãi.

## **263. NẮN, BÓ BỘT GÃY 1/3 TRÊN XƯƠNG ĐÙI**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Xương đùi là xương dài và to nhất, khỏe nhất trong bộ khung xương người, xung quanh có nhiều nhóm cơ khỏe bao bọc, do vậy gẫy xương đùi thường do sang chấn mạnh và di lệch nhiều.

- Xương trẻ em còn phát triển theo chiều dài và chiều ngang nên một khi xương bị gẫy, được kéo nắn thẳng và đủ chiều dài thì những di lệch gấp góc, di lệch sang bên, di lệch xoay ở mức độ vừa phải có thể sẽ tự điều chỉnh được theo thời gian.

**II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN**

1. Gẫy xương đùi ở trẻ em dưới 10 tuổi chủ yếu điều trị bảo tồn, trẻ em 10 tuổi trở lên cần cân nhắc (trẻ em ở lứa tuổi này chỉ định mổ rộng rãi hơn).

2. Gẫy xương đùi người lớn, lẽ ra có chỉ định mổ, nhưng vì điều kiện y tế và tình trạng người bệnh không thể tiến hành phẫu thuật được.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

1. Gẫy hở độ II của Gustilo trở lên.

2. Gẫy xương kèm tổn thương mạch máu, thần kinh.

3. Chống chỉ định tương đối: không áp dụng cho những người quá già, yếu không thể mang được bột Chậu - lưng - chân (các trường hợp này có thể bó bột chống xoay, nhưng nên bó cao lên sát bẹn).

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Chuyên khoa xương: 4-5 người, ít nhất cũng là 4 (1 chính, 3 phụ).

- Chuyên khoa gây mê : 1 bác sĩ và 1 phụ mê.

**2. Phương tiện**

- Bàn nắn: bàn chỉnh hình Pelvie.

- Thuốc gây tê hoặc gây mê (nắn bó bột xương đùi hầu hết phải gây mê, chỉ gây tê với những trường hợp gẫy không lệch, gây tê khi này chỉ có tác dụng khi vận chuyển người bệnh lên bàn Pelvie và tiến hành bó bột, để người bệnh khỏi bị đau mà thôi).

- Bột thạch cao: 15 cuộn bột khổ 20 cm; 2-3 cuộn bột khổ 15 cm. Trẻ em thì tùy theo tuổi, kích thước cơ thể để chuẩn bị bột.

- Bông lót, cồn 70o, dây và dao rạch dọc, dụng cụ gây mê hồi sức, o xy, dịch truyền, nước ngâm 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 gẫy, cởi bỏ quần áo.

- Với người bệnh gây mê, cần nhịn ăn uống ít nhất 5-6 giờ, tránh nôn hoặc hiện tượng trào ngược.

**4. Hồ sơ**

- Cần ghi rõ ngày giờ bị tai nạn, ngày giờ bó bột, tình trạng thăm khám toàn thân, hướng xử trí, những điều dặn dò và hẹn khám lại.

- Với người bệnh gây mê, cần có tờ cam kết chấp nhận thủ thuật.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Nắn chỉnh ổ gẫy**

- Tư thế người bệnh: Nằm ngửa trên bàn chỉnh hình.

- Lúc đầu để chân xoay ngoài nhẹ, kéo thẳng đạt đủ chiều dài, sau đó xoay chân vào trong và dạng háng.

**2. Bất động**

***2.1. Với người bệnh trẻ, khỏe: bó bột Chậu - lưng - chân,*** bó thêm đùi bên lành.

Bên chân gẫy để tư thế dạng và xoay trong, ổ gẫy sẽ khít hơn.

Bó bột Chậu - lưng - chân gồm 2 thì:

*2.1.1. Thì 1:* bó bột Chậu - lưng - đùi: (bó từ khung chậu đến gối).

- Người bệnh được đặt nằm trên bàn như đã mô tả ở trên, hai bàn chân được cố định chặt vào 2 đế giầy của khung kéo. Với người bệnh nam, nhớ vén bìu người bệnh lên để khi kéo nắn bìu không bị kẹt vào ống đối lực.

- Quay vô lăng để căng chỉnh, nắn xương gẫy (như mô tả ở trên). Chân bên lành cũng được căng chỉnh làm đối lực, nhưng lực căng thường giảm hơn bên chân có tổn thương.

- Chỉnh 2 khung đỡ 2 chân cho chân dạng ra và xoay vào rồi cố định khung lại (bằng cờ-lê có sẵn). Quấn giấy vệ sinh hoặc bông lót toàn bộ vùng định bó bột (nên quấn lót rộng rãi hơn phần bó bột).

- Đo chu vi khung chậu và dùng bột khổ lớn nhất (20 cm) để rải 1 đai bột to, rộng (thường rộng từ 20 cm trở lên, tùy hình thể người bệnh), đủ dài để bó vòng quanh khung chậu và bụng. Ngâm bột nhanh, vắt ráo nước, vuốt phẳng đai bột, luồn qua dưới lưng người bệnh. Bên kia, trợ thủ viên đón đầu đai bột. Đưa 2 đầu đai bột gặp nhau và gối lên nhau ở trước giữa bụng. Nên đặt 1 gối mỏng trước bụng, bó xong thì rút bỏ để tránh bột chặt khi người bệnh ăn no.

- Rải tiếp 2 nẹp bột to bản nữa, đủ dài:

+ 1 nẹp đặt từ trước bụng bên tổn thương, gối lên phần đai bột đã đặt trước đó (đai bột vòng quanh khung chậu và bụng). Quấn bắt chéo qua cung đùi ra ngoài, để ra sau đùi, quấn chéo từ trên xuống dưới, từ ngoài vào trong cho hết nẹp bột.

+ 1 nẹp bột nữa tương tự, nhưng quấn chéo và xoáy trôn ốc theo chiều ngược lại với nẹp bột trên. Xuất phát điểm từ sau mào chậu, quấn vòng từ trên xuống dưới, qua mào chậu để từ ngoài vào trong, từ trước ra sau và cuối cùng từ trong ra ngoài cho hết chiều dài của nẹp bột. Mép trên của nẹp bột trùng với cung đùi. Có thể đặt 2 nẹp bột trên không bắt chéo mà song song nhau, cùng chiều nhau, gối nhau 1 ít, đỡ bị cộm.

- Dùng bột rải kiểu Zích-zắc tăng cường vùng trước bẹn. Đến đây coi như xong phần rải và đặt các nẹp bột.

- Quấn bột: dùng bột to bản (cỡ 20 cm) quấn từ trên xuống dưới, đến gối thì dừng lại (có thể bó xuống đến 1/3 dưới cẳng chân), quấn ngược lên trên, quấn lên quấn xuống như vậy đến khi cảm thấy đủ dầy thì được. Nhớ quấn bổ sung cho đai bột ở xung quanh bụng và khung chậu đã được đặt ban đầu. Cũng như các loại bột bó 2 thì khác, chỗ bột nối nhau giữa 2 thì nên bó mỏng dần để khi bó bột thì 2,bột gối lên nhau khỏi bị cộm.

*2.1.2. Thì 2:*

- Cắt băng cố định cổ bàn chân khỏi đế giày.

- Đưa người bệnh sang bàn nắn thường để bó nốt bột Cẳng - bàn chân (như bó bột Cẳng - bàn chân). Xong rồi thì xoa vuốt, chỉnh trang lần cuối.

- Nếu bó bột Chậu - lưng - chân-đùi, phần bột đùi đối diện được bó đồng thời với bên đùi tổn thương, đặt các nẹp và kỹ thuật bó tương tự như bên đùi tổn thương.

- Lau chùi sạch các ngón chân để dễ theo dõi. Bột cấp cứu, vẫn rạch dọc bột từ bẹn trở xuống.

***2.2. Với người bệnh quá già yếu hoặc không đủ điều kiện bó bột*** Chậu - lưng- chân: bó bột chống xoay (bột có que ngang ở gần gót, song song với mặt phẳng nằm ngang). Bột chống xoay nên bó lên quá gối, để gối không co lên được, giữ cho ổ gẫy được ổn định hơn. Trong 3-4 tuần đầu, hướng dẫn người nhà người bệnh kê dạng 2 chân, đặc biệt là chân gẫy. Nên dùng 1 chiếc chăn gấp lại kê vào giữa 2 gối để người bệnh không khép chân vào được, nếu để chân khép vào dễ bị can gấp góc vào trong, gây hậu quả ngắn chân sau này.

**3. Thời gian bất động**

- Với bột Chậu - lưng - chân: người lớn trung bình 5-8 tuần, trẻ em 4-5 tuần (tùy theo tuổi). Sau 7-10 ngày chụp kiểm tra, nếu di lệch góc cho thay bột, sửa góc.

- Với bột chống xoay: 4-5 tuần.

**VI. THEO DÕI**

- Nhẹ: theo dõi điều trị ngoại trú.

- Nặng, có tổn thương phối hợp, sưng nề: cho vào viện theo dõi điều trị nội trú.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Tai biến mạch máu, thần kinh: rất hiếm gặp. Có thể gặp tổn thương động mạch đùi chung, động mạch đùi nông, động mạch đùi sâu: XỬ TRÍ theo tổn thương.

- Khi người bệnh đau bụng, cần nhanh chóng rạch dọc bột ở phần bụng và rạch dọc bột từ bẹn trở xuống, để tiện cho việc theo dõi, thăm khám và xử trí. Theo dõi, nếu không phải XỬ TRÍ cấp cứu ngoại khoa, sẽ quấn tăng cường để trả lại nguyên trạng của bột sau.

- Bột bó 2 thì, thì 1 bột được bó khi chân được kéo rất căng trên khung, bó xong rồi chân người bệnh được giải phóng sức căng, chân sẽ dồn lên do lực co của cơ, dễ gây chèn ép và mép bột có thể thúc vào bẹn gây đau hoặc loét, nên phải quấn độn lót cho dầy, nhất là vùng bẹn, gối, cổ chân. Bó xong nên sửa mép bột ở bẹn cho rộng rãi.

## **264. NẮN, BÓ BỘT GÃY 1/3 DƯỚI XƯƠNG ĐÙI**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Xương đùi là xương dài và to nhất, khỏe nhất trong bộ khung xương người, xung quanh có nhiều nhóm cơ khỏe bao bọc, do vậy gẫy xương đùi thường do sang chấn mạnh và di lệch nhiều.

- Xương trẻ em còn phát triển theo chiều dài và chiều ngang nên một khi xương bị gẫy, được kéo nắn thẳng và đủ chiều dài thì những di lệch gấp góc, di lệch sang bên, di lệch xoay ở mức độ vừa phải có thể sẽ tự điều chỉnh được theo thời gian.

**II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN**

1. Gẫy xương đùi ở trẻ em dưới 10 tuổi chủ yếu điều trị bảo tồn, trẻ em 10 tuổi trở lên cần cân nhắc (trẻ em ở lứa tuổi này chỉ định mổ rộng rãi hơn).

2. Gẫy xương đùi người lớn, lẽ ra có chỉ định mổ, nhưng vì điều kiện y tế và tình trạng người bệnh không thể tiến hành phẫu thuật được.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

1. Gẫy hở độ II của Gustilo trở lên.

2. Gẫy xương kèm tổn thương mạch máu, thần kinh.

3. Chống chỉ định tương đối: không áp dụng cho những người quá già, yếu không thể mang được bột Chậu - lưng - chân (các trường hợp này có thể bó bột chống xoay, nhưng nên bó cao lên sát bẹn).

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Chuyên khoa xương: 4-5 người, ít nhất cũng là 4 (1 chính, 3 phụ).

- Chuyên khoa gây mê : 1 bác sĩ và 1 phụ mê.

**2. Phương tiện**

- Bàn nắn: bàn chỉnh hình Pelvie.

- Thuốc gây tê hoặc gây mê (nắn bó bột xương đùi hầu hết phải gây mê, chỉ gây tê với những trường hợp gẫy không lệch, gây tê khi này chỉ có tác dụng khi vận chuyển người bệnh lên bàn Pelvie và tiến hành bó bột, để người bệnh khỏi bị đau mà thôi).

- Bột thạch cao: 15 cuộn bột khổ 20 cm; 2-3 cuộn bột khổ 15 cm. Trẻ em thì tùy theo tuổi, kích thước cơ thể để chuẩn bị bột.

- Bông lót, cồn 70o, dây và dao rạch dọc, dụng cụ gây mê hồi sức, o xy, dịch truyền, nước ngâm 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 gẫy, cởi bỏ quần áo.

- Với người bệnh gây mê, cần nhịn ăn uống ít nhất 5-6 giờ, tránh nôn hoặc hiện tượng trào ngược.

**4. Hồ sơ**

- Cần ghi rõ ngày giờ bị tai nạn, ngày giờ bó bột, tình trạng thăm khám toàn thân, hướng xử trí, những điều dặn dò và hẹn khám lại.

- Với người bệnh gây mê, cần có tờ cam kết chấp nhận thủ thuật.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Nắn chỉnh ổ gẫy**

***1.1. Với cả 4 loại gẫy đầu dưới xương đùi ít di lệch***

- Tư thế người bệnh: nằm ngửa trên bàn nắn thông thường.

- Hút máu tụ khớp gối (với gẫy nội khớp), kéo nắn tùy theo kiểu di lệch.

***1.2. Với gẫy trên lồi cầu có di lệch***

- Người bệnh đặt nằm ngửa trên bàn thường, gây tê hoặc gây mê, xong đưa lên cố định trên bàn chỉnh hình.

- Cố định chân định nắn vào khung kéo ở tư thế trùng gối, trợ thủ dùng cẳng tay đặt dưới khoeo người bệnh để gồng lên, người nắn chính sẽ tiến hành nắn tùy theo kiểu di lệch như thế nào (căn cứ phim XQ), khi thấy được thì từ từ duỗi dần gối ra, đặt dây rạch dọc và bó bột Chậu - lưng - chân, tư thế gối chùng 130o.

***1.3.Với gẫy lồi cầu trong, lồi cầu ngoài và gẫy liên lồi cầu:*** cũng trên bàn chỉnh hình, nhưng kéo nắn trong tư thế gối duỗi. Các thì giống với gẫy trên lồi cầu.

**2. Bất động bột**

***2.1. Gẫy trên lồi cầu, gẫy liên lồi cầu: cần bó bột Chậu - lưng - chân***

Bó bột Chậu - lưng - chân gồm 2 thì:

*2.1.1. Thì 1:* bó bột Chậu - lưng - đùi: (bó từ khung chậu đến gối).

- Người bệnh được đặt nằm trên bàn như đã mô tả ở trên, hai bàn chân được cố định chặt vào 2 đế giầy của khung kéo. Với người bệnh nam, nhớ vén bìu người bệnh lên để khi kéo nắn bìu không bị kẹt vào ống đối lực.

- Quay vô lăng để căng chỉnh, nắn xương gẫy (như mô tả ở trên). Chân bên lành cũng được căng chỉnh làm đối lực, nhưng lực căng thường giảm hơn bên chân có tổn thương.

- Chỉnh 2 khung đỡ 2 chân cho chân dạng ra và xoay vào rồi cố định khung lại (bằng cờ-lê có sẵn). Quấn giấy vệ sinh hoặc bông lót toàn bộ vùng định bó bột (nên quấn lót rộng rãi hơn phần bó bột).

- Đo chu vi khung chậu và dùng bột khổ lớn nhất (20 cm) để rải 1 đai bột to, rộng (thường rộng từ 20 cm trở lên, tùy hình thể người bệnh), đủ dài để bó vòng quanh khung chậu và bụng. Ngâm bột nhanh, vắt ráo nước, vuốt phẳng đai bột, luồn qua dưới lưng người bệnh. Bên kia, trợ thủ viên đón đầu đai bột. Đưa 2 đầu đai bột gặp nhau và gối lên nhau ở trước giữa bụng. Nên đặt 1 gối mỏng trước bụng, bó xong thì rút bỏ để tránh bột chặt khi người bệnh ăn no.

- Rải tiếp 2 nẹp bột to bản nữa, đủ dài:

+ 1 nẹp đặt từ trước bụng bên tổn thương, gối lên phần đai bột đã đặt trước đó (đai bột vòng quanh khung chậu và bụng). Quấn bắt chéo qua cung đùi ra ngoài, để ra sau đùi, quấn chéo từ trên xuống dưới, từ ngoài vào trong cho hết nẹp bột.

+ 1 nẹp bột nữa tương tự, nhưng quấn chéo và xoáy trôn ốc theo chiều ngược lại với nẹp bột trên. Xuất phát điểm từ sau mào chậu, quấn vòng từ trên xuống dưới, qua mào chậu để từ ngoài vào trong, từ trước ra sau và cuối cùng từ trong ra ngoài cho hết chiều dài của nẹp bột. Mép trên của nẹp bột trùng với cung đùi. Có thể đặt 2 nẹp bột trên không bắt chéo mà song song nhau, cùng chiều nhau, gối nhau 1 ít, đỡ bị cộm.

- Dùng bột rải kiểu Zích-zắc tăng cường vùng trước bẹn. Đến đây coi như xong phần rải và đặt các nẹp bột.

- Quấn bột: dùng bột to bản (cỡ 20 cm) quấn từ trên xuống dưới, đến gối thì dừng lại (có thể bó xuống đến 1/3 dưới cẳng chân), quấn ngược lên trên, quấn lên quấn xuống như vậy đến khi cảm thấy đủ dầy thì được. Nhớ quấn bổ sung cho đai bột ở xung quanh bụng và khung chậu đã được đặt ban đầu. Cũng như các loại bột bó 2 thì khác, chỗ bột nối nhau giữa 2 thì nên bó mỏng dần để khi bó bột thì 2,bột gối lên nhau khỏi bị cộm.

*2.1.2. Thì 2:*

- Cắt băng cố định cổ bàn chân khỏi đế giày.

- Đưa người bệnh sang bàn nắn thường để bó nốt bột Cẳng - bàn chân (như bó bột Cẳng - bàn chân). Xong rồi thì xoa vuốt, chỉnh trang lần cuối.

- Nếu bó bột Chậu - lưng - chân-đùi, phần bột đùi đối diện được bó đồng thời với bên đùi tổn thương, đặt các nẹp và kỹ thuật bó tương tự như bên đùi tổn thương.

- Lau chùi sạch các ngón chân để dễ theo dõi.

- Bột cấp cứu, vẫn rạch dọc bột từ bẹn trở xuống.

***2.2.Gẫy 1 trong 2 lồi cầu, gẫy trên lồi cầu và liên lồi cầu nhưng không di lệch***bó bột Đùi - cẳng - bàn chân rạch dọc (có thể làm thêm que ngang chống xoay).

**3. Thời gian bất động bột: với người lớn trung bình 8 tuần** (trẻ em, thời gian ngắn hơn, tùy theo tuổi).

- Sau 1 tuần chụp kiểm tra: Nếu tốt: thay bột tròn. Nếu di lệch thứ phát: nắn thêm (với gẫy trên lồi cầu), hoặc chuyển mổ có chuẩn bị (với gẫy nội khớp).

- Sau 3 tuần có thể thay bột, tránh hiện tượng xương di lệch thêm do lỏng bột.

**VI. THEO DÕI**

- Nhẹ: theo dõi điều trị ngoại trú.

- Nặng, có tổn thương phối hợp, sưng nề: cho vào viện theo dõi điều trị nội trú.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Tai biến mạch máu, thần kinh: rất hiếm gặp. Có thể gặp tổn thương động mạch đùi chung, động mạch đùi nông, động mạch đùi sâu: XỬ TRÍ theo tổn thương.

- Khi người bệnh đau bụng, cần nhanh chóng rạch dọc bột ở phần bụng và rạch dọc bột từ bẹn trở xuống, để tiện cho việc theo dõi, thăm khám và xử trí. Theo dõi, nếu không phải XỬ TRÍ cấp cứu ngoại khoa, sẽ quấn tăng cường để trả lại nguyên trạng của bột sau.

- Bột bó 2 thì, thì 1 bột được bó khi chân được kéo rất căng trên khung, bó xong rồi chân người bệnh được giải phóng sức căng, chân sẽ dồn lên do lực co của cơ, dễ gây chèn ép và mép bột có thể thúc vào bẹn gây đau hoặc loét, nên phải quấn độn lót cho dầy, nhất là vùng bẹn, gối, cổ chân. Bó xong nên sửa mép bột ở bẹn cho rộng rãi.

## **265. NẮN, BÓ BỘT TRẬT KHỚP HÁNG BẨM SINH**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Định nghĩa: bó bột Hip Spica Cast trong điều trị trật khớp háng bẩm sinh là biện  
pháp cố định lại chỏm xương đùi của trẻ bị trật khớp háng hoàn toàn hoặc bán trật  
khớp háng bẩm sinh.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Trẻ trật khớp háng bẩm sinh hoàn toàn dưới 36 tháng tuổi.

- Trẻ bán trật khớp háng, viêm chỏm xương đùi vô khuẩn..

- Sau [phẫu thuật](http://khamgiodau.com/s/Ph%E1%BA%ABu%20thu%E1%BA%ADt.html) khớp háng, sau tiêm Botox trên trẻ bại não.

**III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Trẻ trật khớp háng bẩm sinh trên 36 tháng tuổi.

- Các tình trạng nhiễm khuẩn, nhiễm trùng sâu vùng khung chậu, khớp háng.

- Trẻ mắc nhiều dị tật bẩm sinh như cứng đa khớp, thoát vị não tủy....

**IV. CHUẨN BỊ**

1. Người thực hiện: Bác sỹ chuyên khoa Phục hồi chức năng, kỹ thuật viên chỉnh hình, kỹ thuật viên Vật lý trị liệu.

2. Phương tiện

- Băng cotton hoặc giấy vệ sinh, bột bó.

- Thuốc: thuốc giảm đau (Paracetamol…), thuốc khử trùng (Betadine).

3. Người bệnh: Trẻ đặt nằm trên bàn bó bột, bộc lộ toàn bộ vùng thắt lưng và chi dưới.  
**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

1. Tâm lý tiếp xúc

Giải thích rõ cho cha mẹ bệnh nhi và người nhà hiểu được tình trạng bệnh tật  
của trẻ và các bước sẽ tiến hành để tạo ra sự hợp tác chặt chẽ và tuân thủ.

2. Bó bột chỉnh hình Hip Spica Cast

- Trẻ được đặt nằm ngửa trên bàn bó bột bộc lộ toàn bộ vùng ngực -bụng- thắt lưng và hai chân. Làm vệ sinh sạch và khô.

- Tiến hành bó bột:

+ Quấn toàn bộ vùng thắt lưng-hông-đùi, hoặc thắt lưng-hông-đùi-cẳng-bàn chân  
bằng băng cotton hoặc giấy vệ sinh.

+ Quấn bột từ vùng thắt lưng-hông-đùi (Short Leg-Hip Spica Cast) hoặc thắt lưng-  
hông-đùi-cẳng chân và bàn chân (Long Leg-Hip Spica Cast).Người bệnh được bó bột tư thế ếch với khớp háng hai bên gấp về phía bụng và dạng.

+ Giữ chân trẻ ở tư thế này đến khi khô bột.

+ Cố định bột trong 2 - 4 - 8 - 12 tuần(tùy thuộc lứa tuổi bắt đầu bó bột).

+ Tháo bột, làm vệ sinh sạch chân trẻ, bôi Betadine vào chỗ loét, xước.

**VI . THEO DÕI**

- Theo dõi sau bó bột tại nhà: Nếu các ngón chân sưng, tím, hoặc trẻ xuất hiện sốt và quấy khóc không rõ nguyên nhân cần tháo bột ngay để kiểm tra.

- Thời gian bó bột: 2 tuần/ đợt, khoảng 04- 06 đợt.

- Cuối đợt bó cần chụp kiểm tra để xem vị trí chỏm xương đùi và ổ chảo đã vào đúng vị trí.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Gây tỳ đè dẫn đến viêm hoặc loét da và tổ chức dưới da

- Tổn thương phần mềm như gân, cơ, dây chằng.

- Teo cơ và giảm vận động do bất động lâu.

## **266. NẮN, BÓ BỘT TRẬT KHỚP VAI**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Khớp vai là 1 khớp chỏm (có chỏm khớp và ổ khớp), chỏm khớp thì to, ổ khớp lại nhỏ và nông nên khớp vai rất dễ bị trật (chiếm 50-60% , hay gặp nhất trong tất cả các loại trật khớp). Bao khớp và dây chằng rộng và yếu ở phía trước và phía trước trong, nên hay gặp trật khớp vai kiểu ra trước và vào trong.

- Người ta phân loại trật khớp vai ra nhiều loại, theo kiểu trật và theo thời gian đến sớm hay muộn. Về kiểu trật, hầu hết gặp kiểu trật ra trước và vào trong.

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

- Nếu đến sớm việc nắn rất đơn giản và hiệu quả, nếu đến muộn (vài tuần trở lên) việc điều trị trở nên rất khó khăn, kể cả bằng điều trị bằng phẫu thuật.

**II. CHỈ ĐỊNH NẮN BẢO TỒN TRẬT KHỚP VAI**

1. Trật khớp kín.

Trật khớp vai đến sớm (3 tuần trở lại).

Trật khớp vai đơn thuần (không có kèm gẫy xương vùng vai).

Trật khớp vai có kèm gẫy xương vùng vai nhưng không di lệch, ít di lệch.

Trật khớp vai kèm gẫy xương vùng vai di lệch, có chỉ định mổ kết hợp xương nhưng chưa thể mổ được, hoặc người bệnh không đủ điều kiện mổ, không chấp nhận mổ...Trường hợp này cần phải nắn khớp vai vào đã, việc mổ xương tính sau (mổ kết hợp xương có chuẩn bị).

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

1. Trật khớp hở chưa XỬ TRÍ phẫu thuật.

Trật khớp vai đến quá muộn (trên 01 tháng).

Không phải chống chỉ định tuyệt đối, nhưng cần cân nhắc trong các trường hợp trật khớp vai kèm gẫy các xương vùng vai có di lệch (gẫy cổ xương cánh tay, gẫy xương bả vai...).

**IV. CHUẨN BỊ**

**Người thực hiện**

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

**Phương tiện**

- 01 bàn nắn thông thường (tốt nhất là bàn kiểu bàn mổ), bàn bằng chất liệu gì thì cũng đòi hỏi phải nặng, được cố định chắc chắn xuống sàn nhà, để khi kéo nắn bàn không bị trôi theo lực kéo. Bàn có 1 mấu ngang để giữ đai đối lực khi kéo nắn.

- Bột thạch cao: với người lớn cần 4-5 cuộn cỡ lớn (15-20 cm).

- Giấy vệ sinh hoặc bông lót: 02 cuộn.

- Các dụng cụ cho gây tê hoặc gây mê: bơm tiêm, bông cồn 70o, nếu gây tê, thuốc tê 3-4 ống Lidocaine 1% (hoặc Xylocaine), pha loãng trong khoảng 10 ml nước cất (hoặc huyết thanh mặn 0,9%).

- Nước ngâm bột: đủ để ngâm chìm các cuộn bột, không dùng nước đã dùng ngâm bột quá nhiều lần, nước quánh đặc sẽ khó ngấm đều trong bột. Mùa đông phải dùng nước ấm ngâm bột, vì trong quá trình bó bột, bột sẽ hấp thu 1 nhiệt lượng đáng kể; nếu dùng nước lạnh, người bệnh dễ bị cảm lạnh.

**Người bệnh**

- Được thăm khám toàn diện, tránh bỏ sót tổn thương, nhất là những tổn thương lớn có thể gây tử vong trong quá trình nắn bó bột.

- Được giải thích kỹ mục đích của thủ thuật, quá trình tiến hành làm thủ thuật, để người bệnh khỏi bị bất ngờ, động viên để họ yên tâm, hợp tác tốt với thầy thuốc. Với bệnh nhi, cần giải thích cho bố mẹ hoặc người thân.

- Được vệ sinh sạch sẽ vùng vai và nách, cởi hoặc cắt bỏ tay áo bên tay trật.

- Với người bệnh gây mê, cần nhịn ăn uống ít nhất 5-6 giờ, tránh nôn hoặc hiện tượng trào ngược (nước hoặc thức ăn từ dạ dầy tràn sang đường thở gây tắc thở).

**Hồ sơ**

- Cần ghi rõ ngày giờ bị tai nạn, ngày giờ bó bột, tình trạng thăm khám toàn thân, hướng xử trí, những điều dặn dò và hẹn khám lại.

- Với người bệnh gây mê, cần có tờ cam kết chấp nhận thủ thuật.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH NẮN BÓ BỘT TRẬT KHỚP VAI**

**1. Người bệnh**: với người bệnh gây tê và gây mê cũng giống nhau.

- Tư thế người bệnh: nằm ngửa.

- Được giải thích kỹ mục đích và quá trình tiến hành thủ thuật để họ yên tâm, phối hợp tốt với thầy thuốc trong quá trình làm thủ thuật.

- Được vệ sinh sạch sẽ vùng vai bằng xà phòng, đặc biệt vùng nách.

- Cởi bỏ áo (trời lạnh nên phủ ấm ngực, chỉ để bộc lộ vai và tay bên tổn thương).

- Với người bệnh gây mê: cần nhịn ăn uống ít nhất 5-6 giờ, có tờ cam kết chấp nhận thủ thuật (tương tự cam kết chấp nhận phẫu thuật).

**2. Các bước tiến hành nắn bó bột trật khớp vai**

Như ở trên đã nói, trật khớp vai hầu hết là ra trước và vào trong. Khuôn khổ bài có hạn, chúng tôi chỉ nói cách nắn kiểu trật khớp vai ra trước và vào trong. Các kiểu trật khác có vỡ xương, nên thường phải mổ.

***2.1 Nắn***: Có rất nhều cách nắn, tùy trường phái. Ở đây chúng tôi chỉ nói 2 phương pháp nắn hay dùng nhất:

*Phương pháp Hypocrates* (còn gọi là *phương pháp gót chân*): là một trong những phương pháp kinh điển nhất, đơn giản, an toàn, lại hiệu quả, là phương pháp đang được rất nhiều bệnh viện sử dụng. Mô tả:

- Người bệnh nằm ngửa trên ván cứng đặt dưới sàn hoặc trên bàn, người nắn ngồi hoặc đứng cùng bên tổn thương (ví dụ người bệnh bị trật khớp vai bên trái thì người nắn ở về bên trái người bệnh, người bệnh nằm trên sàn thì người nắn ngồi, người bệnh nằm trên bàn thì người nắn đứng). Người nắn cho gót chân cùng bên (ví dụ người bệnh trật khớp vai trái thì người nắn dùng gót chân trái) vào hõm nách người bệnh làm đối lực, 2 tay cầm cổ tay người bệnh kéo theo trục tay người bệnh, hơi dạng (khoảng 20-25o). Kéo từ từ và mạnh dần khoảng 5-7 phút, dùng gót chân bẩy nhẹ chỏm xương cánh tay ra ngoài, từ từ xoay cánh tay ra ngoài và khép cánh tay lại, đồng thời rút gót chân ra. Lúc này sẽ có cảm giác nghe thấy tiếng “khục”, có thể cảm nhận được tiếng “khục” truyền vào tay người nắn, nếu người nắn có kinh nghiệm, thế là khớp đã được nắn xong. Nếu thấy còn khó khăn, xoay nhẹ cánh tay theo trục vài lần trong quá trình kéo nắn, khớp sẽ vào dễ hơn.

- Nếu có vỡ mấu động lớn xương cánh tay kèm theo, chỉ cần nắn khớp, mấu động lớn trong hầu hết các trường hợp sẽ tự vào theo (nhiều khi chụp phim kiểm tra, mấu xương vào hoàn toàn, thậm chí có thể không trông thấy vết gẫy).

- Sau khi nắn xong, đỡ người bệnh ngồi dậy (nếu người bệnh gây tê), băng bất động tạm cánh tay và cẳng tay người bệnh vào thân người, khuỷu để 900, chụp kiểm tra trước khi bó bột (hoặc bó bột xong mới cho chụp kiểm tra cũng được).

*Phương pháp Kocher: người bệnh cũng nằm ngửa, nắn qua 4 thì*

**Thì 1**: Kéo thẳng cánh tay (tương tự cách nắn của Hyppocrates).

**Thì 2**: Ép khuỷu và cánh tay vào thân người.

**Thì 3**: Xoay cánh tay ra ngoài (có thể gấp khuỷu và đưa cổ tay ra ngoài để xoay ngoài cánh tay dễ hơn).

**- Thì 4**: Đưa cánh tay lên trên và vào trong (có thể lúc này bàn tay người bệnh sờ được vào tai bên đối diện).

Phương pháp này không nên dùng khi trật khớp lần đầu vì có thể gây tổn thương phần mềm, tuy nắn cách này đỡ tốn nhiều lực nhưng dễ gây gẫy xương do lực đòn bẩy. Thường nắn trong trật khớp vai tái diễn với kiểu trật vai ra trước và vào trong. Vì có thể xảy ra tai biến, nên người ít kinh nghiệm không nên áp dụng phương pháp này.

***2.2 Bất động***: thời gian bất động trung bình là 3 tuần.

- Với người trẻ, khỏe: bó bột Desault, với 2 tình huống gây tê và gây mê.

- Với người bệnh già yếu, có bệnh toàn thân, cong vẹo cột sống, người bệnh đang cho con bú, hoặc có thai trên 6 tháng thì nên mặc áo chỉnh hình bằng vải mềm.

**VI. THEO DÕI TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

Gần như hiếm gặp tai biến, nếu có thì cũng chủ yếu là tai biến của gây mê. Về nắn, có thể gặp gẫy xương cánh tay ở người già, phòng ngừa bằng cách nắn nhẹ nhàng, không nắn thô bạo, không nắn cố.

## **267. NẮN, BÓ BỘT GÃY XƯƠNG ĐÒN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Xương đòn là xương nằm ngang ở trước trên lồng ngực ngay dưới da. Có dạng  
chữ S.

- Xương đòn là xương duy nhất đảm bảo độ rộng của vai.:

- Gãy xương đòn thường gặp ở 1/3 ngoài phía dưới là mạch máu, thần kinh dưới  
đòn.

**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 kèm theo tràn khí, tràn máu màng phổi.

- Gãy xương đòn có tổn thương động mạch dưới đòn.

- Gãy xương đòn di lệch chồng mà lâm sàng biến dạng gồ ghề, xấu.

- Khớp giả xương đòn.

**IV. CHUẨN BỊ**

**Người thực hiện:** 03 người

- Bác sỹ: 01

- Kỹ thuật viên: 02

**Người bệnh:**

Sau tai nạn sinh hoạt, tai nạn lao động

Có chẩn đoán gãy xương đòn và có chỉ định điều trị bảo tồn.

Được giải thích kỹ mục đích của thủ thuật,quá trình tiến hành làm thủ thuật.

Được vệ sinh sạch sẽ, cởi bỏ áo

Với người bệnh gây mê cần nhịn ăn uống 6 giờ.

**Phương tiện:**

Thuốc gây mê tĩnh mạch hoặc gây tê tại chỗ

Bàn nắn.

Bột thạch cao: 4- 6 cuộn khổ 20cm (bột liền). 6- 8 cuộn khổ 20cm (bột tự cán).

Bông lót: 2-3 cuộn khổ 20 cuộn.

**Thời gian thực hiện thủ thuật:** 30- 40 phút.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:**

Người bệnh nằm ngửa trên bàn chỉnh hình để được gây mê hoặc gây tê tại chỗ.

**2.** **Vô cảm**

Gây mê tĩnh mạch

Gây tê tại ổ gãy

**3. Kỹ thuật:**

- Với người bệnh gây mê nắn trên bàn chỉnh hình.

- Với người bệnh gây tê

+ Sau gây tê cho người bệnh ngồi trên ghế tròn lưng ngay ngắn, hai vai ngang, hai tay chống mạng xườn ưỡn ngực mắt nhìn thẳng đầu ngay ngắn.

+ Kỹ thuật viên 1. Đứng sau người bệnh, đầu gối tỳ vào 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.

+ Kỹ thuật viên 2. Bó bột số 8 hoặc bột Desault.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Kiểm tra lại mạch và thần kinh ngay sau bó

- Khám lại sau 24 giờ kiểm tra xem có chèn ép không

- Nếu có dấu hiệu chèn ép cho nới bột ngay

- Kiểm tra mạch. Thần kinh, hoặc khó thở phải theo dõi 15 phút 1 lần hoặc  
chuyển mổ cấp cứu ngay.

## **268. NẮN, BÓ BỘT GÃY 1/3 TRÊN THÂN XƯƠNG CÁNH TAY**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

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

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

- Gẫy đầu trên xương cánh tay có thể có trật khớp vai kèm theo. Có 2 loại gẫy đầu trên xương cánh tay kèm trật khớp vai hay gặp là: trật khớp vai có vỡ mấu động lớn (chiếm 1/5 đến 1/4 các trường hợp trật khớp vai)) và trật khớp vai có gẫy cổ giải phẫu xương cánh tay (ít gặp). Khi trật khớp vai có vỡ mấu động lớn, việc nắn chỉnh thường đơn giản, chỉ cần nắn khớp vai, mấu động lớn sẽ tự vào theo rất tốt. Ngược lại, trật khớp vai có gẫy 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**

1. Gẫy xương kín. Gẫy hở độ I theo Gustilo.

2. Gẫy xương trẻ em.

3. Gẫy di lệch ít dưới 1cm và gấp góc dưới 45o.

4. Gẫy di lệch nhưng với người bệnh già, thể trạng kém, mắc các bệnh toàn thân... không mổ được.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

1. Gẫy hở độ II của Gustilo trở lên.

2. Gẫy kèm tổn thương mạch máu, thần kinh.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Chuyên khoa xương: 3 (1 chính, 2 trợ thủ).

- Người bệnh có gây mê: 1 bác sỹ gây mê, 1 phụ mê.

**2. Phương tiện**

- Bàn nắn: 1 bàn nắn thông thường.

- 1 ghế đẩu 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 gối 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 gẫy, 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**

- Cần ghi rõ ngày giờ bị tai nạn, ngày giờ bó bột, tình trạng thăm khám toàn thân, hướng xử trí,những điều dặn dò và hẹn khám lại.

- Với người bệnh gây mê, cần có tờ cam kết chấp nhận thủ thuật.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Gẫy 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 luồn cẳng tay vào nách người bệnh để làm điểm tỳ 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 bẩy đoạn gẫy dưới ra ngoài. Khi đó thường cảm thấy một tiếng rắc nhỏ là được. Có thể người nắn không luồn 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, bẩy 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 cáng, dùng gót chân làm điểm tựa để nắn di lệch .

**2. Gẫy xương kiểu khép**

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

- Người phụ kéo thẳng theo trục cánh tay để sửa di lệch chồng, dạng dần cánh tay ra. Người nắn 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 gẫy thêm xương, quan trọng nhất là vấn đề tập phục hồi chức năng sớm.

**3. Bất động**

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

- Với người bệnh già yếu, béo phì, các bệnh lý về tim phổi mãn tính, gù vẹo cột sống…thì chỉ nắn tương đối nhẹ nhàng và bất động bằng áo chỉnh hình kiểu Desault. Thời gian mang áo chỉnh hình: 2-3 tuần, tháo ra tập vận động sớm khớp vai, người già bất động lâu hay gây viêm quanh khớp vai, cứng khớp.

**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**

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

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

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

- 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.

## **269****. NẮN, BO BỘT GÃY 1/3 GIỮA THAN 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 chầy ở cẳng chân.

- Gẫy thân xương cánh tay được giới hạn từ cổ phẫu thuật xương cánh tay, chỗ bám của cơ ngực to, đến vùng trên lồi cầu xương cánh tay, nơi nơi tiếp nối với hành xương. Hay nói cách khác, gẫy thân xương cánh tay là gẫy 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.

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

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

- Nguyên nhân gẫy 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**

1. Gẫy kín, gẫy hở độ I theo Gustilo, gẫy xương ở trẻ em (dưới 15 tuổi).

2. Gẫy ít di lệch hoặc không di lệch.

3. Gẫy 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**

1. Gẫy hở từ độ 2 trở lên theo Gustilo.

2. Gẫy xương kèm theo tổn thương mạch máu, thần kinh.

3. 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**

- Chuyên khoa chấn thương: 4 người (1 chính và 3 phụ).

- Chuyên khoa gây mê hồi sức: 2 người (nếu người bệnh cần gây mê).

**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**

- Cần ghi rõ ngày giờ bị tai nạn, ngày giờ bó bột, tình trạng thăm khám toàn thân, hướng xử trí, những điều dặn dò và hẹn khám lại.

- Với người bệnh gây mê cần có tờ cam kết chấp nhận thủ thuật.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Người bệnh**

- Tư thế người bệnh: nằm ngửa trên bàn chỉnh hình.

- Tay để dọc theo thân mình, nách hơi dạng, hõm nách đặt 1 đai vải đối lực.

- Gây tê tại chỗ hoặc gây mê tùy từng trường hợp cụ thể.

**2. Các bước tiến hành**

***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 chồng, nên kéo từ từ, tăng dần lực trong khoảng 5-7 phút. Hoặc có thể trợ thủ 1 kéo trong tư thế khuỷu 90o, 2 bàn tay bắt vào nhau đặt ở trước cẳng tay, dưới khuỷu để kéo, trong khi trợ thủ 2 cầm giữ cổ bàn tay kéo nhẹ lên trên làm đối lực để khi trợ thủ 1 tiến hành kéo thì khuỷu tay người bệnh không bị duỗi ra, kéo có lực hơn.

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

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

+ Với người già yếu và thể trạng kém, cũng chỉ kéo thẳng trục để bó bột.

+ Với gẫy có mảnh rời: chỉ nắn 2 diện gẫy 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.

***2.2. Bó bột***

Tùy theo người bệnh gây tê hay gây mê mà có cách bó bột khác nhau. Tùy vị trí gẫy mà bó bột Chữ U hay bột Ngực - vai - cánh tay: gẫy ở vị trí 1/3 giữa và 1/3 dưới: bó bột Chữ U. Gẫy 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 gẫy ở vị trí thấp (1/3 dưới), có thể thay bằng bột Cánh - cẳng - bàn tay.

- Với người bệnh quá già yếu, có thể bó bột bất động tối thiểu, bằng bột Cánh - cẳng - bàn tay ôm vai rạch dọc, ngay từ đầu, mà không bó bột Chữ U hoặc bột Thoraco.

**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. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

**1. Tai biến sớm**

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

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

**2. Tai biến muộn**

- Rối loạn dinh dưỡng: nới rộng bột, tập vận động sớm, vì bột Chữ U là 1 trong những loại bột không gác cao tay được nên tay hay bị sưng nề hơn.

- Can lệch và khớp giả: mổ kết hợp xương, ghép xương.

## **270. NẮN, BO BỘT GÃY 1/3 DƯỚI THAN XƯƠNG CÁNH TAY**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Đây là loại gẫy phổ biến nhất ở trẻ em, thường do ngã chống tay.

- Đường gẫy ngoài khớp, thường gẫy duỗi, đầu dưới lệch ra sau, vào trong.

- Thăm khám mạch quay là quan trọng và bắt buộc trong tất cả các trường hợp gẫy 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 Doffler 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 gẫy:

Độ 1 gẫy không di lệch, độ 2 gẫy di lệch dưới 50% thân xương, độ 3 gẫy di lệch trên 50% thân xương, độ 4 di lệch hoàn toàn hai đầu gẫy.

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

**II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN**

1. Gẫy trên lồi cầu xương cánh tay ở trẻ em.

2. Gẫy xương kín hoặc gẫy hở độ I theo Gustilo.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

1. Gẫy hở từ độ II trở lên.

2. Gẫy xương kèm tổn thương mạch máu, hoặc dấu hiệu chèn ép khoang.

3. Cân nhắc: người bệnh đến muộn, hoặc có tổn thương thần kinh quay, trẻ lớn trên 15 tuổi, rối loạn dinh dưỡng, đụng dập phần mềm.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Trường hợp không gây mê: 3 người (1 kỹ thuật viên nắn chính, 2 kỹ thuật viên phụ, trong đó 1 phụ nắn, 1 chạy ngoài). Ở tuyến cơ sở, có thể là 3 kỹ thuật viên.

- Với trường hợp có gây mê: cần thêm 1 bác sỹ, 1 kỹ thuật viên gây mê.

**2. Phương tiện**

- 1 bàn nắn thông thường.

- Đai đối lực: bằng vải mềm, dai, to bản (như kiểu quai ba lô).

- Thuốc tê hoặc thuốc mê: số lượng tùy trọng lượng bệnh nhi. Kèm theo là dụng cụ gây tê, gây mê, hồi sức (bơm tiêm, cồn 70o, thuốc chống sốc, mặt nạ bóp bóng, đèn nội khí quản...).

- Bột thạch cao chuyên dụng: với bột Cánh - cẳng - bàn tay trẻ em thường cần 3-4 cuộn cỡ 10 cm là đủ (kể cả 1 phần trong đó dùng để rải thành nẹp bột tăng cường cho việc bó bột sau này).

- Giấy vệ sinh, bông cuộn: 1 cuộn, hoặc bít tất vải xốp 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 gẫy, cởi hoặc cắt bỏ tay áo bên tay gẫy.

- 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 dầy tràn sang đường thở gây tắc thở).

**4. Hồ sơ**

- Cần ghi rõ ngày giờ bị tai nạn, ngày giờ bó bột, tình trạng thăm khám toàn thân, hướng xử trí, những điều dặn dò và hẹn khám lại.

- Với người bệnh gây mê, cần có tờ cam kết chấp nhận thủ thuật, với trẻ em cần cha mẹ ký.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH NẮN BÓ BỘT**

**1. Các trường hợp gẫy 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 gẫy bột.

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

**2. Các trường hợp gẫy 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. Các trường hợp gẫy di lệch độ III trở lên**

***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 gẫy, 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.

***3.2. 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 chồng.

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

- Với di lệch ra sau: bột tư thế khuỷu 90o. 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 160-180o. 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 90o 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. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

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…

## **271. NẮN, BÓ BỘT TRẬT KHỚP KHUỶU**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Là trật khớp giữa đầu trên hai xương cẳng tay (hõm sigma lớn, chỏm quay) và  
đầu dưới xương cánh tay (ròng rọc, lồi cầu).

**II. CHỈ ĐỊNH**

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

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Trật hở khớp khuỷu.

- Trật khớp khuỷu mất mạch và thần kinh.

- Trật khớp trên 20 ngày điều trị xoa bóp, đắp lá.

**IV. CHUẨN BỊ**

**Người thực hiện**: 04 người

- Bác sỹ: 01

- Kỹ thuật viên: 03

**Người bệnh**:

Sau tai nạn sinh hoạt, tai nạn lao động

Có chẩn đoán trật khớp khuỷu và có chỉ định điều trị bảo tồn.

Được giải thích kỹ mục đích của thủ thuật,quá trình tiến hành làm thủ thuật.

Được vệ sinh sạch sẽ.

Với Người bệnh gây mê cần nhịn ăn uống 6 giờ.

**Phương tiện**:

Thuốc gây mê tĩnh mạch hoặc gây tê tại chỗ

Máy C- ARM

Bàn nắn.

Bột thạch cao: 4- 6 cuộn khổ 20cm (bột liền). 6- 8 cuộn khổ 20cm (bột tự cán).

Bông lót: 2-3 cuộn khổ 20cm.

**Thời gian thực hiện thủ thuật:** 40- 50 phút.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:**

Người bệnh nằm ngửa trên bàn chỉnh hình để được gây mê hoặc gây tê tại chỗ

**2.** **Vô cảm:**

Gây mê tĩnh mạch

Gây tê tại ổ gãy

**3.** **Kỹ thuật:**

Người bệnh nằm ngửa, đặt vải làm đối lực ở nách.

- Kỹ thuật viên 1. Dùng hai ngón cái đặt phía sau cẳng tay người bệnh, các ngón  
còn lại đặt phía trước cẳng tay, kéo theo trục cánh tay (lúc này khuỷu vẫn đang trong tư thế trật khớp). Kéo từ từ và tăng dần trong thời gian 3- 5 phút.

- Kỹ thuật viên 2. Dùng hai ngón tay cái đẩy mỏm khuỷu ra trước, dùng các ngón  
tay còn lại đặt ở phía trước cánh tay người bệnh làm đối lực. khi nghe tiếng khục là được.

- Kỹ thuật viên 3. Kiểm tra trên máy C- ARM và bó bột Cánh cẳng bàn tay.

**V. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Kiểm tra lại mạch và thần kinh ngay sau nắn.

- Gấp duỗi khuỷu hết biên độ kiểm tra xem khớp vào chưa.

- XQ kiểm tra.

- Khám lại sau 24 giờ kiểm tra xem có chèn ép không.

- Nếu có dấu hiệu chèn ép cho nới bột ngay.

- Kiểm tra mạch. Thần kinh.

## **272. NẮN, BÓ BỘT BONG SỤN TIẾP KHỚP KHUỶU, KHỚP CỔ TAY**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Nguyên nhân thường do ngã đập trực tiếp vùng vai, cổ tay xuống nền cứng, có thể do gián tiếp ngã đập vùng khuỷu trước. Khi bị gãy bong sụn tiếp đầu trên xương cánh tay, triệu chứng sẽ bao gồm: đau vùng tổn thương trực tiếp, sưng nề bầm tím và tụ máu có thể gặp ở dưới da hoặc vùng hõm nách, vùng mặt trong ống cánh tay.

Chụp Xquang quy ước có thể phân loại di lệch: Gãy độ 1, độ 2 và độ 3. Với một số trường hợp không điển hình thì cần chụp bên đối diện để so sánh hoặc chụp cộng hưởng từ (MRI), với hình ảnh của chụp MRI có thể phát hiện được tổn thương của sụn tiếp nếu có.

Với loại gãy này thì điều trị bảo tồn là cơ bản, dùng băng nẹp hoặc băng bột hoặc dùng vật liệu có khả năng chun giãn để cố định xương cánh tay vào thân mình và khuỷu gấp 90 độ. Với gãy độ 1, bất động khoảng 3 tuần. Với gãy độ 2 và 3, việc nắn chỉnh dưới sự hỗ trợ của màn hình tăng sáng thường cho kết quả cao, việc cố định bằng kim Kierschner hoặc theo kỹ thuật Metaizeau thường cho kết quả cao và diện gãy được tăng cường vững hơn, bất động sau mổ cần giữ trong 3 tuần. Kết quả đạt được sau điều trị thường đạt hơn 90%.

**II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN GẪY MỎM KHUỶU:**

Bong sụn tiếp khớp khuỷu, khớp cổ tay ở trẻ em

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

1. Gẫy hở độ II trở lên.

2. Gẫy có kèm tổn thương mạch máu, thần kinh, có hội chứng chèn ép khoang.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Chuyên khoa chấn thương: 2-3 người (1 chính, 1 hoặc 2 trợ thủ). Không cần chuyên khoa gây mê.

**2. Phương tiện**

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

- 1 bàn nắn thông thường.

- 1 đai vải to bản, đủ dài để cố định tay người bệnh vào bàn làm đối lực khi nắn.

- Thuốc gây tê: nếu có nắn, chỉ cần 1 ống Lidocaine (hoặc Xylocaine) 1%, pha loãng trong 5 ml nước cất hoặc huyết thanh mặn 0,9%.

- Bột thạch cao 3-4 cuộn khổ 15 cm.

- Bông 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:**cần ghi rõ ngày giờ bị tai nạn, ngày giờ bó bột, tình trạng thăm khám toàn thân, hướng xử trí, những điều dặn dò và hẹn khám lại.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Bong sụn tiếp khớp khuỷu**

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 90o.

***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 90o, 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).

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

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

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

**- Bước 3:** quấn bột: quấn vòng tròn quanh tay và nẹp bột đã đặt từ trước, quấn đều tay theo kiểu xoáy trôn 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 bộc lộ mô cái để tập sớm.

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

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

**2. Bong sụn tiếp khớp cổ tay**

***2.1. Các bước tiến hành bó bột***

**- Bước 1:** Quấn giấy vệ sinh hoặc bông lót, hoặc lồng 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 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:** Quấn bột: quấn vòng tròn quanh tay và nẹp bột đã đặt từ trước, quấn đều tay theo kiểu xoáy trôn 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 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 gẫy 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, quấn 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 mầu sắc ngón tay trong quá trình mang bột.

***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**

Hầu hết là theo dõi điều trị ngoại trú, trường hợp sung nề nhiều mới cần cho vào viện theo dõi.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Tai biến ít gặp, nếu có thì cũng thường nhẹ nhàng như sưng nề: nới bột, gác cao tay.

- Tai biến tổn thương thần kinh trụ: hiếm gặp, nếu có tê bì hoặc liệt thì cho điện chẩn cơ (EMG) để quyết định mổ gỡ hoặc nối thần kinh hay chỉ chờ thần kinh tự phục hồi.

## **273. NẮN, BÓ BỘT GÃY CỔ XƯƠNG CÁNH TAY**

## **274. NẮN, BÓ BỘT GÃY TRÊN LỒI CẦU XƯƠNG CÁNH TAY TRẺ EM ĐỘ III VÀ ĐỘ IV**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Đây là loại gẫy phổ biến nhất ở trẻ em, thường do ngã chống tay.

- Đường gẫy ngoài khớp, thường gẫy duỗi, đầu dưới lệch ra sau, vào trong.

- Thăm khám mạch quay là quan trọng và bắt buộc trong tất cả các trường hợp gẫy 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 Doffler 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 gẫy:

Độ 1 gẫy không di lệch, độ 2 gẫy di lệch dưới 50% thân xương, độ 3 gẫy di lệch trên 50% thân xương, độ 4 di lệch hoàn toàn hai đầu gẫy.

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

**II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN**

1. Gẫy trên lồi cầu xương cánh tay ở trẻ em.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

1. Gẫy hở từ độ II trở lên.

2. Gẫy xương kèm tổn thương mạch máu, hoặc dấu hiệu chèn ép khoang.

3. Cân nhắc: người bệnh đến muộn, hoặc có tổn thương thần kinh quay, trẻ lớn trên 15 tuổi, rối loạn dinh dưỡng, đụng dập phần mềm.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Trường hợp không gây mê: 3 người (1 kỹ thuật viên nắn chính, 2 kỹ thuật viên phụ, trong đó 1 phụ nắn, 1 chạy ngoài). Ở tuyến cơ sở, có thể là 3 kỹ thuật viên.

- Với trường hợp có gây mê: cần thêm 1 bác sỹ, 1 kỹ thuật viên gây mê.

**2. Phương tiện**

- 1 bàn nắn thông thường.

- Đai đối lực: bằng vải mềm, dai, to bản (như kiểu quai ba lô).

- Thuốc tê hoặc thuốc mê: số lượng tùy trọng lượng bệnh nhi. Kèm theo là dụng cụ gây tê, gây mê, hồi sức (bơm tiêm, cồn 70o, thuốc chống sốc, mặt nạ bóp bóng, đèn nội khí quản...).

- Bột thạch cao chuyên dụng: với bột Cánh - cẳng - bàn tay trẻ em thường cần 3-4 cuộn cỡ 10 cm là đủ (kể cả 1 phần trong đó dùng để rải thành nẹp bột tăng cường cho việc bó bột sau này).

- Giấy vệ sinh, bông cuộn: 1 cuộn, hoặc bít tất vải xốp 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 gẫy, cởi hoặc cắt bỏ tay áo bên tay gẫy.

- 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 dầy tràn sang đường thở gây tắc thở).

**4. Hồ sơ**

- Cần ghi rõ ngày giờ bị tai nạn, ngày giờ bó bột, tình trạng thăm khám toàn thân, hướng xử trí, những điều dặn dò và hẹn khám lại.

- Với người bệnh gây mê, cần có tờ cam kết chấp nhận thủ thuật, với trẻ em cần cha mẹ ký.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH NẮN BÓ BỘT**

***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 gẫy, 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.

***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 chồng.

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

- Với di lệch ra sau: bột tư thế khuỷu 90o. 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 160-180o. 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 90o 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. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

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…

## **275. NẮN, BÓ BỘT GÃY 1/3 TRÊN HAI XƯƠNG CÁNH TAY**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Là gãy của thân 2 xương cẳng tay

Chiếm 15-20% các gãy xương ở vùng cánh Gặp ở mọi lứa tuổi. Là loại gãy xương có di lệch tương đối phức tạp, nhất là gãy ở 1/3 trên, nắn chỉnh khó khăn.

**II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN GẪY MỎM KHUỶU:**

1. Gẫy kín, gẫy hở độ I theo Gustilo.

2. Gẫy ít lệch hoặc không di lệch.

3. Gẫy 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. Gẫy hở độ II trở lên.

2. Gẫy có kèm tổn thương mạch máu, thần kinh, có hội chứng chèn ép khoang.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Chuyên khoa chấn thương: 2-3 người (1 chính, 1 hoặc 2 trợ thủ). Không cần chuyên khoa gây mê.

**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 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.

- Bông 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:**cần ghi rõ ngày giờ bị tai nạn, ngày giờ bó bột, tình trạng thăm khám toàn thân, hướng xử trí, những điều dặn dò và hẹn khám lại.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Với gẫy 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 90o.

***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 90o, 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).

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

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

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

**- Bước 3:** quấn bột: quấn vòng tròn quanh tay và nẹp bột đã đặt từ trước, quấn đều tay theo kiểu xoáy trôn 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 bộc lộ mô cái để tập sớm.

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

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

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

**3. Với gẫy di lệch nhưng người bệnh vì lý do nào đó không mổ được:**

- Gây tê tại chỗ.

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

- Thời gian bất động lâu hơn 2 loại gẫy 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. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Tai biến ít gặp, nếu có thì cũng thường nhẹ nhàng như sưng nề: nới bột, gác cao tay.

- Tai biến tổn thương thần kinh trụ: hiếm gặp, nếu có tê bì hoặc liệt thì cho điện chẩn cơ (EMG) để quyết định mổ gỡ hoặc nối thần kinh hay chỉ chờ thần kinh tự phục hồi.

## **276. NẮN, BÓ BỘT GÃY 1/3 GIỮA HAI 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 chầy ở cẳng chân.

- Gẫy thân xương cánh tay được giới hạn từ cổ phẫu thuật xương cánh tay, chỗ bám của cơ ngực to, đến vùng trên lồi cầu xương cánh tay, nơi nơi tiếp nối với hành xương. Hay nói cách khác, gẫy thân xương cánh tay là gẫy 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.

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

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

- Nguyên nhân gẫy 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**

1. Gẫy kín, gẫy hở độ I theo Gustilo, gẫy xương ở trẻ em (dưới 15 tuổi).

2. Gẫy ít di lệch hoặc không di lệch.

3. Gẫy 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**

1. Gẫy hở từ độ 2 trở lên theo Gustilo.

2. Gẫy xương kèm theo tổn thương mạch máu, thần kinh.

3. 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**

- Chuyên khoa chấn thương: 4 người (1 chính và 3 phụ).

- Chuyên khoa gây mê hồi sức: 2 người (nếu người bệnh cần gây mê).

**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**

- Cần ghi rõ ngày giờ bị tai nạn, ngày giờ bó bột, tình trạng thăm khám toàn thân, hướng xử trí, những điều dặn dò và hẹn khám lại.

- Với người bệnh gây mê cần có tờ cam kết chấp nhận thủ thuật.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Người bệnh**

- Tư thế người bệnh: nằm ngửa trên bàn chỉnh hình.

- Tay để dọc theo thân mình, nách hơi dạng, hõm nách đặt 1 đai vải đối lực.

- Gây tê tại chỗ hoặc gây mê tùy từng trường hợp cụ thể.

**2. Các bước tiến hành**

***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 chồng, nên kéo từ từ, tăng dần lực trong khoảng 5-7 phút. Hoặc có thể trợ thủ 1 kéo trong tư thế khuỷu 90o, 2 bàn tay bắt vào nhau đặt ở trước cẳng tay, dưới khuỷu để kéo, trong khi trợ thủ 2 cầm giữ cổ bàn tay kéo nhẹ lên trên làm đối lực để khi trợ thủ 1 tiến hành kéo thì khuỷu tay người bệnh không bị duỗi ra, kéo có lực hơn.

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

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

+ Với người già yếu và thể trạng kém, cũng chỉ kéo thẳng trục để bó bột.

+ Với gẫy có mảnh rời: chỉ nắn 2 diện gẫy 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.

***2.2. Bó bột***

Tùy theo người bệnh gây tê hay gây mê mà có cách bó bột khác nhau. Tùy vị trí gẫy mà bó bột Chữ U hay bột Ngực - vai - cánh tay: gẫy ở vị trí 1/3 giữa và 1/3 dưới: bó bột Chữ U. Gẫy 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 gẫy ở vị trí thấp (1/3 dưới), có thể thay bằng bột Cánh - cẳng - bàn tay.

- Với người bệnh quá già yếu, có thể bó bột bất động tối thiểu, bằng bột Cánh - cẳng - bàn tay ôm vai rạch dọc, ngay từ đầu, mà không bó bột Chữ U hoặc bột Thoraco.

**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. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

**1. Tai biến sớm**

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

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

**2. Tai biến muộn**

- Rối loạn dinh dưỡng: nới rộng bột, tập vận động sớm, vì bột Chữ U là 1 trong những loại bột không gác cao tay được nên tay hay bị sưng nề hơn.

- Can lệch và khớp giả: mổ kết hợp xương, ghép xương.

## **277. NẮN, BÓ BỘT GÃY 1/3 DƯỚI HAI XƯƠNG CÁNH TAY**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Đây là loại gẫy phổ biến nhất ở trẻ em, thường do ngã chống tay.

- Đường gẫy ngoài khớp, thường gẫy duỗi, đầu dưới lệch ra sau, vào trong.

- Thăm khám mạch quay là quan trọng và bắt buộc trong tất cả các trường hợp gẫy 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 Doffler 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 gẫy:

Độ 1 gẫy không di lệch, độ 2 gẫy di lệch dưới 50% thân xương, độ 3 gẫy di lệch trên 50% thân xương, độ 4 di lệch hoàn toàn hai đầu gẫy.

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

**II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN**

1. Gẫy trên lồi cầu xương cánh tay ở trẻ em.

2. Gẫy xương kín hoặc gẫy hở độ I theo Gustilo.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

1. Gẫy hở từ độ II trở lên.

2. Gẫy xương kèm tổn thương mạch máu, hoặc dấu hiệu chèn ép khoang.

3. Cân nhắc: người bệnh đến muộn, hoặc có tổn thương thần kinh quay, trẻ lớn trên 15 tuổi, rối loạn dinh dưỡng, đụng dập phần mềm.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Trường hợp không gây mê: 3 người (1 kỹ thuật viên nắn chính, 2 kỹ thuật viên phụ, trong đó 1 phụ nắn, 1 chạy ngoài). Ở tuyến cơ sở, có thể là 3 kỹ thuật viên.

- Với trường hợp có gây mê: cần thêm 1 bác sỹ, 1 kỹ thuật viên gây mê.

**2. Phương tiện**

- 1 bàn nắn thông thường.

- Đai đối lực: bằng vải mềm, dai, to bản (như kiểu quai ba lô).

- Thuốc tê hoặc thuốc mê: số lượng tùy trọng lượng bệnh nhi. Kèm theo là dụng cụ gây tê, gây mê, hồi sức (bơm tiêm, cồn 70o, thuốc chống sốc, mặt nạ bóp bóng, đèn nội khí quản...).

- Bột thạch cao chuyên dụng: với bột Cánh - cẳng - bàn tay trẻ em thường cần 3-4 cuộn cỡ 10 cm là đủ (kể cả 1 phần trong đó dùng để rải thành nẹp bột tăng cường cho việc bó bột sau này).

- Giấy vệ sinh, bông cuộn: 1 cuộn, hoặc bít tất vải xốp 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 gẫy, cởi hoặc cắt bỏ tay áo bên tay gẫy.

- 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 dầy tràn sang đường thở gây tắc thở).

**4. Hồ sơ**

- Cần ghi rõ ngày giờ bị tai nạn, ngày giờ bó bột, tình trạng thăm khám toàn thân, hướng xử trí, những điều dặn dò và hẹn khám lại.

- Với người bệnh gây mê, cần có tờ cam kết chấp nhận thủ thuật, với trẻ em cần cha mẹ ký.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH NẮN BÓ BỘT**

**1. Các trường hợp gẫy 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 gẫy bột.

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

**2. Các trường hợp gẫy 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. Các trường hợp gẫy di lệch độ III trở lên**

***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 gẫy, 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.

***3.2. 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 chồng.

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

- Với di lệch ra sau: bột tư thế khuỷu 90o. 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 160-180o. 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 90o 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. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

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…

## **278. NẮN, BÓ BỘT GÃY MỘT XƯƠNG CẲNG TAY**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Gãy xương cẳng tay là một chấn thương phổ biến xảy ra ở cả trẻ em và người lớn. Sau khi bị gãy xương, nếu không xử trí, điều trị đúng phương pháp ngay từ đầu có thể sẽ dẫn tới các biến chứng đe dọa tính mạng, gây tàn phế suốt đời.

- Gẫy đầu dưới xương quay là loại gẫy phổ biến nhất vùng cổ tay ở người lớn. Nguyên nhân thường do ngã chống tay. Hay gặp nhất là gẫy kiểu Pouteau- Colles. Còn lại là gẫy các kiểu khác: các loại gẫy nội khớp, gẫy mỏm trâm quay, gẫy kèm gẫy đầu dưới xương trụ hoặc gẫy mỏm trâm trụ...

- Gẫy Pouteau-Colles (hoặc Colles): là gẫy đầu dưới xương quay, đường gẫy cách khe khớp cổ tay 2,5- 3 cm, là loại gẫy 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 dĩa).

- Trong một số ít trường hợp (khoảng 3%) đoạn gẫy dưới có thể di lệch vào trong và ra trước (gẫy Smiths, hoặc Goyrand).

**II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN**

1. Gẫy kín, gẫy hở độ I theo Gustilo.

2. Tất cả các trường hợp gẫy kín đến sớm.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

1. Gẫy hở từ độ 2 trở lên theo Gustilo.

2. Gẫy 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 gác cao tay, thuốc men...,chờ ít ngày tay bớt sưng nề sẽ nắn bó bột thực thụ.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Chuyên khoa chấn thương: 3 người (1 chính và 2 phụ).

- Chuyên khoa gây mê hồi sức: 2 người (nếu người bệnh cần gây mê).

**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.

- 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**

- Cần ghi rõ ngày giờ bị tai nạn, ngày giờ bó bột, tình trạng thăm khám toàn thân, hướng xử trí, những điều dặn dò và hẹn khám lại.

- Với người bệnh gây mê cần có tờ cam kết chấp nhận thủ thuật.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Nắn chỉnh ổ gẫy**

***1.1. Người bệnh***

- Tư thế người bệnh: nằm ngửa trên bàn, dùng dây đai to bản cố định khuỷu tay vào mấu ngang ở bàn nắn làm đối lực.

- Cẳng tay, bàn tay người bệnh để sấp (nếu gẫy kiểu Pouteau-Colles và các di lệch ra sau), để ngửa (nếu gẫy Smiths, Goyrand và các loại gẫy di lệch ra trước khác).

- Gây tê tại chỗ hoặc gây mê tùy từng trường hợp cụ thể.

***1.2. Các bước tiến hành: dựa vào sự di lệch trên phim XQ để nắn xương***

*1.2.1. Nắn gẫy di lệch kiểu Pouteau-Colles*

- Cố định khuỷu tay gấp 90o, 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 gẫy kiểu Pouteau-Colles, do 2 thành xương (thành sau của đoạn trên ổ gẫy và thành trước của đoạn dưới ổ gẫy) 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 gập góc thêm, rồi dùng 2 ngón tay cái đẩy trượt cho 2 diện gẫy gối vào nhau rồi đột ngột duỗi cổ tay ra, xương sẽ được nắn vào tốt.

*1.2.2. Nắn gẫy kiểu Smiths, Goyrand và các kiểu gẫy 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, gẫy kiểu này đa số là gẫy chéo nội khớp, xương có thể vào dễ.

*1.2.3. Nắn gẫy mỏm trâm quay, các loại gẫy khác: tùy theo di lệch mà nắn*

**2. Bất động:**bó bột Cẳng - bàn tay.

***2.1. Các bước tiến hành bó bột***

**- Bước 1:** Quấn giấy vệ sinh hoặc bông lót, hoặc lồng 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 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:** Quấn bột: quấn vòng tròn quanh tay và nẹp bột đã đặt từ trước, quấn đều tay theo kiểu xoáy trôn 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 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 gẫy 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, quấn 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 mầu sắc ngón tay trong quá trình mang bột.

***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 gẫy di lệch, tay sưng nề thì cho vào viện theo dõi nội trú.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

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).

## **279. NẮN, BÓ BỘT GÃY POUTEAU – COLLES**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Gãy Pouteau- Colles là gãy vùng xương xốp ngang đầu dưới xương quay, đường  
gãy cách khe khớp cổ tay 3cm, ngoại khớp có di lệch điển hình đầu dưới xương quay di lệch ra ngoài và lệch ra sau. Ở mặt sau thường vỡ ra một mảnh xương nhỏ thứ ba.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Đối với tất cả các trường hợp gãy kín đầu dưới xương quay mới.

Các trường hợp gãy đến muộn sau 6 tuần nhưng thể trạng yếu như đái tháo  
đường, cao huyết áp, thể trạng già yếu.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Gãy hở từ độ 2 trở lên.

Gãy xương kèm theo tổn thương mạch máu, thần kinh, hội chứng khoang bàn  
tay.

Những trường hợp sưng nề nhiều, nhiều nốt phỏng do Người bệnh đến muộn  
hoặc đắp lá.

**IV. CHUẨN BỊ**

Người thực hiện: 04 người

Bác sỹ: 01

Kỹ thuật viên: 03

Người bệnh:

Sau tai nạn sinh hoạt, tai nạn lao động

Có chẩn đoán gãy Pouteau- Colles và có chỉ định điều trị bảo tồn.

Được giải thích kỹ mục đích của thủ thuật, quá trình tiến hành làm thủ thuật.

Được vệ sinh sạch sẽ, cởi bỏ áo tay bên bó bột.

Với người bệnh gây mê cần nhịn ăn uống 6 giờ.

Phương tiện:

Thuốc gây mê tĩnh mạch hoặc gây tê tại chỗ

Bàn nắn.

Bột thạch cao: 2- 3 cuộn khổ 20cm (bột liền). 3- 5 cuộn khổ 20cm (bột tự cán).

Bông lót . 1-2 cuộn khổ 20cm.

**Thời gian thực hiện thủ thuật:** 50- 60 phút.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**Tư thế:** Người bệnh nằm ngửa trên bàn chỉnh hình để được gây mê hoặc gây tê tại  
chỗ

Vô cảm:

Gây mê tĩnh mạch

Gây tê tại ổ gãy

Kỹ thuật:

Sau gây mê, gây tê cho người bệnh nằm ngửa cố định khuỷu tay vuông góc với  
cánh tay bằng đai vải tạo lực đối kháng.

Kỹ thuật viên 1. Tay phải nắm ngón cái, tay trái nắm ngón 2,3,4 của người bệnh  
kéo dọc theo trục của chi 5- 7 phút.

Kỹ thuật viên 2. Đứng đối diện với KTV1 dùng lực hai ngón tay cái đối lực  
ngược chiều với các ngón tay phía dưới vuốt mạnh dọc từ trên ổ gãy xuống, gấp cổ tay tối đa để nắn đầu dưới xương quay ra trước sau đó nắn di lệch bên nghiêng trụ sau đó giữ nhẹ cổ tay duỗi chở lại.

Kỹ thuật viên 3. Kiểm tra trên C- ARM và bó bột Cẳng bàn tay.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Kiểm tra lại mạch và thần kinh ngay sau bó

XQ kiểm tra.

Khám lại sau 24 giờ kiểm tra xem có chèn ép không

Nếu có dấu hiệu chèn ép cho nới bột ngay.

## **280. NẮN, BÓ BỘT GÃY XƯƠNG BÀN, NGÓN TAY**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

[Bàn tay](https://www.vinmec.com/vi/co-the-nguoi/ban-tay-182/) gồm 27 xương có chức năng vô cùng quan trọng, giúp thực hiện các động tác tinh tế như cầm, nắm, nhận biết đồ vật. [Gãy xương bàn tay](https://www.vinmec.com/vi/co-xuong-khop/tu-van-bac-si/sau-gay-xuong-ban-tay-cam-thay-nhuc-va-giat-nhe-nen-lam-gi/) là tình trạng nứt, gãy một hoặc nhiều xương của bàn tay, thường gặp là gãy xương đốt bàn ngón tay và đốt ngón tay. Gãy xương bàn tay và các đốt tay là chấn thương thường gặp nhất ở chi trên. Nếu gãy xương nặng có thể gây ảnh hưởng đến dây chằng, [dây thần kinh](http://vinmec.com/vi/co-the-nguoi/day-than-kinh-so-nao-118/) và [mạch máu](https://www.vinmec.com/vi/co-the-nguoi/mach-mau-25/).

Nguyên nhân phổ biến gây gãy bàn tay là chấn thương nơi làm việc, chấn thương do té ngã hoặc khi chơi thể thao. Nguy cơ gãy xương bàn tay tăng cao khi chơi một số môi thể thao có nhiều nguy cơ té ngã như trượt băng, trượt ván,...

**II. CHỈ ĐỊNH**

Chỉ định nắn bó bột với hầu hết các trường hợp gẫy kín, đến sớm.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Gẫy hở.

- Gẫy có tổn thương mạch máu, thần kinh.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Chuyên khoa chấn thương: 3 người (1 chính, 2 phụ).

- Với trường hợp có gây mê: cần thêm 1 bác sỹ, 1 kỹ thuật viên gây mê.

**2. Phương tiện**

- Bàn nắn thường.

- Thuốc tê hoặc thuốc mê.

- Bột thạch cao 3-4 cuộn cỡ 10 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, 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 gẫy, cởi hoặc cắt bỏ tay áo bên tay gẫy.

- Với người bệnh gây mê, cần nhịn ăn uống ít nhất 5-6 giờ, tránh nôn hoặc hiện tượng trào ngược.

**4. Hồ sơ**

- Cần ghi rõ ngày giờ bị tai nạn, ngày giờ bó bột, tình trạng thăm khám toàn thân, hướng xử trí,những điều dặn dò và hẹn khám lại.

- Với người bệnh gây mê, cần có tờ cam kết chấp nhận thủ thuật.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Người bệnh**

- Nằm ngửa, cẳng bàn tay để nghiêng phía trụ xuống dưới hoặc để nửa sấp.

- Được cởi bỏ áo bên gẫy, vệ sinh sạch sẽ bằng xà phòng, thường chỉ cần gây tê là đủ (01 ống Lidocaine hoặc Xylocaine 1% pha loãng trong 05 ml nước cất hoặc huyết thanh mặn 0,9%).

- Một đai vải đối lực đặt trên khuỷu, sát khuỷu.

**2. Các bước tiến hành nắn, bất động**

***2.1. Nắn chỉnh ổ gẫy***

- Người phụ 1: một tay nắm ngón cái, một tay nắm 3 hoặc 4 ngón dài để kéo. Kéo thẳng ngón cái theo trục với lực mạnh hơn, sau đó dạng dần ngón cái. Ngón tay cái vì rất ngắn, lại có thể bị trơn khi người bệnh có nhiều mồ hôi, nên xoa bột tan vào găng tay hoặc lót 1 miếng gạc để kéo cho đỡ trơn, kéo mới có lực.

- Người nắn chính đứng bên ngoài tay gẫy, quay mặt xuôi về phía chân người bệnh, dùng tay cùng tên để nắn (người bệnh bị gẫy tay trái thì người nắn cũng dùng tay trái, và ngược lại). Cách nắn: các ngón tay dài đặt phía bờ trụ của phần dưới cẳng tay làm đối lực, dùng ngón tay cái đẩy mạnh vào nền đốt bàn Ixuống phía dưới. Khi thấy khớp đã vào,chuyển vị trí các ngón tay dài vào kẽ ngón I-II của người bệnh để tách cho ngón cái dạng ra, càng dạng được nhiều càng tốt, trong khi đó ngón cái vẫn đặt ở phía ngoài của khớp bàn-thang nhằm giữ cho nền xương bàn I khỏi bị trật lại. Giữ nguyên tư thế dạng xương bàn I để quấn bột.

***2.2. Bất động:***Bất động bột cẳng bàn tay ôm ngón cái rạch dọc, ngón cái dạng và gấp khớp bàn-ngón.

**- Bước 1:** Quấn giấy vệ sinh hoặc bông lót, hoặc lồng 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 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:** Quấn bột: quấn vòng tròn quanh tay và nẹp bột đã đặt từ trước, quấn đều tay theo kiểu xoáy trôn 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.Bó được nửa chừng thì quấn vòng quanh cả đốt 1 ngón cái, để hở đốt 2 để theo dõi.Trong lúc bó bột và giữ bột đến lúc bột khô, luôn ấn vào vùng nền đốt bàn I và dạng ngón cái để nền đốt bàn I khỏi trật lại.

Thấy bột đã đủ dày, xoa vuốt, chỉnh trang cho bột nhẵn, đều và đẹp.

**- 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, quấn 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 mầu sắc ngón tay trong quá trình mang bột.

- Thời gian bất động bột: trung bình 4 - 6 tuần. Trong thời gian bất động ấy:

+ Sau 1 tuần cho chụp kiểm tra, nếu di lệch thứ phát thì thay bột tròn, có nắn lại hoặc chuyển mổ có chuẩn bị.

+ Nếu sau 1 tuần chụp kiểm tra tốt, thay bột tròn, lưu ý phải giữ cho nền xương bàn I không bị trật tái phát do động tác thay bột.

+ Cả 2 trường hợp thay bột trên, thay xong bột cần chụp kiểm tra tránh để sót tổn thương.

**VI. THEO DÕI**

Lưu ý: để tay cao, theo dõi vận động, cảm giác, nhiệt độ các ngón tay, nhất là ngón cái.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Nếu tay sưng nề, tê bì thì nới rộng bột.

- Nếu di lệch thứ phát thì chuyển mổ đặt lại khớp, găm Kirschner cố định.

## **281. NẮN, BÓ BỘT TRẬT KHỚP HÁNG**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Khớp háng cũng là 1 khớp chỏm (giống như khớp vai), là khớp lớn nhất cơ thể, ổ khớp rất sâu, được nhiều cơ che phủ nên trật khớp háng phải do 1 chấn thương rất nặng và việc phẫu thuật cũng gặp nhiều khó khăn. Ổ cối là nơi gặp nhau của 3 xương (chậu, ngồi, mu), điểm yếu ở giữa hõm khớp nên một khi ổ cối bị vỡ, chỏm xương đùi chui qua chỗ gẫy tạo trật khớp kiểu trung tâm.

- Tuổi hay gặp là thanh niên và trung niên (tuổi lao động), nam gặp nhiều hơn nữ (4/1). Điều này có thể lý giải bởi nam giới ở tuổi này thường phải làm những công việc nặng nhọc, vất vả hơn nữ giới. Đa số là gặp trật khớp kín.

- Nguyên nhân hay gặp ở phương Tây thường do người bệnh đang lái xe ô tô, xe bị dừng lại đột ngột, đùi đang khép, đầu gối bị dồn thúc vào phần cứng ở phía trước, lực mạnh truyền từ gối lên thân và chỏm xương đùi làm chỏm bị trật ra sau ổ cối. Ở ta, ngoài nguyên nhân trên, còn hay gặp khi ngã cao, hoặc các tai nạn lao động.

- Phân loại: Theo vị trí chỏm xương đùi trật ra ở đâu, người ta chia ra 5 kiểu trật:

+ Kiểu chậu: chỏm xương đùi ra sau, lên trên, và ra phía ngoài ổ cối. Lâm sàng thấy đùi khép và xoay trong.

+ Kiểu ngồi: chỏm xương đùi ra sau, xuống dưới, và ra phía ngoài ổ cối. Lâm sàng đùi khép và xoay trong.

+ Kiểu mu: chỏm xương đùi ra trước ra trước, lên trên, vào phía trong ổ cối và có thể nhìn thấy rõ hoặc sờ thấy được ở vùng nếp bẹn. Lâm sàng thấy đùi dạng, xoay ngoài.

+ Kiểu bịt: chỏm xương đùi nằm ở trước hố bịt (ra trước, xuống dưới, và phía trong ổ cối). Lâm sàng thấy đùi dạng và xoay ngoài.

+ Kiểu trung tâm: chỏm xương đùi chui qua chỗ xương gẫy ở ổ cối vào trong tiểu khung. Lâm sàng thường khó chẩn đoán, chỉ phát hiện qua phim X quang.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Trật khớp kín. Trật khớp háng đến sớm (3 tuần trở lại).

Trật khớp háng đơn thuần (không có gẫy xương vùng háng kèm theo).

Trật khớp háng có kèm gẫy xương vùng háng nhưng ít di lệch.

Trật khớp háng có kèm gẫy xương vùng háng di lệch nhưng không đủ điều kiện mổ (bệnh toàn thân nặng, các trường hợp khó khăn về kinh tế hoặc người bệnh từ chối mổ).

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Trật khớp hở chưa XỬ TRÍ phẫu thuật. Trật khớp háng đến muộn (sau 3 tuần).

Có vỡ xương chậu nặng (gẫy Malgaigne).Gẫy đùi, cẳng chân cùng bên.

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

**IV. CHUẨN BỊ**

**Người thực hiện**: do nắn trật khớp háng bắt buộc phải gây mê, nên cần:

Kỹ thuật viên xương bột: 3-4 người (1 chính, 2-3 trợ thủ viên).

Chuyên khoa gây mê hồi sức: 2 người (1 bác sỹ gây mê, 1 phụ mê).

**Phương tiện**

1 ván cứng, nếu không có ván cứng, dùng bàn nắn thông thường. Nắn trên bàn cần 1 bàn nữa kê bên cạnh cho kỹ thuật viên quỳ nắn.

1 bàn chỉnh hình (Pelvie): để nắn trật khớp kiểu trung tâm và để bó bột Chậu-lưng-chân sau khi đã nắn xong.

Bột thạch cao: tùy theo, nếu bó bột chống xoay (với trật khớp đơn thuần): 6-8 cuộn bột cỡ lớn 20 cm và vài cuộn bột cỡ 15 cm. Nếu bó bột Chậu- lưng-chân (với trật khớp không vững, trật khớp có kèm vỡ xương vùng khớp như vỡ ổ cối, vỡ chỏm xương đùi, vỡ mấu chuyển lớn...): 15 cuộn bột cỡ 20 cm.

Dụng cụ gây mê, thuốc gây mê (do bác sỹ gây mê chuẩn bị).

1 đai vải to bản làm đai số 8 để kéo nắn, thường lấy khăn mổ hoặc toan mổ lớn, xoắn lại và buộc chéo 2 góc đối đỉnh làm đai số 8.

1 đai vải nữa để buộc giữ khung chậu người bệnh vào cáng làm đối lực.

Các dụng cụ khác để phục vụ bó bột (giấy vệ sinh, bông lót cuộn, dây rạch dọc... như để bó các loại bột khác).

**Người bệnh**

Mọi trường hợp trật khớp háng người bệnh đều cần phải gây mê, nên cần dặn người bệnh nhịn ăn uống ít nhất 5-6 giờ, và làm tờ cam kết, chấp nhận thủ thuật. Người bệnh được cởi bỏ quần (kể cả quần lót).

**Hồ sơ**

- Cần ghi rõ ngày giờ bị tai nạn, ngày giờ bó bột, tình trạng thăm khám toàn thân, hướng xử trí, những điều dặn dò và hẹn khám lại.

- Vì người bệnh gây mê để nắn, cần có tờ cam kết chấp nhận thủ thuật.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH NẮN, BẤT ĐỘNG TRẬT KHỚP HÁNG**

Ở đây chúng tôi chỉ nói đến phương pháp Boehler, 1 trong những phương pháp kinh điển, dễ làm, an toàn, và cho đến hiện nay nhiều bệnh viện và trung tâm lớn vẫn đang áp dụng. Các phương pháp khác chỉ có ý nghĩa tham khảo.

**Người bệnh**

- Đặt nằm ngửa trên ván cứng trên sàn nhà. Tư thế háng gấp 90o, gối gấp 90o. Dùng 1 đai vải đối lực cố định chắc khung chậu vào cáng. Người bệnh được gây mê (việc tiền mê, gây mê, hồi sức do bác sỹ gây mê thực hiện).

**Tiến hành nắn**

- Người nắn quỳ cùng bên chân định nắn.

- Quàng 1 đai vải số 8 qua cổ người nắn, đầu kia đai số 8 qua khoeo người bệnh. Chỉnh đai số 8 sao cho vừa, dài quá đai bị trùng không có lực, ngắn quá người nắn sẽ phải cúi quá cũng không có lực (thường người nắn cúi khoảng 30o là vừa).

- Người nắn từ từ nâng cao cổ và lưng lên, đồng thời dùng 1 tay vít cổ chân người bệnh xuống làm lực đòn bẩy nhằm nâng gối của người bệnh lên cao dễ dàng hơn.

- Kéo từ từ, đủ lực, đủ thời gian (khoảng 5-7 phút), khớp sẽ vào, nghe tiếng “khục” là được. Nếu thấy khó khăn, sửa thêm tư thế (nếu trật ở tư thế khép thì cho chân dạng, nếu trật tư thế dạng thì cho chân khép, nếu trật ở tư thế xoay trong thì cho chân xoay ngoài và ngược lại). Nếu vẫn khó vào, dùng đầu gối của mình độn dưới khoeo người bệnh nâng lên (phối hợp với kiểu nắn của Kocher). Với người nắn khỏe lại có kinh nghiệm, đôi khi không cần dùng đai số 8, người nắn ngồi lên cổ chân người bệnh như kiểu trẻ em ngồi chơi bập bênh, dùng 1 cẳng tay hoặc 2 cẳng tay bắt chéo dưới khoeo người bệnh để kéo nắn, dùng luôn 2 tay ở dưới khoeo đưa gối người bệnh ra hay vào để sửa tư thế, tùy theo kiểu trật. Lưu ý: kéo nắn kiểu này có thể làm gẫy xương cánh tay người nắn.

**Bất động**

Ngày xưa người ta hay buộc chéo chân với trật háng đơn thuần, nay phương pháp này không được áp dụng nữa, do tư thế này gây khó chịu cho người bệnh.

Bó bột chống *xoay* (với trật khớp đơn thuần): bó bột Cẳng-bàn chân có que ngang, có thể bó lên đến giữa đùi, để gối không co lại được, sẽ gián tiếp làm háng không co lên, từ đó khớp háng khó trật ra.

Bột Chậu-lưng-chân (với trật khớp kèm vỡ xương vùng háng, trật khớp háng kiểu trung tâm).

**- Thì 1**: sau khi người bệnh được gây mê.

+ Đặt người bệnh trên bàn chỉnh hình, quấn bông lót toàn bộ vùng định bó bột.

+ Đặt 1 nẹp bột to bản vòng quanh bụng và khung chậu, 2 nẹp bột khác đặt chéo đi chéo lại (hoặc đặt song song, gối mép lên nhau) qua vùng háng đau.

+ Quấn bột từ trên xuống dưới, từ dưới lên trên theo các nẹp bột đã đặt, thành 1 bột Chậu-lưng-đùi. Đợi bột khô đỡ người bệnh xuống bàn thường để bó nốt thì 2.

**- Thì 2**: bó nốt bột ở cẳng-bàn chân: bó nối tiếp và gối đè lên phần bột đã bó ở thì 1. Lưu ý tăng cường bột chỗ nối 2 thì để bột khỏi long lở.

Kéo liên tục với trật háng kiểu trung tâm.

**Thời gian bất động**

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

**VI. THEO DÕI**

- Trật khớp háng đơn thuần: theo dõi ngoại trú.

- Trật khớp háng kèm gẫy xương hoặc có tổn thương phối hợp: điều trị nội trú.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

Chủ yếu tai biến do gây mê, đặc biệt khi người bệnh nằm sấp để nắn (nắn theo phương pháp Stimpson).

## **282. NẮN, BÓ BỘT TRONG BONG SỤN TIẾP KHỚP GỐI, KHỚP HÁNG**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Nguyên nhân thường do ngã đập trực tiếp vùng háng, gối xuống nền cứng. Khi bị gãy bong sụn tiếp, triệu chứng sẽ bao gồm: đau vùng tổn thương trực tiếp, sưng nề bầm tím và tụ máu.

**II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN**

* + - Bong sụn tiếp khớp gối, khớp háng.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có chống chỉ định tuyệt đối, chỉ không áp dụng cho những người yếu không thể mang được bột Chậu - lưng - chân. Với trường hợp này, bó bột chống xoay.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Chuyên khoa xương: 4-5 người, ít nhất cũng là 4 (1 chính, 3 phụ).

- Nếu người bệnh cần gây mê: chuyên khoa gây mê: 2 (1 chính, 1 phụ).

**2. Phương tiện**

- Bàn nắn chỉnh hình (Pelvie).

- Thuốc gây tê hoặc gây mê (thường là gây mê, do bác sỹ gây mê chuẩn bị và thực hiện).

- Bột thạch cao: 15 cuộn bột khổ 20 cm. 2-3 cuộn bột khổ 15 cm.

- Bông lót, dây và dao rạch dọc, cồn 70o, dụng cụ gây tê (mê), dụng cụ hồi sức, dịch truyền, o xy, nước ngâm bột…

**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, cởi bỏ quần áo.

- Với người bệnh gây mê, cần nhịn ăn uống ít nhất 5-6 giờ, tránh nôn hoặc hiện tượng trào ngược.

**4. Hồ sơ**

- Cần ghi rõ ngày giờ bị tai nạn, ngày giờ bó bột, tình trạng thăm khám toàn thân, hướng xử trí, những điều dặn dò và hẹn khám lại.

- Với người bệnh gây mê, cần có tờ cam kết chấp nhận thủ thuật.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH.**

**1. Bong sụn tiếp khớp háng**

***1.1. Với người bệnh trẻ, khỏe: bó bột Chậu - lưng - chân,*** bó thêm đùi bên lành.

Bên chân gẫy để tư thế dạng và xoay trong, ổ gẫy sẽ khít hơn.

Bó bột Chậu - lưng - chân gồm 2 thì:

*2.1.1. Thì 1:* bó bột Chậu - lưng - đùi: (bó từ khung chậu đến gối).

- Người bệnh được đặt nằm trên bàn như đã mô tả ở trên, hai bàn chân được cố định chặt vào 2 đế giầy của khung kéo. Với người bệnh nam, nhớ vén bìu người bệnh lên để khi kéo nắn bìu không bị kẹt vào ống đối lực.

- Quay vô lăng để căng chỉnh, nắn xương gẫy (như mô tả ở trên). Chân bên lành cũng được căng chỉnh làm đối lực, nhưng lực căng thường giảm hơn bên chân có tổn thương.

- Chỉnh 2 khung đỡ 2 chân cho chân dạng ra và xoay vào rồi cố định khung lại (bằng cờ-lê có sẵn). Quấn giấy vệ sinh hoặc bông lót toàn bộ vùng định bó bột (nên quấn lót rộng rãi hơn phần bó bột).

- Đo chu vi khung chậu và dùng bột khổ lớn nhất (20 cm) để rải 1 đai bột to, rộng (thường rộng từ 20 cm trở lên, tùy hình thể người bệnh), đủ dài để bó vòng quanh khung chậu và bụng. Ngâm bột nhanh, vắt ráo nước, vuốt phẳng đai bột, luồn qua dưới lưng người bệnh. Bên kia, trợ thủ viên đón đầu đai bột. Đưa 2 đầu đai bột gặp nhau và gối lên nhau ở trước giữa bụng. Nên đặt 1 gối mỏng trước bụng, bó xong thì rút bỏ để tránh bột chặt khi người bệnh ăn no.

- Rải tiếp 2 nẹp bột to bản nữa, đủ dài:

+ 1 nẹp đặt từ trước bụng bên tổn thương, gối lên phần đai bột đã đặt trước đó (đai bột vòng quanh khung chậu và bụng). Quấn bắt chéo qua cung đùi ra ngoài, để ra sau đùi, quấn chéo từ trên xuống dưới, từ ngoài vào trong cho hết nẹp bột.

+ 1 nẹp bột nữa tương tự, nhưng quấn chéo và xoáy trôn ốc theo chiều ngược lại với nẹp bột trên. Xuất phát điểm từ sau mào chậu, quấn vòng từ trên xuống dưới, qua mào chậu để từ ngoài vào trong, từ trước ra sau và cuối cùng từ trong ra ngoài cho hết chiều dài của nẹp bột. Mép trên của nẹp bột trùng với cung đùi. Có thể đặt 2 nẹp bột trên không bắt chéo mà song song nhau, cùng chiều nhau, gối nhau 1 ít, đỡ bị cộm.

- Dùng bột rải kiểu Zích-zắc tăng cường vùng trước bẹn. Đến đây coi như xong phần rải và đặt các nẹp bột.

- Quấn bột: dùng bột to bản (cỡ 20 cm) quấn từ trên xuống dưới, đến gối thì dừng lại (có thể bó xuống đến 1/3 dưới cẳng chân), quấn ngược lên trên, quấn lên quấn xuống như vậy đến khi cảm thấy đủ dầy thì được. Nhớ quấn bổ sung cho đai bột ở xung quanh bụng và khung chậu đã được đặt ban đầu. Cũng như các loại bột bó 2 thì khác, chỗ bột nối nhau giữa 2 thì nên bó mỏng dần để khi bó bột thì 2,bột gối lên nhau khỏi bị cộm.

*2.1.2. Thì 2:*

- Cắt băng cố định cổ bàn chân khỏi đế giày.

- Đưa người bệnh sang bàn nắn thường để bó nốt bột Cẳng - bàn chân (như bó bột Cẳng - bàn chân). Xong rồi thì xoa vuốt, chỉnh trang lần cuối.

- Nếu bó bột Chậu - lưng - chân-đùi, phần bột đùi đối diện được bó đồng thời với bên đùi tổn thương, đặt các nẹp và kỹ thuật bó tương tự như bên đùi tổn thương.

- Lau chùi sạch các ngón chân để dễ theo dõi. Bột cấp cứu, vẫn rạch dọc bột từ bẹn trở xuống.

***2.* Bong sụn tiếp khớp gối**

**- Bước 1:** Quấn giấy hoặc bông lót, hoặc lông tất jersey, đặt dây rạch dọc mặt trước đùi, gối, cẳng chân. Vùng khớp gối và cổ chân nên độn dầy 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 khổ rộng theo độ dài đo trước, theo mốc đã định, chú ý vuốt cho nẹp bột phẳng phiu, đỡ cộm khi bó bột.

**- Bước 3:**Quấn bột: trong khi trợ thủ 1 giữ nẹp bột vào mặt sau đùi, 1 tay dưới đầu trên nẹp, 1 tay dưới khoeo người bệnh, trợ thủ 2 giữ nẹp bột, 1 tay dưới mặt sau cẳng chân, 1 tay dưới đầu nẹp ở cổ chân. Kỹ thuật viên chính tiến hành quấn bột. Dùng bột to bản quấn từ giữa gối, quấn từ dưới lên trên, rồi từ trên xuống dưới kiểu xoáy trôn ốc, quấn đến đâu, trợ thủ viên nhấc 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**

- Nhẹ: theo dõi điều trị ngoại trú.

- Nặng, có tổn thương phối hợp, sưng nề: cho vào viện theo dõi điều trị nội trú.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Tai biến mạch máu, thần kinh: rất hiếm gặp. Nếu có, XỬ TRÍ theo tổn thương.

- Khi người bệnh đau bụng, cần nhanh chóng rạch dọc bột ở phần bụng và rạch dọc bột từ bẹn trở xuống, để tiện cho việc theo dõi, thăm khám và xử trí. Theo dõi, nếu không phải XỬ TRÍ cấp cứu ngoại khoa, sẽ quấn tăng cường để trả lại nguyên trạng của bột sau.

- Bột bó 2 thì, thì 1 bột được bó khi chân được kéo rất căng trên khung, bó xong rồi chân người bệnh được giải phóng sức căng, chân sẽ dồn lên do lực co của cơ, dễ gây chèn ép và mép bột có thể thúc vào bẹn gây đau hoặc loét, nên phải quấn độn lót cho dầy, nhất là vùng bẹn, gối, cổ chân. Bó xong nên sửa mép bột ở bẹn cho rộng rãi.

## **283. NẮN, BÓ BỘT GÃY MÂM CHÀY**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Gãy mâm chày là loại gãy xương trong khớp gối.

Là phần xương xốp nên gãy mâm chày sẽ gây chảy máu nhiều, gây sưng nề, rối loạn dinh dưỡng, có thể kèm theo hội chứng khoang, tắc mạch.

Mặt sau mâm chày là khoeo có chứa hệ thống thần kinh, mạch máu do vậy gãy mâm chày cần chú ý phát hiện các tổn thương mạch máu, thần kinh kèm theo.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Đối với tất cả các trường hợp gãy kín mâm chày di lệch ít và mới.

Với những trường hợp gãy nhiều mảnh phức tạp, phẫu thuật khó khăn có thể  
điều trị bảo tồn.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Gãy hở từ độ 2 trở lên.

Gãy xương kèm theo tổn thương mạch máu, thần kinh, hội chứng khoang.

Những trường hợp sưng nề nhiều, nhiều nốt phỏng do người bệnh đến muộn  
hoặc đắp lá.

**IV. CHUẨN BỊ**

Người thực hiện: 04 người

Bác sỹ. 01

Kỹ thuật viên: 03

Người bệnh:

Sau tai nạn sinh hoạt, tai nạn lao động

Có chẩn đoán gãy mâm chày và có chỉ định điều trị bảo tồn.

Được giải thích kỹ mục đích của thủ thuật,quá trình tiến hành làm thủ thuật.

Được vệ sinh sạch sẽ, và bộc chi bên bó bột.

Với người bệnh gây mê cần nhịn ăn uống 6 giờ.

Phương tiện:

Thuốc gây mê tĩnh mạch hoặc gây tê tại chỗ.

Bàn nắn chỉnh Pelvie.

Bơm tiêm 20ml, kim lấy thuốc số 24, bông băng cồn gạc.

Bột thạch cao: 10- 12 cuộn khổ 20cm (bột liền); 12- 14 cuộn khổ 20cm (bột tự  
cán).

Bông lót: 2-4 cuộn khổ 20cm.

**Thời gian thực hiện thủ thuật:** 60- 80 phút.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

Tư thế:

Người bệnh nằm ngửa trên bàn chỉnh hình để được gây mê hoặc gây tê tại chỗ.

Vô cảm

Gây mê tĩnh mạch

Gây tê tại ổ gãy

Kỹ thuật:

Sau gây mê, gây tê cho người bệnh nằm ngửa cố định cổ chân hai bên vào bàn  
nắn chỉnh.

Kỹ thuật viên 1: Xoay tay kéo bàn chỉnh hình để kéo dài chi dọc theo trục 5- 7  
phút.

Kỹ thuật viên 2: Sát trùng rộng vùng khớp gối, đi găng vô khuẩn hút máu tụ  
ttrong khớp gối. Sau đó dùng hai bàn tay nắn chỉnh ép các mảnh gãy về vị trí giải phẫu.

Kỹ thuật viên 3: Kiểm tra trên C- ARM và bó bột Đùi cẳng bàn chân.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

XQ kiểm tra.

Để phát hiện sớm các biến chứng như: Chèn ép bột, hội chứng khoang cần kê  
cao chân, theo dõi cảm giác đau của người bệnh, vận động và cảm giác cũng như màu sắc, nhiệt độ của ngón chân.

Khám lại sau 24 giờ kiểm tra xem có chèn ép không.

Nếu có dấu hiệu chèn ép cho nới bột ngay.

## **284. NẮN, BÓ BỘT GÃY XƯƠNG CHẬU**

## **285. NẮN, BÓ BỘT GÃY CỔ XƯƠNG ĐÙI**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Gẫy cổ xương đùi là loại gẫy mà đường gẫy nằm ở giữa chỏm xương đùi và khối mấu chuyển.

- Là loại gẫy nội khớp, do mạch máu nuôi dưỡng nghèo nàn nên gẫy cổ xương đùi có tỉ lệ khớp giả hoặc tiêu chỏm xương đùi cao.

- Thường xảy ra ở người có tuổi, có khi chỉ sau một sang chấn nhẹ như ngã ngồi. Ở người trẻ, thường do một chấn thương nặng như tai nạn giao thông, ngã cao...

**II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN**

1. Gẫy cài, gẫy cổ xương đùi ít lệch.

2. Gẫy cổ xương đùi trẻ em.

3. Gẫy cổ xương đùi di lệch nhưng kinh nghiệm phẫu thuật viên, điều kiện cơ sở y tế không đáp ứng an toàn cho phẫu thuật.

4. Tình trạng người bệnh không đảm bảo cho phẫu thuật, nguy cơ do phẫu thuật và gây mê cao.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có chống chỉ định tuyệt đối, chỉ cân nhắc đối với những người già, yếu không thể mang được bột chậu lưng chân. Với những trường hợp này, có bó bột Chậu - lưng - chân cũng khó có cơ hội liền xương, chỉ nên bó bột chống xoay để người bệnh đỡ đau mà thôi.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Chuyên khoa xương: 4-5 người, ít nhất cũng là 4 (1 chính, 3 phụ).

- Nếu người bệnh cần gây mê: 1 hoặc 2 chuyên khoa gây mê.

**2. Phương tiện**

- Thuốc gây mê.

- Bàn nắn: bàn chỉnh hình Pelvie.

- Bột thạch cao: 15 cuộn bột khổ 20 cm, 3-4 cuộn bột khổ 15 cm. Trẻ em thì tùy tuổi và kích thước mà chuẩn bị bột.

**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 gẫy, cởi bỏ quần áo.

- Với người bệnh gây mê, cần nhịn ăn uống ít nhất 5-6 giờ, tránh nôn hoặc hiện tượng trào ngược.

**4. Hồ sơ**

- Cần ghi rõ ngày giờ bị tai nạn, ngày giờ bó bột, tình trạng thăm khám toàn thân, hướng xử trí, những điều dặn dò và hẹn khám lại.

- Với người bệnh gây mê, cần có tờ cam kết chấp nhận thủ thuật.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Nắn chỉnh ổ gẫy**

Người bệnh nằm ngửa trên bàn chỉnh hình, có hai kỹ thuật nắn chính:

- Leadbetter: Gấp háng 90 độ, xoay trong nhẹ, kéo thẳng đứng theo trục xương đùi. Sau đó vẫn giữ chân xoay trong đưa háng dạng và duỗi thẳng chân hạ xuống ngang mức mặt bàn. Cố định bàn chân vào giá đỡ trong tư thế dạng 15-20 độ, xoay trong 20 độ.

- Whitman: Trước hết để háng duỗi, kéo thẳng chân, sau đó xoay chân vào trong và dạng háng. Duỗi thẳng, cố định hai bàn chân vào giá đỡ. Xoay ngoài chân gẫy, háng dạng 20 độ và kéo lấy lại chiều dài hơn bên chân lành một chút. Sau đó xoay trong 20- 30 độ.

Đánh giá trên phim X quang theo chỉ số Garden: trên phim thẳng: góc giữa trục trung tâm của bè xương hệ quạt ở chỏm và thành trong của thân xương đùi không nhỏ hơn 160 độ và không lớn hơn 180 độ. Trên phim nghiêng cổ xương đùi nghiêng trước hoặc nghiêng sau trong giới hạn 20 độ so với đường thẳng dọc cổ xương đùi.

**2. Bất động**

***2.1. Với người bệnh trẻ, thể trạng tốt, người có tuổi nhưng điều kiện sức khỏe cho phép:*** bó bột Chậu - lưng - chân (có thể bó thêm đùi bên lành).

*2.1.1. Thì 1:* bó bột Chậu - lưng - đùi: (bó từ khung chậu đến gối).

- Người bệnh được đặt nằm trên bàn như đã mô tả ở trên, hai bàn chân được cố định chặt vào 2 đế giầy của khung kéo. Với người bệnh nam, nhớ vén bìu người bệnh lên để khi kéo nắn bìu không bị kẹt vào ống đối lực.

- Quay vô lăng để căng chỉnh, nắn xương gẫy (xem phần nắn chỉnh ở trên). Chân bên lành cũng được căng chỉnh làm đối lực, nhưng lực căng thường giảm hơn bên chân có tổn thương.

- Chỉnh 2 khung đỡ 2 chân cho chân dạng ra hoặc khép vào, xoay vào hoặc xoay ra theo ý muốn rồi cố định khung lại (bằng cờ-lê có sẵn). Quấn giấy vệ sinh hoặc bông lót toàn bộ vùng định bó bột (nên quấn lót rộng rãi hơn phần bó bột).

- Đo chu vi khung chậu và dùng bột khổ lớn nhất (20 cm) để rải 1 đai bột to, rộng (thường rộng từ 20 cm trở lên, tùy hình thể người bệnh), đủ dài để bó vòng quanh khung chậu và bụng. Ngâm bột nhanh, vắt ráo nước, vuốt phẳng đai bột, luồn qua dưới lưng người bệnh. Bên kia, trợ thủ viên đón đầu đai bột. Đưa 2 đầu đai bột gặp nhau và gối lên nhau ở trước giữa bụng. Nên đặt 1 gối mỏng trước bụng, bó xong thì rút bỏ để tránh bột chặt khi người bệnh ăn no.

- Rải tiếp 2 nẹp bột to bản nữa, đủ dài:

+ 1 nẹp đặt từ trước bụng bên tổn thương, gối lên phần đai bột đã đặt trước đó (đai bột vòng quanh khung chậu và bụng). Quấn bắt chéo qua cung đùi ra ngoài, để ra sau đùi, quấn chéo từ trên xuống dưới, từ ngoài vào trong cho hết nẹp bột.

+ 1 nẹp bột nữa tương tự, nhưng quấn chéo và xoáy trôn ốc theo chiều ngược lại với nẹp bột trên. Xuất phát điểm từ sau mào chậu, quấn vòng từ trên xuống dưới, qua mào chậu để từ ngoài vào trong, từ trước ra sau và cuối cùng từ trong ra ngoài cho hết chiều dài của nẹp bột. Mép trên của nẹp bột trùng với cung đùi. Có thể đặt 2 nẹp bột trên không bắt chéo mà song song nhau, cùng chiều, gối nhau 1 ít, đỡ bị cộm.

- Dùng bột rải kiểu Zích-zắc tăng cường vùng trước bẹn. Đến đây coi như xong phần rải và đặt các nẹp bột.

- Quấn bột: dùng bột to bản (cỡ 20 cm) quấn từ trên xuống dưới, đến gối thì dừng lại (có thể bó xuống đến 1/3 dưới cẳng chân), quấn ngược lên trên, quấn lên quấn xuống như vậy đến khi cảm thấy đủ dầy thì được. Nhớ quấn bổ sung cho đai bột ở xung quanh bụng và khung chậu đã được đặt ban đầu. Cũng như các loại bột bó 2 thì khác, chỗ bột nối nhau giữa 2 thì nên bó mỏng dần để khi bó bột thì 2,bột gối lên nhau khỏi bị cộm.

*2.1.2. Thì 2:*

- Cắt băng cố định cổ bàn chân khỏi đế giày.

- Đưa người bệnh sang bàn nắn thường để bó nốt bột Cẳng - bàn chân (như bó bột Cẳng - bàn chân). Xong rồi thì xoa vuốt, chỉnh trang lần cuối.

- Nếu bó bột Chậu - lưng - chân-đùi, phần bột đùi đối diện được bó đồng thời với bên đùi tổn thương, đặt các nẹp và kỹ thuật bó tương tự như bên đùi tổn thương.

- Lau chùi sạch các ngón chân để dễ theo dõi. Bột cấp cứu, vẫn rạch dọc bột từ bẹn trở xuống.

Thời gian bất động bột với người lớn: 10-12 tuần. Với trẻ em, tùy theo tuổi.

**2.2. Với người cao tuổi, điều kiện sức khỏe không cho phép** bó bột Chậu- lưng-chân: chỉ bó bột chống xoay để đỡ đau trong thời gian mới gẫy. Thời gian bó bột chống xoay 5-6 tuần.

**VI. THEO DÕI**

- Nhẹ: theo dõi điều trị ngoại trú.

- Nặng, có tổn thương phối hợp, sưng nề: cho vào viện theo dõi điều trị nội trú.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Tai biến mạch máu, thần kinh: rất hiếm gặp. Nếu có, XỬ TRÍ theo tổn thương.

- Khi người bệnh đau bụng, cần nhanh chóng rạch dọc bột ở phần bụng và rạch dọc bột từ bẹn trở xuống, để tiện cho việc theo dõi, thăm khám và xử trí. Theo dõi, nếu không phải xử trí cấp cứu ngoại khoa, sẽ quấn tăng cường để trả lại nguyên trạng của bột sau.

- Bột bó 2 thì, thì 1 bột được bó khi chân được kéo rất căng trên khung, bó xong rồi chân người bệnh được giải phóng sức căng, chân sẽ dồn lên do lực co của cơ, dễ gây chèn ép và mép bột có thể thúc vào bẹn gây đau hoặc loét, nên phải quấn độn lót cho dầy, nhất là vùng bẹn, gối, cổ chân. Bó xong nên sửa mép bột ở bẹn cho rộng rãi.

## **286. NẮN, CỐ ĐỊNH TRẬT KHỚP HÁNG KHÔNG CHỈ ĐỊNH PHẪU THUẬT**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Khớp háng cũng là 1 khớp chỏm (giống như khớp vai), là khớp lớn nhất cơ thể, ổ khớp rất sâu, được nhiều cơ che phủ nên trật khớp háng phải do 1 chấn thương rất nặng và việc phẫu thuật cũng gặp nhiều khó khăn. Ổ cối là nơi gặp nhau của 3 xương (chậu, ngồi, mu), điểm yếu ở giữa hõm khớp nên một khi ổ cối bị vỡ, chỏm xương đùi chui qua chỗ gẫy tạo trật khớp kiểu trung tâm.

- Tuổi hay gặp là thanh niên và trung niên (tuổi lao động), nam gặp nhiều hơn nữ (4/1). Điều này có thể lý giải bởi nam giới ở tuổi này thường phải làm những công việc nặng nhọc, vất vả hơn nữ giới. Đa số là gặp trật khớp kín.

- Nguyên nhân hay gặp ở phương Tây thường do người bệnh đang lái xe ô tô, xe bị dừng lại đột ngột, đùi đang khép, đầu gối bị dồn thúc vào phần cứng ở phía trước, lực mạnh truyền từ gối lên thân và chỏm xương đùi làm chỏm bị trật ra sau ổ cối. Ở ta, ngoài nguyên nhân trên, còn hay gặp khi ngã cao, hoặc các tai nạn lao động.

- Phân loại: Theo vị trí chỏm xương đùi trật ra ở đâu, người ta chia ra 5 kiểu trật:

+ Kiểu chậu: chỏm xương đùi ra sau, lên trên, và ra phía ngoài ổ cối. Lâm sàng thấy đùi khép và xoay trong.

+ Kiểu ngồi: chỏm xương đùi ra sau, xuống dưới, và ra phía ngoài ổ cối. Lâm sàng đùi khép và xoay trong.

+ Kiểu mu: chỏm xương đùi ra trước ra trước, lên trên, vào phía trong ổ cối và có thể nhìn thấy rõ hoặc sờ thấy được ở vùng nếp bẹn. Lâm sàng thấy đùi dạng, xoay ngoài.

+ Kiểu bịt: chỏm xương đùi nằm ở trước hố bịt (ra trước, xuống dưới, và phía trong ổ cối). Lâm sàng thấy đùi dạng và xoay ngoài.

+ Kiểu trung tâm: chỏm xương đùi chui qua chỗ xương gẫy ở ổ cối vào trong tiểu khung. Lâm sàng thường khó chẩn đoán, chỉ phát hiện qua phim X quang.

**II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN TRẬT KHỚP HÁNG**

1. Trật khớp kín. Trật khớp háng đến sớm (3 tuần trở lại).

2. Trật khớp háng đơn thuần (không có gẫy xương vùng háng kèm theo).

3. Trật khớp háng có kèm gẫy xương vùng háng nhưng ít di lệch.

4. Trật khớp háng có kèm gẫy xương vùng háng di lệch nhưng không đủ điều kiện mổ (bệnh toàn thân nặng, các trường hợp khó khăn về kinh tế hoặc người bệnh từ chối mổ).

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

1. Trật khớp hở chưa XỬ TRÍ phẫu thuật. Trật khớp háng đến muộn (sau 3 tuần).

2. Có vỡ xương chậu nặng (gẫy Malgaigne).Gẫy đùi, cẳng chân cùng bên.

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

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:** do nắn trật khớp háng bắt buộc phải gây mê, nên cần:

- Kỹ thuật viên xương bột: 3-4 người (1 chính, 2-3 trợ thủ viên).

- Chuyên khoa gây mê hồi sức: 2 người (1 bác sỹ gây mê, 1 phụ mê).

**2. Phương tiện**

- 1 ván cứng, nếu không có ván cứng, dùng bàn nắn thông thường. Nắn trên bàn cần 1 bàn nữa kê bên cạnh cho kỹ thuật viên quỳ nắn.

- 1 bàn chỉnh hình (Pelvie): để nắn trật khớp kiểu trung tâm và để bó bột chậu - lưng - chân sau khi đã nắn xong.

- Bột thạch cao: tùy theo, nếu bó bột chống xoay (với trật khớp đơn thuần): 6-8 cuộn bột cỡ lớn 20 cm và vài cuộn bột cỡ 15 cm. Nếu bó bột Chậu- lưng-chân (với trật khớp không vững, trật khớp có kèm vỡ xương vùng khớp như vỡ ổ cối, vỡ chỏm xương đùi, vỡ mấu chuyển lớn...): 15 cuộn bột cỡ 20 cm.

- Dụng cụ gây mê, thuốc gây mê (do bác sỹ gây mê chuẩn bị).

- 1 đai vải to bản làm đai số 8 để kéo nắn, thường lấy khăn mổ hoặc toan mổ lớn, xoắn lại và buộc chéo 2 góc đối đỉnh làm đai số 8.

- 1 đai vải nữa để buộc giữ khung chậu người bệnh vào cáng làm đối lực.

- Các dụng cụ khác để phục vụ bó bột (giấy vệ sinh, bông lót cuộn, dây rạch dọc... như để bó các loại bột khác).

**3. Người bệnh**

Mọi trường hợp trật khớp háng người bệnh đều cần phải gây mê, nên cần dặn người bệnh nhịn ăn uống ít nhất 5-6 giờ, và làm tờ cam kết, chấp nhận thủ thuật. Người bệnh được cởi bỏ quần (kể cả quần lót).

**4. Hồ sơ**

- Cần ghi rõ ngày giờ bị tai nạn, ngày giờ bó bột, tình trạng thăm khám toàn thân, hướng xử trí, những điều dặn dò và hẹn khám lại.

- Vì người bệnh gây mê để nắn, cần có tờ cam kết chấp nhận thủ thuật.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH NẮN, BẤT ĐỘNG TRẬT KHỚP HÁNG**

Ở đây chúng tôi chỉ nói đến phương pháp Boehler, 1 trong những phương pháp kinh điển, dễ làm, an toàn, và cho đến hiện nay nhiều bệnh viện và trung tâm lớn vẫn đang áp dụng. Các phương pháp khác chỉ có ý nghĩa tham khảo.

**1. Người bệnh**

- Đặt nằm ngửa trên ván cứng trên sàn nhà. Tư thế háng gấp 90o, gối gấp 90o. Dùng 1 đai vải đối lực cố định chắc khung chậu vào cáng. Người bệnh được gây mê (việc tiền mê, gây mê, hồi sức do bác sỹ gây mê thực hiện).

**2. Tiến hành nắn**

- Người nắn quỳ cùng bên chân định nắn.

- Quàng 1 đai vải số 8 qua cổ người nắn, đầu kia đai số 8 qua khoeo người bệnh. Chỉnh đai số 8 sao cho vừa, dài quá đai bị trùng không có lực, ngắn quá người nắn sẽ phải cúi quá cũng không có lực (thường người nắn cúi khoảng 30o là vừa).

- Người nắn từ từ nâng cao cổ và lưng lên, đồng thời dùng 1 tay vít cổ chân người bệnh xuống làm lực đòn bẩy nhằm nâng gối của người bệnh lên cao dễ dàng hơn.

- Kéo từ từ, đủ lực, đủ thời gian (khoảng 5-7 phút), khớp sẽ vào, nghe tiếng “khục” là được. Nếu thấy khó khăn, sửa thêm tư thế (nếu trật ở tư thế khép thì cho chân dạng, nếu trật tư thế dạng thì cho chân khép, nếu trật ở tư thế xoay trong thì cho chân xoay ngoài và ngược lại). Nếu vẫn khó vào, dùng đầu gối của mình độn dưới khoeo người bệnh nâng lên (phối hợp với kiểu nắn của Kocher). Với người nắn khỏe lại có kinh nghiệm, đôi khi không cần dùng đai số 8, người nắn ngồi lên cổ chân người bệnh như kiểu trẻ em ngồi chơi bập bênh, dùng 1 cẳng tay hoặc 2 cẳng tay bắt chéo dưới khoeo người bệnh để kéo nắn, dùng luôn 2 tay ở dưới khoeo đưa gối người bệnh ra hay vào để sửa tư thế, tùy theo kiểu trật. Lưu ý: kéo nắn kiểu này có thể làm gẫy xương cánh tay người nắn.

**3. Bất động**

**3.1.** Ngày xưa người ta hay buộc chéo chân với trật háng đơn thuần, nay phương pháp này không được áp dụng nữa, do tư thế này gây khó chịu cho người bệnh.

**3.2.** Bó bột chống xoay (với trật khớp đơn thuần): bó bột Cẳng - bàn chân có que ngang, có thể bó lên đến giữa đùi, để gối không co lại được, sẽ gián tiếp làm háng không co lên, từ đó khớp háng khó trật ra.

**3.3.** Bột Chậu - lưng - chân (với trật khớp kèm vỡ xương vùng háng, trật khớp háng kiểu trung tâm).

**- Thì 1:** sau khi người bệnh được gây mê.

+ Đặt người bệnh trên bàn chỉnh hình, quấn bông lót toàn bộ vùng định bó bột.

+ Đặt 1 nẹp bột to bản vòng quanh bụng và khung chậu, 2 nẹp bột khác đặt chéo đi chéo lại (hoặc đặt song song, gối mép lên nhau) qua vùng háng đau.

+ Quấn bột từ trên xuống dưới, từ dưới lên trên theo các nẹp bột đã đặt, thành 1 bột Chậu - lưng - đùi. Đợi bột khô đỡ người bệnh xuống bàn thường để bó nốt thì 2.

**- Thì 2:** bó nốt bột ở Cẳng - bàn chân: bó nối tiếp và gối đè lên phần bột đã bó ở thì 1. Lưu ý tăng cường bột chỗ nối 2 thì để bột khỏi long lở.

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

**4. Thời gian bất động**

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

**VI. THEO DÕI**

- Trật khớp háng đơn thuần: theo dõi ngoại trú.

- Trật khớp háng kèm gẫy xương hoặc có tổn thương phối hợp: điều trị nội trú.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

Chủ yếu tai biến do gây mê, đặc biệt khi người bệnh nằm sấp để nắn (nắn theo phương pháp Stimpson).

## **287. NẮN, BÓ BỘT GÃY LỒI CẦU XƯƠNG ĐÙI**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Gẫy vùng lồi cầu xương đùi gồm có: gẫy trên lồi cầu, gẫy lồi cầu trong, lồi cầu ngoài và gẫy liên lồi cầu đùi.

- Gẫy trên lồi cầu xương đùi là loại gẫy ngoài khớp. Ngược lại, gẫy lồi cầu trong, gẫy lồi cầu ngoài và gẫy liên lồi cầu là loại gẫy nội khớp. Gẫy nội khớp thường nặng hơn, nếu sự nắn chỉnh không hoàn hảo thường để lại hậu quả xấu cho cơ năng của khớp sau này.

**II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN**

Với gẫy nội khớp: điều trị phẫu thuật gần như tuyệt đối. Với gẫy ngoại khớp: có chỉ định nắn bó bột nhiều hơn. Điều trị bảo tồn trong một số trường hợp sau:

1. Tình trạng sức khỏe người bệnh chống chỉ định mổ.

2. Gẫy xương phức tạp không thể phẫu thuật kết hợp xương được

3. Rối loạn phát triển xương nặng (loãng xương nặng, bệnh lý xương thủy tinh).

4. Gẫy xương không di lệch.

5. Gẫy xương lún, vững.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

1. Gẫy hở độ II của Gustilo trở lên.

2. Có tổn thương mạch, thần kinh.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Chuyên khoa chấn thương: 4 người (1 chính và 3 phụ).

- Chuyên khoa gây mê hồi sức: 2 (nếu người bệnh cần gây mê).

**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.

+ 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:

+ Nếu bó bột Đùi - cẳng - bàn chân (khi gẫy 1 trong 2 lồi cầu, hoặc gẫy không lệch): 4-5 cuộn khổ 20 cm, thêm 3-4 cuộn khổ 15 cm.

+ Nếu bó bột Chậu - lưng - chân (khi gẫy trên lồi cầu, gẫy liên lồi cầu, gẫy di lệch): 15 cuộn bột khổ 20 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**

- Cần ghi rõ ngày giờ bị tai nạn, ngày giờ bó bột, tình trạng thăm khám toàn thân, hướng xử trí, những điều dặn dò và hẹn khám lại.

- Với người bệnh gây mê, cần có tờ cam kết chấp nhận thủ thuật.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Nắn chỉnh ổ gẫy**

***1.1. Với cả 4 loại gẫy đầu dưới xương đùi ít di lệch***

- Tư thế người bệnh: nằm ngửa trên bàn nắn thông thường.

- Hút máu tụ khớp gối (với gẫy nội khớp), kéo nắn tùy theo kiểu di lệch.

***1.2. Với gẫy trên lồi cầu có di lệch***

- Người bệnh đặt nằm ngửa trên bàn thường, gây tê hoặc gây mê, xong đưa lên cố định trên bàn chỉnh hình.

- Cố định chân định nắn vào khung kéo ở tư thế trùng gối, trợ thủ dùng cẳng tay đặt dưới khoeo người bệnh để gồng lên, người nắn chính sẽ tiến hành nắn tùy theo kiểu di lệch như thế nào (căn cứ phim XQ), khi thấy được thì từ từ duỗi dần gối ra, đặt dây rạch dọc và bó bột Chậu - lưng - chân, tư thế gối chùng 130o.

***1.3.Với gẫy lồi cầu trong, lồi cầu ngoài và gẫy liên lồi cầu:*** cũng trên bàn chỉnh hình, nhưng kéo nắn trong tư thế gối duỗi. Các thì giống với gẫy trên lồi cầu.

**2. Bất động bột**

***2.1. Gẫy trên lồi cầu, gẫy liên lồi cầu: cần bó bột Chậu - lưng - chân***

Bó bột Chậu - lưng - chân gồm 2 thì:

*2.1.1. Thì 1:* bó bột Chậu - lưng - đùi: (bó từ khung chậu đến gối).

- Người bệnh được đặt nằm trên bàn như đã mô tả ở trên, hai bàn chân được cố định chặt vào 2 đế giầy của khung kéo. Với người bệnh nam, nhớ vén bìu người bệnh lên để khi kéo nắn bìu không bị kẹt vào ống đối lực.

- Quay vô lăng để căng chỉnh, nắn xương gẫy (như mô tả ở trên). Chân bên lành cũng được căng chỉnh làm đối lực, nhưng lực căng thường giảm hơn bên chân có tổn thương.

- Chỉnh 2 khung đỡ 2 chân cho chân dạng ra và xoay vào rồi cố định khung lại (bằng cờ-lê có sẵn). Quấn giấy vệ sinh hoặc bông lót toàn bộ vùng định bó bột (nên quấn lót rộng rãi hơn phần bó bột).

- Đo chu vi khung chậu và dùng bột khổ lớn nhất (20 cm) để rải 1 đai bột to, rộng (thường rộng từ 20 cm trở lên, tùy hình thể người bệnh), đủ dài để bó vòng quanh khung chậu và bụng. Ngâm bột nhanh, vắt ráo nước, vuốt phẳng đai bột, luồn qua dưới lưng người bệnh. Bên kia, trợ thủ viên đón đầu đai bột. Đưa 2 đầu đai bột gặp nhau và gối lên nhau ở trước giữa bụng. Nên đặt 1 gối mỏng trước bụng, bó xong thì rút bỏ để tránh bột chặt khi người bệnh ăn no.

- Rải tiếp 2 nẹp bột to bản nữa, đủ dài:

+ 1 nẹp đặt từ trước bụng bên tổn thương, gối lên phần đai bột đã đặt trước đó (đai bột vòng quanh khung chậu và bụng). Quấn bắt chéo qua cung đùi ra ngoài, để ra sau đùi, quấn chéo từ trên xuống dưới, từ ngoài vào trong cho hết nẹp bột.

+ 1 nẹp bột nữa tương tự, nhưng quấn chéo và xoáy trôn ốc theo chiều ngược lại với nẹp bột trên. Xuất phát điểm từ sau mào chậu, quấn vòng từ trên xuống dưới, qua mào chậu để từ ngoài vào trong, từ trước ra sau và cuối cùng từ trong ra ngoài cho hết chiều dài của nẹp bột. Mép trên của nẹp bột trùng với cung đùi. Có thể đặt 2 nẹp bột trên không bắt chéo mà song song nhau, cùng chiều nhau, gối nhau 1 ít, đỡ bị cộm.

- Dùng bột rải kiểu Zích-zắc tăng cường vùng trước bẹn. Đến đây coi như xong phần rải và đặt các nẹp bột.

- Quấn bột: dùng bột to bản (cỡ 20 cm) quấn từ trên xuống dưới, đến gối thì dừng lại (có thể bó xuống đến 1/3 dưới cẳng chân), quấn ngược lên trên, quấn lên quấn xuống như vậy đến khi cảm thấy đủ dầy thì được. Nhớ quấn bổ sung cho đai bột ở xung quanh bụng và khung chậu đã được đặt ban đầu. Cũng như các loại bột bó 2 thì khác, chỗ bột nối nhau giữa 2 thì nên bó mỏng dần để khi bó bột thì 2,bột gối lên nhau khỏi bị cộm.

*2.1.2. Thì 2:*

- Cắt băng cố định cổ bàn chân khỏi đế giày.

- Đưa người bệnh sang bàn nắn thường để bó nốt bột Cẳng - bàn chân (như bó bột Cẳng - bàn chân). Xong rồi thì xoa vuốt, chỉnh trang lần cuối.

- Nếu bó bột Chậu - lưng - chân-đùi, phần bột đùi đối diện được bó đồng thời với bên đùi tổn thương, đặt các nẹp và kỹ thuật bó tương tự như bên đùi tổn thương.

- Lau chùi sạch các ngón chân để dễ theo dõi.

- Bột cấp cứu, vẫn rạch dọc bột từ bẹn trở xuống.

***2.2.Gẫy 1 trong 2 lồi cầu, gẫy trên lồi cầu và liên lồi cầu nhưng không di lệch***bó bột Đùi - cẳng - bàn chân rạch dọc (có thể làm thêm que ngang chống xoay).

**3. Thời gian bất động bột: với người lớn trung bình 8 tuần** (trẻ em, thời gian ngắn hơn, tùy theo tuổi).

- Sau 1 tuần chụp kiểm tra: Nếu tốt: thay bột tròn. Nếu di lệch thứ phát: nắn thêm (với gẫy trên lồi cầu), hoặc chuyển mổ có chuẩn bị (với gẫy nội khớp).

- Sau 3 tuần có thể thay bột, tránh hiện tượng xương di lệch thêm do lỏng bột.

**VI. THEO DÕI**

Nhẹ: theo dõi điều trị ngoại trú.

Nặng: có tổn thương phối hợp, sưng nề: cho vào viện theo dõi điều trị nội trú.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

**1. Tai biến:** tổn thương mạch máu và thần kinh: quá trình kéo nắn có thể gây tổn thương hoặc làm nặng thêm những tổn thương sẵn có của bó mạch khoeo, thần kinh chày, thần kinh mác chung.

**2. Xử trí**

- Tổn thương mạch: phải chuyển mổ cấp cứu xử trí tổn thương (giải phóng mạch, nối mạch, ghép mạch).

- Tổn thương thần kinh : thường do căng giãn, tự hồi phục sau 3-4 tháng.

## **288. BÓ BỘT ỐNG TRONG GÃY XƯƠNG BÁNH CHÈ**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Là xương vừng lớn nhất trong cơ thể (1 xương nằm ở trong gân).

- Xương bánh chè có hình tam giác, đáy ở phía trên có gân cơ tứ đầu đùi bám, đỉnh hoặc cực dưới có gân bánh chè bám, nên khi xương gẫy thường là di lệch, mà đã lệch thì không nắn được, do lực kéo rất khỏe của 2 gân cơ nói trên. Các trường hợp gẫy chéo hoặc gẫy dọc, xương bánh chè thường ít lệch.

- Xương bánh chè nằm ngay dưới da, trước gối và mặt sau tựa vào nền cứng là các lồi cầu xương đùi.Vì thế khi ngã đập gối dễ gây vỡ xương bánh chè. Trẻ em rất ít gặp vỡ xương bánh chè.

**II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN**

1. Chỉ định điều trị bảo tồn với những trường hợp vỡ xương bánh chè ít lệch, khi các mảnh vỡ xương bánh chè xa nhau dưới 3mm, mặt khớp di lệch dưới 2mm.

2. Các trường hợp gẫy di lệch nhưng vì một lý do nào đó người bệnh không thể mổ (bệnh toàn thân nặng, tình trạng sức khỏe không thể tiến hành mổ hoặc không thể tiến hành gây mê được, người bệnh không có điều kiện mổ, từ chối mổ...).

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

1. Không điều trị bảo tồn với trường hợp gẫy hở xương bánh chè.

2. Có tổn thương mạch máu hay thần kinh, hội chứng khoang.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:** Chuyên khoa chấn thương: 3 người (1 chính và 2 phụ).

**2. Phương tiện**

- Bàn nắn: bàn nắn bình thường. Cần thêm 1 độn gỗ để kê cao cổ chân người bệnh khi bó bột.

- Thuốc gây tê.

- Bột thạch cao: 5-6 cuộn bột khổ 20cm.

**3. Người bệnh**

- Được giải thích kỹ mục đích của thủ thuật, quá trình tiến hành làm thủ thuật. Với bệnh nhi, cần giải thích cho bố mẹ hoặc người thân.

- Được vệ sinh sạch sẽ vùng gối, cởi bỏ quần.

**4. Hồ sơ**

- Cần ghi rõ ngày giờ bị tai nạn, ngày giờ bó bột, tình trạng thăm khám toàn thân, hướng xử trí, những điều dặn dò và hẹn khám lại.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH.**

**1. Nắn chỉnh ổ gẫy**

- Tư thế người bệnh: Nằm ngửa trên bàn, tốt nhất là bàn chỉnh hình.

- Sát trùng rộng vùng khớp gối, đi găng vô khuẩn, gây tê tại chỗ.

- Hút máu tụ trong khớp gối: dùng bơm tiêm 20ml hoặc to hơn, mũi kim to, chọc qua khe khớp bánh chè-đùi bên ngoài (túi cùng bên ngoài của cơ tứ đầu đùi). Không cần phải hút hết dịch máu, phần máu còn lại sẽ tự tiêu đi, cũng không cần hút ở túi cùng trong, vì 2 túi cùng này thông với nhau.

- Nắn chỉnh, ở đây chủ yếu là nắn chỉnh di lệch theo chiều trước-sau và di lệch sang bên, còn di lệch rời xa nhau (giãn cách) như trên đã nói, do gân tứ đầu kéo lên, gân bánh chè kéo xuống, nên không thể nắn được.

**2. Bất động:**bó ống bột rạch dọc.

***2.1. Người bệnh***

- Nằm ngửa, gót chân kê cao trên độn gỗ.

- Được cởi hoặc cắt bỏ quần bên bó bột.

- Nếu hút dịch hoặc máu tụ khớp gối, phải đảm bảo nguyên tắc vô trùng: vệ sinh bằng xà phòng, sát trùng cồn 70o rộng rãi, trải toan lỗ đã hấp tiệt trùng, đi găng hấp. Chọc hút: dùng bơm tiêm 20 ml hoặc to hơn, kim to và dài, chọc ở vị trí túi cùng cơ tứ đầu đùi ngoài (phần căng phồng ở phía trên-ngoài của cực trên xương bánh chè). Chỉ cần chọc hút ở 1 vị trí trên, do các túi cùng thông nhau, dịch hoặc máu tụ sẽ ra tốt. Không cố hút hết dịch hoặc máu, còn một ít, dịch hoặc máu sẽ tự tiêu trong 1 vài tuần.

***2.2. Các bước tiến hành bó bột***

- Bước 1: Quấn giấy hoặc bông lót, hoặc lông tất jersey, đặt dây rạch dọc mặt trước đùi, gối, cẳng chân. Vùng khớp gối và cổ chân nên độn dầy 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 khổ rộng theo độ dài đo trước, theo mốc đã định, chú ý vuốt cho nẹp bột phẳng phiu, đỡ cộm khi bó bột.

- Bước 3: Quấn bột:

+ Trong khi trợ thủ 1 giữ nẹp bột vào mặt sau đùi, 1 tay dưới đầu trên nẹp, 1 tay dưới khoeo người bệnh, trợ thủ 2 giữ nẹp bột, 1 tay dưới mặt sau cẳng chân, 1 tay dưới đầu nẹp ở cổ chân.

+ Kỹ thuật viên chính tiến hành quấn bột: dùng bột to bản quấn từ giữa gối, quấn từ dưới lên trên, rồi từ trên xuống dưới kiểu xoáy trôn ốc, quấn đến đâu, trợ thủ viên nhấc 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).

**3. Thời gian bất động bột:**4-6 tuần.

**VI. THEO DÕI**

- Nhẹ thì điều trị ngoại trú (vỡ xương bánh chè thường là nhẹ).

- Sưng nề nhiều hoặc có tổn thương phối hợp thì theo dõi điều trị nội trú.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

Thường chỉ có tai biến khi có thương tổn phối hợp như gẫy vùng 1/3 trên cẳng chân, mâm chầy, lồi cầu xương đùi. Cần theo dõi sát sao nhằm phát hiện sớm các biểu hiện của hội chứng chèn ép khoang hoặc rối loạn dinh dưỡng nặng để có biện pháp xử trí kịp thời.

## **289. 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 gẫy 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 hở khớp gối.

2. Trật khớp kèm tổn thương mạch máu, thần kinh, hội chứng khoang.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Chuyên khoa chấn thương: 4 người (1 chính và 3 phụ).

- Chuyên khoa gây mê hồi sức: 2 (nếu người bệnh cần gây mê).

**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**

- Cần ghi rõ ngày giờ bị tai nạn, ngày giờ bó bột, tình trạng thăm khám toàn thân, hướng xử trí,những điều dặn dò và hẹn khám lại.

- Với người bệnh gây mê, cần có tờ cam kết chấp nhận thủ thuật.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**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 chính 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.

**2. Bất động:** ống bột rạch dọc.

***2.1. Người bệnh***

- Nằm ngửa, gót chân kê cao trên độn gỗ.

- Được cởi hoặc cắt bỏ quần bên bó bột.

- Nếu hút dịch hoặc máu tụ khớp gối, phải đảm bảo nguyên tắc vô trùng: vệ sinh bằng xà phòng, sát trùng cồn 70o rộng rãi, trải toan lỗ đã hấp tiệt trùng, đi găng hấp. Chọc hút: dùng bơm tiêm 20 ml hoặc to hơn, kim to và dài, chọc ở vị trí túi cùng cơ tứ đầu đùi ngoài (phần căng phồng ở phía trên-ngoài của cực trên xương bánh chè). Chỉ cần chọc hút ở 1 vị trí trên, do các túi cùng thông nhau, dịch hoặc máu tụ sẽ ra tốt. Không cố hút hết dịch hoặc máu, còn một ít, dịch hoặc máu sẽ tự tiêu trong 1 vài tuần.

***2.2. Các bước tiến hành bó bột:***

**- Bước 1:** Quấn giấy hoặc bông lót, hoặc lông tất jersey, đặt dây rạch dọc mặt trước đùi, gối, cẳng chân. Vùng khớp gối và cổ chân nên độn dầy 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 khổ rộng theo độ dài đo trước, theo mốc đã định, chú ý vuốt cho nẹp bột phẳng phiu, đỡ cộm khi bó bột.

**- Bước 3:**Quấn bột: trong khi trợ thủ 1 giữ nẹp bột vào mặt sau đùi, 1 tay dưới đầu trên nẹp, 1 tay dưới khoeo người bệnh, trợ thủ 2 giữ nẹp bột, 1 tay dưới mặt sau cẳng chân, 1 tay dưới đầu nẹp ở cổ chân. Kỹ thuật viên chính tiến hành quấn bột. Dùng bột to bản quấn từ giữa gối, quấn từ dưới lên trên, rồi từ trên xuống dưới kiểu xoáy trôn ốc, quấn đến đâu, trợ thủ viên nhấc 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 đụng 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. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

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…).

## **290. NẮN, BÓ BỘT GÃY 1/3 TRÊN HAI XƯƠNG CẲNG 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 nắn chỉnh tốt. Xương mác chỉ quan trọng khi gẫy 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 gẫy, vì có cân cơ dép (một loại cân nội cơ), vách liên cơ lại dầy 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 gẫy 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 gẫy 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 gẫy hai xương cẳng chân.

Chỉ định bảo tồn với những trường hợp sau:

1. Gẫy không di lệch hoặc di lệch ít.

2. Gẫy di lệch lẽ 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 gẫy hở độ II của Gustilo trở lên chưa được XỬ TRÍ phẫu thuật.

2. Gẫy 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**

- Chuyên khoa chấn thương: 4 người (1 chính và 3 phụ).

- Chuyên khoa gây mê hồi sức: 2 (nếu người bệnh cần gây mê).

**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**

- Cần ghi rõ ngày giờ bị tai nạn, ngày giờ bó bột, tình trạng thăm khám toàn thân, hướng xử trí,những điều dặn dò và hẹn khám lại.

- Với người bệnh gây mê, cần có tờ cam kết chấp nhận thủ thuật.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Nắn chỉnh ổ gẫy**

- Tư thế người bệnh: Nằm ngửa trên bàn, tốt nhất là bàn chỉnh hình.

- Gây tê tại chỗ hoặc gây mê.

***1.1. Nếu dùng bàn chỉnh hình:*** cố định cổ bàn chân vào giá kéo qua một băng vải quấn vào cổ chân. Tăng dần lực kéo để sửa di lệch chồng. Sau đó tùy theo di lệch thế nào, dùng hai lòng bàn tay đặt ở trên và dưới ổ gẫy, 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 gẫy áp vào nhau là được. Các di lệch gấp góc vượt quá giới hạn cho phép là 15o với gãy 1/3 giữa và 10o với 1/3 trên có thể dễ dàng sửa bằng cách cắt bột hình chêm (còn gọi là cắt múi cam) sau khoảng 2-3 tuần đầu.

***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 cẳng 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 chồng. 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.

**2. Bất động:** bó bột Đùi - cẳng - bàn chân rạch dọc 2 thì.

***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 trôn ốc, bó đến đâu xoa và vuốt đến đó cho bột kết dính tốt hơn, khi cảm thấy bột đủ độ dầy 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 dầy vuông thành sắc cạnh, khi bó bột thì 2 nối vào, bột dễ bị cộm hoặc dễ long lở, gẫy 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 khổ to quấn đè lên 1 phần bột đã bó, cũng quấn bột vòng tròn, xoáy trôn ốc từ dưới lên trên, rồi từ trên xuống dưới, đến khi thấy đủ độ dầy thì thôi, theo mốc đã định từ ban đầu. Chú ý tăng cường chỗ bột nối 2 thì để bột khỏi bị long lở.

***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.

***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.

***2.4. Thời gian bất động bột:*** với người lớn tổng thời gian mang bột trung bình khoảng 12 tuần. Trong quá trình bất động ấy:

- Sau 1 tuần đầu, chụp kiểm tra nếu di lệch thứ phát có thể nắn lại (như với nắn lần đầu) hoặc chuyển mổ có chuẩn bị. Nếu tốt: thay bột tròn (nên đỡ nhẹ nhàng).

- Sau 3-4 tuần tiếp theo, lại chụp kiểm tra lần nữa và thay bột, tránh hiện tượng bột lỏng dần gây di lệch thứ phát trong bột.

- 1 tháng cuối cùng của quá trình bất động, tùy vị trí gẫy cao hay thấp mà có thể thay bột Cẳng - bàn chân hoặc bột Ôm gối (với gẫy thấp), hoặc bột Ống (với gẫy cao gần gối).

**VI. THEO DÕI**

Nhẹ thì điều trị ngoại trú, nặng thì cho vào theo dõi nội trú.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Gẫy cẳng chân, đặc biệt là gẫy 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.

## **291. NẮN, BÓ BỘT GÃY 1/3 GIỮA HAI XƯƠNG CẲNG 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 nắn chỉnh tốt. Xương mác chỉ quan trọng khi gẫy 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 gẫy, vì có cân cơ dép (một loại cân nội cơ), vách liên cơ lại dầy 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 gẫy 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 gẫy 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 gẫy hai xương cẳng chân.

Chỉ định bảo tồn với những trường hợp sau:

1. Gẫy không di lệch hoặc di lệch ít.

2. Gẫy di lệch lẽ 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 gẫy hở độ II của Gustilo trở lên chưa được XỬ TRÍ phẫu thuật.

2. Gẫy 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**

- Chuyên khoa chấn thương: 4 người (1 chính và 3 phụ).

- Chuyên khoa gây mê hồi sức: 2 (nếu người bệnh cần gây mê).

**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**

- Cần ghi rõ ngày giờ bị tai nạn, ngày giờ bó bột, tình trạng thăm khám toàn thân, hướng xử trí,những điều dặn dò và hẹn khám lại.

- Với người bệnh gây mê, cần có tờ cam kết chấp nhận thủ thuật.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Nắn chỉnh ổ gẫy**

- Tư thế người bệnh: Nằm ngửa trên bàn, tốt nhất là bàn chỉnh hình.

- Gây tê tại chỗ hoặc gây mê.

***1.1. Nếu dùng bàn chỉnh hình:*** cố định cổ bàn chân vào giá kéo qua một băng vải quấn vào cổ chân. Tăng dần lực kéo để sửa di lệch chồng. Sau đó tùy theo di lệch thế nào, dùng hai lòng bàn tay đặt ở trên và dưới ổ gẫy, 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 gẫy áp vào nhau là được. Các di lệch gấp góc vượt quá giới hạn cho phép là 15o với gãy 1/3 giữa và 10o với 1/3 trên có thể dễ dàng sửa bằng cách cắt bột hình chêm (còn gọi là cắt múi cam) sau khoảng 2-3 tuần đầu.

***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 cẳng 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 chồng. 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.

**2. Bất động:** bó bột Đùi - cẳng - bàn chân rạch dọc 2 thì.

***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 trôn ốc, bó đến đâu xoa và vuốt đến đó cho bột kết dính tốt hơn, khi cảm thấy bột đủ độ dầy 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 dầy vuông thành sắc cạnh, khi bó bột thì 2 nối vào, bột dễ bị cộm hoặc dễ long lở, gẫy 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 khổ to quấn đè lên 1 phần bột đã bó, cũng quấn bột vòng tròn, xoáy trôn ốc từ dưới lên trên, rồi từ trên xuống dưới, đến khi thấy đủ độ dầy thì thôi, theo mốc đã định từ ban đầu. Chú ý tăng cường chỗ bột nối 2 thì để bột khỏi bị long lở.

***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.

***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.

***2.4. Thời gian bất động bột:*** với người lớn tổng thời gian mang bột trung bình khoảng 12 tuần. Trong quá trình bất động ấy:

- Sau 1 tuần đầu, chụp kiểm tra nếu di lệch thứ phát có thể nắn lại (như với nắn lần đầu) hoặc chuyển mổ có chuẩn bị. Nếu tốt: thay bột tròn (nên đỡ nhẹ nhàng).

- Sau 3-4 tuần tiếp theo, lại chụp kiểm tra lần nữa và thay bột, tránh hiện tượng bột lỏng dần gây di lệch thứ phát trong bột.

- 1 tháng cuối cùng của quá trình bất động, tùy vị trí gẫy cao hay thấp mà có thể thay bột Cẳng - bàn chân hoặc bột Ôm gối (với gẫy thấp), hoặc bột Ống (với gẫy cao gần gối).

**VI. THEO DÕI**

Nhẹ thì điều trị ngoại trú, nặng thì cho vào theo dõi nội trú.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Gẫy cẳng chân, đặc biệt là gẫy 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.

## **292. NẮN, BÓ BỘT GÃY 1/3 DƯỚI HAI XƯƠNG CẲNG 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 nắn chỉnh tốt. Xương mác chỉ quan trọng khi gẫy 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 gẫy, vì có cân cơ dép (một loại cân nội cơ), vách liên cơ lại dầy 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 gẫy 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 gẫy 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 gẫy hai xương cẳng chân.

Chỉ định bảo tồn với những trường hợp sau:

1. Gẫy không di lệch hoặc di lệch ít.

2. Gẫy di lệch lẽ 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 gẫy hở độ II của Gustilo trở lên chưa được XỬ TRÍ phẫu thuật.

2. Gẫy 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**

- Chuyên khoa chấn thương: 4 người (1 chính và 3 phụ).

- Chuyên khoa gây mê hồi sức: 2 (nếu người bệnh cần gây mê).

**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**

- Cần ghi rõ ngày giờ bị tai nạn, ngày giờ bó bột, tình trạng thăm khám toàn thân, hướng xử trí,những điều dặn dò và hẹn khám lại.

- Với người bệnh gây mê, cần có tờ cam kết chấp nhận thủ thuật.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Nắn chỉnh ổ gẫy**

- Tư thế người bệnh: Nằm ngửa trên bàn, tốt nhất là bàn chỉnh hình.

- Gây tê tại chỗ hoặc gây mê.

***1.1. Nếu dùng bàn chỉnh hình:*** cố định cổ bàn chân vào giá kéo qua một băng vải quấn vào cổ chân. Tăng dần lực kéo để sửa di lệch chồng. Sau đó tùy theo di lệch thế nào, dùng hai lòng bàn tay đặt ở trên và dưới ổ gẫy, 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 gẫy áp vào nhau là được. Các di lệch gấp góc vượt quá giới hạn cho phép là 15o với gãy 1/3 giữa và 10o với 1/3 trên có thể dễ dàng sửa bằng cách cắt bột hình chêm (còn gọi là cắt múi cam) sau khoảng 2-3 tuần đầu.

***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 cẳng 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 chồng. 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.

**2. Bất động:** bó bột Đùi - cẳng - bàn chân rạch dọc 2 thì.

***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 trôn ốc, bó đến đâu xoa và vuốt đến đó cho bột kết dính tốt hơn, khi cảm thấy bột đủ độ dầy 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 dầy vuông thành sắc cạnh, khi bó bột thì 2 nối vào, bột dễ bị cộm hoặc dễ long lở, gẫy 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 khổ to quấn đè lên 1 phần bột đã bó, cũng quấn bột vòng tròn, xoáy trôn ốc từ dưới lên trên, rồi từ trên xuống dưới, đến khi thấy đủ độ dầy thì thôi, theo mốc đã định từ ban đầu. Chú ý tăng cường chỗ bột nối 2 thì để bột khỏi bị long lở.

***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.

***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.

***2.4. Thời gian bất động bột:*** với người lớn tổng thời gian mang bột trung bình khoảng 12 tuần. Trong quá trình bất động ấy:

- Sau 1 tuần đầu, chụp kiểm tra nếu di lệch thứ phát có thể nắn lại (như với nắn lần đầu) hoặc chuyển mổ có chuẩn bị. Nếu tốt: thay bột tròn (nên đỡ nhẹ nhàng).

- Sau 3-4 tuần tiếp theo, lại chụp kiểm tra lần nữa và thay bột, tránh hiện tượng bột lỏng dần gây di lệch thứ phát trong bột.

- 1 tháng cuối cùng của quá trình bất động, tùy vị trí gẫy cao hay thấp mà có thể thay bột Cẳng - bàn chân hoặc bột Ôm gối (với gẫy thấp), hoặc bột Ống (với gẫy cao gần gối).

**VI. THEO DÕI**

Nhẹ thì điều trị ngoại trú, nặng thì cho vào theo dõi nội trú.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Gẫy cẳng chân, đặc biệt là gẫy 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.

## **293. NẮN, BÓ BỘT GÃY XƯƠNG CHÀY**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Khi xương chày bị gẫy, vì có cân cơ dép (một loại cân nội cơ), vách liên cơ lại dầy 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 gẫy 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 gẫy hở, gây nhiều khó khăn trong điều trị, đặc biệt là vấn đề nhiễm khuẩn.

**II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN**

1. Gẫy không di lệch hoặc di lệch ít.

2. Gẫy di lệch lẽ 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 gẫy hở độ II của Gustilo trở lên chưa được xử trí phẫu thuật.

2. Gẫy 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**

- Chuyên khoa chấn thương: 4 người (1 chính và 3 phụ).

- Chuyên khoa gây mê hồi sức: 2 (nếu người bệnh cần gây mê).

**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**

- Cần ghi rõ ngày giờ bị tai nạn, ngày giờ bó bột, tình trạng thăm khám toàn thân, hướng xử trí,những điều dặn dò và hẹn khám lại.

- Với người bệnh gây mê, cần có tờ cam kết chấp nhận thủ thuật.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Nắn chỉnh ổ gẫy**

- Tư thế người bệnh: Nằm ngửa trên bàn, tốt nhất là bàn chỉnh hình.

- Gây tê tại chỗ hoặc gây mê.

***1.1. Nếu dùng bàn chỉnh hình:*** cố định cổ bàn chân vào giá kéo qua một băng vải quấn vào cổ chân. Tăng dần lực kéo để sửa di lệch chồng. Sau đó tùy theo di lệch thế nào, dùng hai lòng bàn tay đặt ở trên và dưới ổ gẫy, 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 gẫy áp vào nhau là được. Các di lệch gấp góc vượt quá giới hạn cho phép là 15o với gãy 1/3 giữa và 10o với 1/3 trên có thể dễ dàng sửa bằng cách cắt bột hình chêm (còn gọi là cắt múi cam) sau khoảng 2-3 tuần đầu.

***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 cẳng 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 chồng. 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.

**2. Bất động:** bó bột Đùi - cẳng - bàn chân rạch dọc 2 thì.

***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 trôn ốc, bó đến đâu xoa và vuốt đến đó cho bột kết dính tốt hơn, khi cảm thấy bột đủ độ dầy 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 dầy vuông thành sắc cạnh, khi bó bột thì 2 nối vào, bột dễ bị cộm hoặc dễ long lở, gẫy 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 khổ to quấn đè lên 1 phần bột đã bó, cũng quấn bột vòng tròn, xoáy trôn ốc từ dưới lên trên, rồi từ trên xuống dưới, đến khi thấy đủ độ dầy thì thôi, theo mốc đã định từ ban đầu. Chú ý tăng cường chỗ bột nối 2 thì để bột khỏi bị long lở.

***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.

***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.

***2.4. Thời gian bất động bột:*** với người lớn tổng thời gian mang bột trung bình khoảng 12 tuần. Trong quá trình bất động ấy:

- Sau 1 tuần đầu, chụp kiểm tra nếu di lệch thứ phát có thể nắn lại (như với nắn lần đầu) hoặc chuyển mổ có chuẩn bị. Nếu tốt: thay bột tròn (nên đỡ nhẹ nhàng).

- Sau 3-4 tuần tiếp theo, lại chụp kiểm tra lần nữa và thay bột, tránh hiện tượng bột lỏng dần gây di lệch thứ phát trong bột.

- 1 tháng cuối cùng của quá trình bất động, tùy vị trí gẫy cao hay thấp mà có thể thay bột Cẳng - bàn chân hoặc bột Ôm gối (với gẫy thấp), hoặc bột Ống (với gẫy cao gần gối).

**VI. THEO DÕI**

Nhẹ thì điều trị ngoại trú, nặng thì cho vào theo dõi nội trú.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Gẫy cẳng chân, đặc biệt là gẫy 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.

## **294. NẮN, BÓ BỘT GÃY XƯƠNG GÓT**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Gẫy 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 gẫy 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 mỏm cao nhất của chỏm xương. Đường phía sau đi qua đỉnh cao nhất của xương gót tới điểm cao nhất của lồi củ sau xương gót. Bình thường góc này từ 20-40 độ. Nếu góc nhỏ đi, hoặc âm thể hiện sự lún của xương gót. Chụp cắt lớp dựng hình nếu có điều kiện.

**II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN GẪY 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 giầy.

2. Vỡ ngang xương gót: chia 2 mức độ, mảnh gẫy còn dính với phần thân xương: điều trị bảo tồn.

3. Vỡ mỏm chân đế gót di lệch ít (không quá 2mm).

4. Gẫy thân xương gót không kèm theo trật khớp sên gót.

5. Gẫy thân xương gót kèm theo tổn thương mặt khớp sên gót, nhưng xương gẫy ít lệch.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

1. Gẫy xương hở, hoặc gẫy xương gót có kèm vết thương khớp cổ chân, gẫy 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**

Như với bó các bột ở trên (chuyên khoa xương: 03, nếu có gây mê: thêm bác sỹ gây mê và phụ mê).

**2. Phương tiện**

- 1 bàn nắn thông thường.

- Thuốc tê hoặc thuốc mê: số lượng tùy thuộc người bệnh là trẻ em hay người lớn, trọng lượng người bệnh. Kèm theo là dụng cụ gây tê, gây mê, hồi sức (bơm tiêm, cồn 70o, thuốc chống sốc, mặt nạ bóp bóng, đèn nội khí quản...).

- Bột thạch cao: 6-8 cuộn, cỡ 15 cm.

- Giấy vệ sinh, bông cuộn hoặc bít tất vải xốp mềm để lót (jersey).

- Dây rạch dọc (dùng cho bột cấp cứu, khi tổn thương 7 ngày trở lại).

- Dao hoặc cưa rung để rạch dọc bột trong trường hợp bó bột cấp cứu (tổn thương trong 7 ngày đầu).

- Nước để ngâm bột: đủ về số lượng để ngâm chìm hẳn 3-4 cuộn bột cùng 1 lúc. Lưu ý, mùa lạnh phải dùng nước ấm, vì trong quá trình bột khô cứng sẽ tiêu hao một nhiệt lượng đáng kể làm nóng bột, có thể gây hạ thân nhiệt người bệnh, gây cảm lạnh. Nước sử dụng ngâm bột phải được thay thường xuyên để đảm bảo vệ sinh và tránh hiện tượng nước có quá nhiều cặn bột ảnh hưởng đến chất lượng bột.

- 1 cuộn băng vải hoặc băng thun, để băng giữ ngoài bột, khi việc bó bột và rạch dọc bột đã hoàn thành.

- 1 độn 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, cởi hoặc cắt bỏ quần bên chân gẫy.

- 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 dầy tràn sang đường thở gây tắc thở).

**4. Hồ sơ**

- Cần ghi rõ ngày giờ bị tai nạn, ngày giờ bó bột, tình trạng thăm khám toàn thân, hướng xử trí, những điều dặn dò và hẹn khám lại.

- Với người bệnh gây mê, cần có tờ cam kết chấp nhận thủ thuật.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH NẮN BÓ BỘT**

**1. Người bệnh**

Tư thế: nằm sấp, gối gấp 90o cẳng chân dựng ngược lên trên, gan chân thẳng góc lên trên.

**2. Các bước tiến hành**

***2.1. Nếu gẫy không lệch:*** chỉ bó bột Cẳng - bàn chân tư thế cơ năng (cổ chân 90o), rạch dọc bột. Thời gian bất động chỉ cần 4-5 tuần.

***2.2. Nếu gẫy 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 trôn 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 thé cổ chân 90o, để người bệnh tập đi. Khi người bệnh không đi, cho gác cao chân (gẫy 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 gẫy 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 gẫy di lệch nhiều, hoặc gẫy xương kèm trật khớp sên gót, nắn không kết quả thì chuyển mổ đặt lại xương, đặt lại khớp, phục hồi vòm gan chân, găm vài kim Kirschner cố định, có thể vẫn phải tăng cường bột rạch dọc sau mổ.

**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. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Tai biến chủ yếu là sưng nề, rối loạn dinh dưỡng kéo dài: kê cao chân, thuốc chống sưng nề, tập vận động sớm.

- Nắn không tốt sẽ dẫn đến can lệch, chồi xương, đi lại đau, gót chân bè ra ảnh hưởng thẩm mỹ, phải mổ đục bạt xương chồi.

## **295. NẮN, BÓ BỘT GÃY XƯƠNG NGÓN CHÂN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Khi gẫy chỏm các xương bàn chân hoặc gẫy xương các ngón chân, nhiều khi người ta bó bột Cẳng - bàn chân ngắn (Bottine). Trong trường hợp này người ta thường làm đế bột dài hơn để đỡ toàn bộ các ngón chân. Bột Cẳng - bàn chân ngắn chỉ bó từ giữa cẳng chân trở xuống.

**II. CHỈ ĐỊNH**

1. Gẫy các xương ở vùng cổ chân (gẫy 1 hoặc nhiều mắt cá, xương sên, xương gót, các xương khác thuộc khối tụ cốt ở cổ chân).

2. Gẫy 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).

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

1. Gẫy hở độ II trở lên.

2. Có tổn thương mạch máu, thần kinh, hoặc hội chứng chèn ép khoang.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Như với bó các bột ở trên (chuyên khoa xương: 03, nếu có gây mê: thêm bác sỹ gây mê và phụ mê).

**2. Phương tiện**

- 1 bàn nắn thông thường, tốt nhất như kiểu bàn mổ (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 mấu ngang để mắc các đai đối lực khi kéo nắn.

- Với trường hợp khó, gẫy 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 70o, 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, vê săn 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.

- 1 cuộn băng vải hoặc băng thun, để băng giữ ngoài bột, khi việc bó bột và rạch dọc bột đã hoàn thành.

- 1 độn 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 gẫy, cởi hoặc cắt bỏ tay áo bên tay gẫy.

- 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**

- Cần ghi rõ ngày giờ bị tai nạn, ngày giờ bó bột, tình trạng thăm khám toàn thân, hướng xử trí, những điều dặn dò và hẹn khám lại.

- Với người bệnh gây mê, cần có tờ cam kết chấp nhận thủ thuật.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH BÓ BỘT**

Ở đây chỉ đề cập cách bó bột, cách nắn mời xem ở các bài điều trị gẫy xương cụ thể của từng xương.

**1. Người bệnh**nằm ngửa. Với người bệnh không nắn trên khung Boehler thì chỉ cần kê chân lên độn gỗ, độn 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.

**2. Các bước tiến hành**

**- Bước 1:**Quấn giấy vệ sinh hoặc bông độn hoặc jersey. Đặt dây rạch dọc, ở chính giữa trước cẳng bàn chân. Vùng cổ chân có nhiều mấu xương, nên độn lót nhiều hơn.

**- Bước 2:**Rải nẹp bột và đặt nẹp bột. Dùng cuộn bột to bản xếp hình Zích-zắc, dầy 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 đế bột, bột sẽ đẹp hơn). Nẹp bột đặt sau cẳng bàn chân.

**- Bước 3:**Quấn bột.

+ Nên quấn bột xuất phát điểm ở vùng cổ chân, quấn kiểu xoáy trôn 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.

+ Quấn 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 đế bột cho đẹp. Sau đó băng bột bọc 1-2 lớp ra ngoài đế 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 quấn 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. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- 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 chừng 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.

## **296. NẮN, BÓ BỘT TRẬN KHỚP CÙNG ĐÒN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Trật khớp ức đòn hay gặp sau một [chấn thương](http://khamgiodau.com/tin-tuc/chan-thuong-chinh-hinh.html) gián tiếp vào cung trước vai với cánh tay dạng. Thường gặp là xương đòn di lệch ra trước, thỉnh thoảng cũng có trường hợp di lệch ra sau. Cũng có thể gặp bẩm sinh hoặc sau thoái hóa khớp hoặc viêm khớp.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Khi nắn bó đai số 8 không có kết quả

**III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Chống chỉ định trong ngoại khoa nói chung

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

[phẫu thuật](http://khamgiodau.com/s/Ph%E1%BA%ABu%20thu%E1%BA%ADt.html) viên là bác sĩ chuyên khoa chấn thương chỉnh hình.

**2. Người bệnh và gia đình**

Được giải thích đầy đủ về cuộc phẫu thuật, các tai biến có thể gặp trong và sau cuộc phẫu thuật ( nhiềm trùng, tử vong …). Nhịn ăn trước 6 giờ.

**3. Phương tiện**

Bộ dụng cụ kết hợp xương chung.

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật : 90 phút

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế người bệnh:** Nằm ngửa, có độn ở dưới lưng.

**2. Vô cảm**:

Gây mê nội khí quản

**3. Kỹ thuật:**

- Đường mổ: Đi ngang ngay mặt trước khớp ức đòn

- Phương tiện kết hợp xương: Kim Kirschner hoặc vis xốp rời.

**VI. THEO DÕI XỬ TRÍ TAI BIẾN**

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

- Nhiễm trùng: Tách vết mổ, làm sạch, để hở.

- Đau sau mổ: Chống phù nề, giảm đau.

- Một số tai biến: Xuyên kim vào tim, phổi, động mạch phổi, động tĩnh mạch chủ.

## **297. NẮN, BÓ BỘT GÃY DUPUPTREN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Gãy Dupuytren là gãy xương vùng cổ chân bao gồm:

Gãy mắt cá trong

Gãy 1/3 dưới xương mác

Trật khớp cổ chân

Gãy Dupuytren có thể gây đứt hệ thống dây chằng vùng cổ chân gây nên sự mất  
vững vùng cổ chân vì vậy cần phải nắn sớm.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Đối với tất cả các trường hợp gãy kín Dupuytren mới.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Gãy Dupuytren có vết thương thấu khớp

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

Những trường hợp sưng nề nhiều, nhiều nốt phỏng do người bệnh đến muộn  
hoặc đắp lá.

**IV. CHUẨN BỊ**

1. Người thực hiện: 04 người

Bác sỹ: 01

Kỹ thuật viên: 03

2. Người bệnh:

Sau tai nạn sinh hoạt, tai nạn lao động

Có chẩn đoán gãy Dupuytren và có chỉ định điều trị bảo tồn.

Được giải thích kỹ mục đích của thủ thuật, quá trình tiến hành làm thủ thuật.

Được vệ sinh sạch sẽ, bộc lộ vùng cẳng chân bên bó bột.

Với người bệnh gây mê cần nhịn ăn uống 6 giờ.

3. Phương tiện:

Thuốc gây mê tĩnh mạch hoặc gây tê tại chỗ

Bơm, kim tiêm, bông băng, cồn, gạc

Bàn nắn.

Bột thạch cao: 4- 6 cuộn khổ 20cm (bột liền), 6- 8 cuộn khổ 20cm (bột tự cán).

Bông lót: 2-3 cuộn khổ 20cm.

**Thời gian thực hiện thủ thuật:** 60- 80 phút.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

1. Tư thế:

Người bệnh nằm ngửa trên bàn chỉnh hình để được gây mê hoặc gây tê tại chỗ.

2. Vô cảm:

Gây mê tĩnh mạch

Gây tê tại ổ gãy

**3. Kỹ thuật:**

Sau gây mê, gây tê cho người bệnh nằm ngửa kê đệm gối dưới đùi.

Cố định gốicủa người bệnh vào bàn chỉnh hình.

Kỹ thuật viên 1. Tay trái nắm bàn chân, tay phải đỡ dưới gót chân của người  
bệnh kéo thẳng trục 5-7 phút.

Kỹ thuật viên 2. Đứng vuông góc với KTV1 nắn đầu dưới xương chày ra ngoài.  
Đẩy mắt cá trong lên trên. Đưa bàn chân vẹo vào trong.

Kỹ thuật viên 3. Kiểm tra trên C- ARM và bó bột Cẳng bàn chân.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Kiểm tra lại cảm giác và màu sắc của các ngón chân.

XQ kiểm tra.

Khám lại sau 24 giờ kiểm tra xem có chèn ép không

Nếu có dấu hiệu chèn ép cho nới bột ngay.

## **298. NẮN, BÓ BỘT GÃY MONTEGGIA**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Đây là loại gãy xương đặc biệt, có kèm theo trật khớp được Monteggia mô tả vào  
năm 1814, là gãy thân xương trụ gập góc di lệch và trật chỏm quay.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Trẻ em dưới 15 tuổi.

- Người bệnh không muốn mổ.

- Các trường hợp gãy kín nhưng Người bệnh nặng, đa chấn thương cần can thiệp  
trước các cơ quan khác như vỡ gan, sọ não, phổi ..

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Gãy hở từ độ 2 trở lên.

Các trường hợp có hội chứng khoang, lóc da, tổn thương mạch máu và thần  
kinh.

Những trường hợp sưng nề nhiều, nhiều nốt phỏng do người bệnh đến muộn  
hoặc đắp lá.

**IV. CHUẨN BỊ**

Người thực hiện: 04 người

Bác sỹ: 01

Kỹ thuật viên: 03

Người bệnh:

Sau tai nạn sinh hoạt, tai nạn lao động...

Có chẩn đoán gãy Monteggia và có chỉ định điều trị bảo tồn.

Được giải thích kỹ mục đích của thủ thuật,quá trình tiến hành làm thủ thuật.

Được vệ sinh sạch sẽ, cởi bỏ áo tay bên bó bột.

Với người bệnh gây mê cần nhịn ăn uống 6 giờ.

Phương tiện:

Thuốc gây mê tĩnh mạch hoặc gây tê tại chỗ

Bàn nắn.

Bông, băng cồn, gạc, bơm kim tiêm 10,20 ml.

Bột thạch cao: 3- 4 cuộn khổ 20cm (bột liền), 4-6 cuộn khổ 20cm (bột tự cán).

Bông lót : 2-3 cuộn khổ 20cm.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

Tư thế:

Người bệnh nằm ngửa trên bàn chỉnh hình để được gây mê hoặc gây tê tại chỗ

Vô cảm:

Gây mê tĩnh mạch.

Gây tê tại ổ gãy

Kỹ thuật:

Sau gây mê, gây tê cho người bệnh nằm ngửa vai dạng, cố định phần thấp  
xương cánh tay vào bàn chỉnh hình.

Kỹ thuật viên 1. Nắm ngón cái người bệnh kéo theo trục xương quay, tay kia  
kéo thêm ở cổ tay người bệnh, xoay sấp từ từ cẳng tay người bệnh gấp dần đến sấp tối đa.

Kỹ thuật viên 2. Ấn chỏm quay ở khuỷu xuống, thường thấy cảm giác (sật một  
tiếng nhẹ) là chỏm quay đã vào khớp. Từ từ gấp khuỷu đến tối đa xong quay ngửa cẳng tay. Đưa về vuông góc và bó bột Cánh cẳng bàn tay dạch rọc.

**Thời gian thực hiện thủ thuật:** 60- 80 phút.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Kiểm tra lại mạch và thần kinh ngay sau bó

XQ kiểm tra.

Khám lại sau 24 giờ kiểm tra xem có chèn ép không

Nếu có dấu hiệu chèn ép cho nới bột ngay

## **299. NẮN, BÓ BỘT GÃY XƯƠNG BÀN CHÂN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Khi gẫy chỏm các xương bàn chân hoặc gẫy xương các ngón chân, nhiều khi người ta bó bột Cẳng - bàn chân ngắn (Bottine). Trong trường hợp này người ta thường làm đế bột dài hơn để đỡ toàn bộ các ngón chân. Bột Cẳng - bàn chân ngắn chỉ bó từ giữa cẳng chân trở xuống.

**II. CHỈ ĐỊNH**

1. Gẫy các xương ở vùng cổ chân (gẫy 1 hoặc nhiều mắt cá, xương sên, xương gót, các xương khác thuộc khối tụ cốt ở cổ chân).

2. Gẫy 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).

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

1. Gẫy hở độ II trở lên.

2. Có tổn thương mạch máu, thần kinh, hoặc hội chứng chèn ép khoang.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Như với bó các bột ở trên (chuyên khoa xương: 03, nếu có gây mê: thêm bác sỹ gây mê và phụ mê).

**2. Phương tiện**

- 1 bàn nắn thông thường, tốt nhất như kiểu bàn mổ (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 mấu ngang để mắc các đai đối lực khi kéo nắn.

- Với trường hợp khó, gẫy 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 70o, 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, vê săn 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.

- 1 cuộn băng vải hoặc băng thun, để băng giữ ngoài bột, khi việc bó bột và rạch dọc bột đã hoàn thành.

- 1 độn 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 gẫy, cởi hoặc cắt bỏ tay áo bên tay gẫy.

- 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**

- Cần ghi rõ ngày giờ bị tai nạn, ngày giờ bó bột, tình trạng thăm khám toàn thân, hướng xử trí, những điều dặn dò và hẹn khám lại.

- Với người bệnh gây mê, cần có tờ cam kết chấp nhận thủ thuật.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH BÓ BỘT**

Ở đây chỉ đề cập cách bó bột, cách nắn mời xem ở các bài điều trị gẫy xương cụ thể của từng xương.

**1. Người bệnh**nằm ngửa. Với người bệnh không nắn trên khung Boehler thì chỉ cần kê chân lên độn gỗ, độn 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.

**2. Các bước tiến hành**

**- Bước 1:**Quấn giấy vệ sinh hoặc bông độn hoặc jersey. Đặt dây rạch dọc, ở chính giữa trước cẳng bàn chân. Vùng cổ chân có nhiều mấu xương, nên độn lót nhiều hơn.

**- Bước 2:**Rải nẹp bột và đặt nẹp bột. Dùng cuộn bột to bản xếp hình Zích-zắc, dầy 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 đế bột, bột sẽ đẹp hơn). Nẹp bột đặt sau cẳng bàn chân.

**- Bước 3:**Quấn bột.

+ Nên quấn bột xuất phát điểm ở vùng cổ chân, quấn kiểu xoáy trôn 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.

+ Quấn 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 đế bột cho đẹp. Sau đó băng bột bọc 1-2 lớp ra ngoài đế 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 quấn 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. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- 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 chừng 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.

## **300. NẮN, BÓ BỘT TRẬT KHỚP XƯƠNG ĐÒN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Trật khớp ức đòn hay gặp sau một [chấn thương](http://khamgiodau.com/tin-tuc/chan-thuong-chinh-hinh.html) gián tiếp vào cung trước vai với cánh tay dạng. Thường gặp là xương đòn di lệch ra trước, thỉnh thoảng cũng có trường hợp di lệch ra sau. Cũng có thể gặp bẩm sinh hoặc sau thoái hóa khớp hoặc viêm khớp.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Khi nắn bó đai số 8 không có kết quả

**III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Chống chỉ định trong ngoại khoa nói chung

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

[phẫu thuật](http://khamgiodau.com/s/Ph%E1%BA%ABu%20thu%E1%BA%ADt.html) viên là bác sĩ chuyên khoa chấn thương chỉnh hình.

**2. Người bệnh và gia đình**

Được giải thích đầy đủ về cuộc phẫu thuật, các tai biến có thể gặp trong và sau cuộc phẫu thuật ( nhiềm trùng, tử vong …). Nhịn ăn trước 6 giờ.

**3. Phương tiện**

Bộ dụng cụ kết hợp xương chung.

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật : 90 phút

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế người bệnh:** Nằm ngửa, có độn ở dưới lưng.

**2. Vô cảm**:

Gây mê nội khí quản

**3. Kỹ thuật:**

- Đường mổ: Đi ngang ngay mặt trước khớp ức đòn

- Phương tiện kết hợp xương: Kim Kirschner hoặc vis xốp rời.

**VI. THEO DÕI XỬ TRÍ TAI BIẾN**

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

- Nhiễm trùng: Tách vết mổ, làm sạch, để hở.

- Đau sau mổ: Chống phù nề, giảm đau.

- Một số tai biến: Xuyên kim vào tim, phổi, động mạch phổi, động tĩnh mạch chủ.

## **301. NẮN, CỐ ĐỊNH TRẬT KHỚP HÀM**

## **302. NẮN, BÓ BỘT TRẬT KHỚP CỔ CHÂN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Gãy trật khớp cổ chân là thương tổn tương đối thư ờng gặp. Tổn thương  
xương kèm theo thường là gãy hai mắt cá chân. Thương tổn gãy hai mắt cá chân  
dẫn đến sự mất vững của khớp cổ chân do đó thường kèm theo trật khớp.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Gãy hai mắt cá di lệch, trật khớp cổ chân

**III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh có chống chỉ định về gây mê hồi sức

**IV. CHUẨN BỊ**

1. Dụng cụ

- Bộ dụng cụ mổ kết hợp xương

- Nẹp bản nhỏ các cỡ: 6 lỗ, 8 lỗ

- Vít xương đường kính 3.5mm và vít xốp đường kính 4.5mm

- Kim Kirchner các cỡ từ 1.8 mm đ ến 2.6mm

- Garo hơi hoặc garo chun

- Khoan y tế và mũi khoan đường kính 2.7mm và 3.5mm

2. Người thực hiện

[Phẫu thuật](http://khamgiodau.com/s/Ph%E1%BA%ABu%20thu%E1%BA%ADt.html) viên chuyên khoa [chấn thương](http://khamgiodau.com/tin-tuc/chan-thuong-chinh-hinh.html) chỉnh hình, 2 phụ phẫu thuật, dụng cụ viên

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Gây tê toàn thân hoặc tê tủy sống

- Garo hơi 1/3 dư ới đùi, áp l ực 350 mmHg hoặc garo chun

- Rạch da hai đường: đường rạch phía trong ngay trên mắt cá trong, dọc  
theo trục xương chầy; đường rạch phía ngoài ngay trên mắt cá ngoài, dọc theo  
trục xương mác

- Làm sạch diện gãy, đặt lại mắt cá trong, cố định bằng vít xốp hoặc kim Kirchner tùy theo kích thước mảnh gãy lớn hay nhỏ

- Làm sạch diện gãy xương, đặt lại xương mác, tùy theo vị trí gãy cao hay thấp mà đ ặt nẹp 6 lỗ hay 8 lỗ, cố định với vít xương 3.5 mm và vít xốp 4.5 mm.

- Bơm rửa sạch, dẫn lưu vùng mổ xương mác

- Đóng vết mổ theo các lớp giải phẫu

- Nẹp cẳng bàn chân.

**VI. THEO DÕI**

- Toàn trạng

- Vận động, cảm giác ngón chân

- Dẫn lưu

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Nhiễm trùng: thay kháng sinh, săn sóc t ại chỗ

- Không liền và khớp giả: thay nẹp, ghép xương hoặc sử dụng tế bào gốc tủy xương.

## **303. NẸP BỘT CÁC LOẠI, KHÔNG NẮN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Nẹp bột là nẹp bằng bột để bất động đơn giản và tối thiểu, được dùng trong các tổn thương vùng khớp, đường kính nẹp bột không quá 1/3 chu vi của chi.

- Nẹp bột có thể dùng để bất động 1 khớp hoặc nhiều khớp trên cùng 1 chi thể (nẹp bột Cẳng - bàn tay chỉ để bất động khớp cổ tay, nẹp bột Cánh - cẳng - bàn tay để bất động khớp khuỷu và khớp cổ tay, nẹp bột Đùi - cẳng - bàn chân để bất động nhiều khớp cùng bị tổn thương 1 lúc: khớp gối, khớp cổ chân và cả các khớp bàn-ngón chân nữa...).

- Máng bột là loại nẹp bột rộng hơn, đường kính máng bột không quá ½ chu vi của chi. Độ dài của nẹp bột và máng bột không có ý nghĩa so sánh.

- Máng bột thường để bất động những khớp lớn, hoặc những khớp nhỏ có tổn thương nặng hơn hoặc trong 1 số trường hợp đặc biệt và cụ thể (ví dụ khi muốn dạng ngón 1 của tay, người ta làm máng bột Cẳng - bàn tay về phía gan tay để tách ngón 1 dạng ra xa ngón 2 trong phẫu thuật tạo hình sẹo khép ngón 1).

- Nẹp bột và máng bột về tác dụng bất động thì không nhiều, bất động không vững chắc, nhưng ưu điểm là rất hiếm gây biến chứng chèn ép bột, là loại phương tiện được sử dụng phổ biến hàng ngày nhất là trong các tổn thương nhẹ và việc tăng cường, hỗ trợ bất động sau phẫu thuật hoặc bất động tạm chờ mổ.

**II. CHỈ ĐỊNH**

1. Tổn thương khớp nhẹ (chạm thương, bong gân, tụ máu...).

2. Bất động tạm thời để chờ mổ.

3. Sau mổ các tổn thương hoặc bệnh lý về khớp.

4. Hỗ trợ bất động sau mổ kết hợp xương không vững chắc.

5. Sau mổ chuyển vạt da, vá da.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH.**Không có chống chỉ định tuyệt đối.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

02 người (1 kỹ thuật viên chính, 1 trợ thủ viên đỡ tay hoặc chân người bệnh, và giúp việc). Với nẹp bột lớn (ĐCBC) có thể cần 2 trợ thủ viên.

**2. Phương tiện**

- 1 bàn có mặt phẳng để rải bột.

- Bột thạch cao: tùy tuổi, kích cỡ của chi, hình thể người bệnh, nẹp hoặc máng bột làm ở tay hay ở chân, nẹp bột gì, hoặc máng bột gì (tên gọi của nẹp bột, máng bột) mà chuẩn bị bao nhiêu bột, kích cỡ bột.

- Giấy vệ sinh hoặc bông lót để bột không dính trực tiếp vào da và đặc biệt vào lông chân hoặc lông tay của người bệnh.

- Nước ngâm bột (mùa lạnh cần dùng nước ấm, khoảng 30-35o).

- 1 vài cuộn băng vải hoặc băng thun để băng giữ ngoài bột.

**3. Người bệnh**

- Được vệ sinh sạch sẽ vùng định làm nẹp bột hoặc máng bột.

- Nếu có vết thương, cần được XỬ TRÍ và băng vô trùng trước khi đặt nẹp bột, máng bột.

**4. Hồ sơ:** như với các loại bột khác.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH LÀM NẸP BỘT, MÁNG BỘT** (xin nhắc lại, máng bột hay nẹp bột chỉ khác nhau về bề rộng, không khác nhau về chiều dài, nên chỉ lưu ý sử dụng cỡ bột to nhỏ khác nhau là đủ). Sau đây chúng tôi trình bầy cách làm nẹp bột làm đại diện, cho từng loại cụ thể như như sau:

**1. Nẹp bột Cẳng - bàn tay:** giới hạn từ mỏm khuỷu đến khớp bàn - ngón tay.

- Quấn giấy vệ sinh hoặc bông lót từ trên khuỷu xuống quá khớp bàn - ngón (giấy hoặc bông bao giờ cũng dài, rộng hơn mức bột bó, các phần sau chúng tôi không nhắc lại nữa).

- Đo hoặc ước lượng độ dài từ mỏm khuỷu đến khớp bàn-ngón của người bệnh.

- Dùng bột cỡ nhỏ hoặc trung bình (thường dùng 2 cuộn), rải bột lên bàn theo kiểu Zích-zắc (hoặc kiểu xếp mèche) theo độ dài đã định (khoảng 7-8 lớp), cuộn hoặc gấp đôi, rồi gấp tư lại, ngâm nước rồi vớt nhanh, bóp nhẹ cho ráo nước, duỗi bột ra như nẹp rải ban đầu, vuốt cho phẳng phiu và đặt vào sau cẳng - bàn tay theo mốc đã định. Có thể dùng bột còn lại rải đi rải lại kiểu Zích-zắc sau khuỷu để tăng cường cho nẹp bột đủ dầy, không bị gẫy sau này. Tư thế cổ tay của nẹp bột Cẳng - bàn tay là tư thế cơ năng (tư thế trung bình), trừ 1 số tư thế đặc biệt theo đặc điểm của tổn thương và yêu cầu cụ thể của phẫu thuật viên (ví dụ như sau phẫu thuật nối gân gấp, phải để cổ tay gấp nhẹ).

- Vuốt dọc sau nẹp bột cho bột liên kết tốt và phẳng bột, sửa mép bột cho phẳng, quấn băng giữ ngoài nẹp bột, lau sạch bột dính ở da người bệnh.

- Trong 1 số trường hợp, đặt nẹp bột về phía gan tay (như sau nối gân duỗi), lúc này nẹp bột phải để cổ tay ở tư thế duỗi cổ tay. Sau cùng, dùng băng vải hoặc băng thun băng bên ngoài để giữ nẹp.

**2. Nẹp bột Cánh - cẳng - bàn tay**

Tương tự như nẹp bột Cẳng - bàn tay. Khác về chiều dài nẹp bột là lên đến cực dưới cơ Delta, nên bột cần thêm 1-2 cuộn. Tư thế khuỷu 90o, cổ tay trung bình. Còn các tư thế đặc biệt khác thì tùy theo đặc điểm tổn thương và yêu cầu cụ thể của phẫu thuật viên.

**3. Nẹp bột Cẳng - bàn chân**

- Giới hạn: phía trên là dưới nếp khoeo khoảng 2 cm, phía dưới là tận cùng các ngón chân.

- Bột thạch cao: 3-4 cuộn, cỡ 15 cm.

- Quấn giấy vệ sinh hoặc bông lót.

- Đo hoặc ước lượng độ dài nẹp bột như đã định ở trên.

- Rải và đặt nẹp bột: cách làm như với nẹp bột Cẳng - bàn tay, đặt phía sau cẳng, bàn chân. Chú ý dùng 1 độn gỗ cao ở dưới khoeo người bệnh (như để bó bột Cẳng - bàn chân) để dễ làm. Nếu người bệnh cho phép nằm sấp được thì để người bệnh nằm sấp, dễ làm hơn, khi người bệnh nằm sấp sau khi đặt xong nẹp thì dùng bột còn lại rải zích-zắc tăng cường ở sau gót và cổ chân.

- Vuốt, sửa sang mép bột, quấn băng vải hoặc băng thun giữ bột ở bên ngoài, lau chùi sạch bột dính ở da người bệnh.

**4. Nẹp bột Đùi - cẳng - bàn chân**

- Giới hạn: bên trên bởi nếp lằn mông, bên dưới giống như nẹp bột Cẳng - bàn chân: bởi tận cùng của các ngón chân.

- Là loại nẹp bột rất dài, nếu người bệnh nằm ngửa thì rất khó thực hiện kỹ thuật (kể cả có nhiều trợ thủ giúp việc), nên người ta thường để người bệnh trong tư thế nằm sấp (nếu điều kiện người bệnh cho phép) để thực hiện kỹ thuật này.

- Kỹ thuật đặt nẹp tương tự đặt nẹp bột Cẳng - bàn chân. Vùng sau gót cũng được tăng cường bột để khỏi bị gẫy bột.

- Trường hợp người bệnh không thể nằm sấp được (như bị hôn mê, người bệnh gây mê để phẫu thuật, đa chấn thương, hoặc có kèm vỡ xương chậu...) thì để người bệnh nằm ngửa thực hiện kỹ thuật. Lúc này có 2 cách:

+ Cách 1: dùng nhiều người giúp việc để đỡ chân người bệnh, vừa đỡ vừa xoa và vuốt cho nẹp bột được phẳng phiu, nếu ít người đỡ nẹp bột, bột sẽ bị võng, bị lõm, bột sẽ xấu và có thể các chỗ lõm bột gây phiền toái cho người bệnh.

+ Cách 2: bó 1 bột Đùi - cẳng - bàn chân, có đặt 2 dây rạch dọc ở 2 bên, bó xong bột thì rạch dọc bột theo 2 dây đặt ở trên, lấy bỏ phần nửa trước của bột, phần nửa sau của bột được giữ lại làm 1 máng bột.

Máng bột này ưu điểm là bất động khá tốt, chân và máng bột vào đúng phom nên người bệnh thường cảm thấy dễ chịu, nhưng nhược điểm là tốn bột.

**5. Nẹp bột Đùi - cổ chân**

Cách làm tương tự như nẹp bột Đùi - cẳng - bàn chân, nhưng chỉ làm đến cổ chân.

**6. Giường bộ.**

- Giường bột bản chất là 1 loại máng bột cực lớn để bất động cả thân người.

- Giường bột để bất động trong các trường hợp tổn thương phức tạp ở cột sống.

- Còn sử dụng giường bột bất động trong điều trị lao cột sống.

- Hiện nay việc mổ cột sống đã có rất nhiều tiến bộ, người ta tiến hành phẫu thuật cho tất cả những trường hợp nặng và phức tạp (kể cả chấn thương và bệnh lý) nên giường bột còn rất ít nơi sử dụng. Chủ yếu còn được sử dụng ở các tuyến y tế vùng sâu vùng xa không có điều kiện mổ, không có điều kiện vận chuyển lên tuyến trên, hoặc bất động tạm bằng giường bột để vận chuyển.

- Tiến hành làm giường bột:

+ Người bệnh nằm sấp, bỏ hết quần áo.

+ Bông lót rộng toàn bộ sau lưng, từ 2 bờ vai xuống hết nếp lằn mông và cùng cụt, hai bên thành ngực đến đường nách giữa.

+ Bột thạch cao: ≥ 20 cuộn bột cỡ lớn (20 cm). Rải kiểu Zích-zắc theo chiều dọc cơ thể, lớp nọ gối và chồng lấn lớp kia, theo mốc đã tả ở phần lót bông (trên từ 2 bờ vai, xuống toàn bộ 2 bả vai, cột sống lưng, thắt lưng, khung chậu, cùng cụt, 2 bên rộng rãi để vòng ra trước, đến đường nách giữa. Rải Zích-zắc đến đâu xoa vuốt đến đấy cho bột liên kết tốt, sửa sang bột cho đẹp. Đợi khoảng 15 phút bột khô, nhẹ nhàng gỡ giường bột khỏi lưng người bệnh, cất giữ nơi tĩnh tại và thoáng mát, 1 vài hôm sau bột đủ độ cứng mới dùng cho người bệnh nằm.

**VI. THEO DÕI.** Chủ yếu là theo dõi tình trạng toàn thân.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

Tai biến chỉ có thể xảy ra khi làm giường bột.

- Tai biến chủ yếu xẩy ra khi lật sấp người bệnh để rải và làm bột ở lưng. Nên phải cử người theo dõi sắc mặt người bệnh, tình trạng hô hấp, mạch, huyết áp...

- Khi có biểu hiện rối loạn thở, mạch, huyết áp cần nhanh chóng lật ngửa người bệnh, áp dụng các biện pháp cấp cứu cần thiết (truyền dịch, hô hấp hỗ trợ...).

# H. BỎNG

## **304. THAY BĂNG ĐIỀU TRỊ VẾT BỎNG 40 - 60% DIỆN TÍCH CƠ THỂ Ở NGƯỜI LỚN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

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.

Yêu cầu công tác thay băng

Đảm bảo vô khuẩn, chống lây chéo, nhẹ nhàng tỷ mỷ.

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.

Người bệnh bỏng 40% 60% diện tích cơ thể

Thường diễn biến toàn thân nặng và rất nặng. Công tác thay băng ở nhóm này đòi hỏi phải bảo đảm số lượng nhân viên (tối thiểu 4 người), đồng thời bảo đảm giảm đau toàn thân, hồi sức tổng hợp.

**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**

**Người thực hiện**

Kíp thay băng từ 4 5 người: 1 bác sĩ điều trị, 3 4 điều dưỡng chuyên khoa bỏng hay chấn thương (1 hữu trùng giúp ngoài, 2 3 vô trùng), được đào tạo.

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

**Phương tiện**

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.

Nỉa có mấu và không mấu, kéo cong, kéo thẳng, găng tay. Nên có sẵn những dụng cụ cầm máu như pince, kìm cầm kim...

Xô đựng đồ bẩn.

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 24%; 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 hydrocoloid.

Việc sử dụng các thuốc và vật liệu do bác sỹ II. CHỈ ĐỊNH theo tính chất vết thương.

**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.

**Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định của bộ y tế

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm**

Sử dụng thuốc giảm đau toàn thân hoặc gây mê (theo quy trình riêng).

**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 nằm trên bàn thay băng (hoặc giường bệnh);

Dùng nỉa 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 phổng: nếu vòm nốt phổng còn nguyên vẹn, chưa bị nhiễm khuẩn: trích rạch, cắt thủng nốt phỏng, tháo bỏ dịch nốt phổng, cố gắng giữ lại vòm nốt phỏng, sau đó băng ép lại. Nếu nốt phổng đã nhiễm khuẩn: cắt bỏ, tháo dịch nốt phổng.

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, mủ vết thương, thường từ 46 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, mủ vết thương, thường từ 46 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 tẩm dung dịch kháng sinh hay dung dịch betadine 3% lên các tấm vật liệu thay thế da; đắp tiếp một lớp gạc tẩm vaseline bên ngoài lớp gạc thuốc và vài lớp (246 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 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 VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**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 xứ 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...

Tình trạng đau đớn sau thay băng như kêu đau, rét run hoặc sốt cao: tiếp tục dùng giảm đau, ủ ấm, hạ sốt.

**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 bỏng: hay gặp khi thay băng trong 3 ngày đầu (vết bỏng 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.

## **305. THAY BĂNG ĐIỀU TRỊ VẾT BỎNG 20 – 39% DIỆN TÍCH CƠ THỂ Ở NGƯỜI LỚN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

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.

Yêu cầu công tác thay băng

Đảm bảo vô khuẩn, chống lây chéo, nhẹ nhàng tỷ mỷ.

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.

**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**

**Người thực hiện**

Kíp thay băng tối thiểu 4 người: 1 bác sĩ điều trị, 3 điều dưỡng chuyên khoa bỏng hay chấn thương (1 hữu trùng giúp ngoài, 2 vô trùng), được đào tạo.

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

**Phương tiện**

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.

Nỉa có mấu và không mấu, kéo cong, kéo thẳng, găng tay. Nên có sẵn những dụng cụ cầm máu như pince, kìm cầm kim...

Xô đựng đồ bẩn.

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 24%; 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 hydrocoloid.

Việc sử dụng các thuốc và vật liệu do bác sỹ chỉ định theo tính chất vết thương.

**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.

Địa điểm thay băng

Buồng thay băng hoặc buồng bệnh (buồng bệnh nặng hoặc buồng bệnh hồi sức cấp cứu) 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.

**Hồ sơ bệnh án:**

Theo quy định

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm:**

Sử dụng thuốc giảm đau toàn thân hoặc gây mê (theo quy trình riêng).

**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 nằm trên bàn thay băng (hoặc giường bệnh);

Dùng nỉa 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 phổng: nếu vòm nốt phổng còn nguyên vẹn, chưa bị nhiễm khuẩn: trích rạch, cắt thủng nốt phỏng, tháo bỏ dịch nốt phổng, cố gắng giữ lại vòm nốt phỏng, sau đó băng ép lại. Nếu nốt phổng đã nhiễm khuẩn: cắt bỏ, tháo dịch nốt phổng.

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, mủ vết thương, thường từ 46 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, mủ vết thương, thường từ 46 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 tẩm dung dịch kháng sinh hay dung dịch betadine 3% lên các tấm vật liệu thay thế da; đắp tiếp một lớp gạc tẩm vaseline bên ngoài lớp gạc thuốc và vài lớp (246 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 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 VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**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 xứ 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.

Tình trạng đau đớn sau thay băng như kêu đau, rét run hoặc sốt cao: tiếp tục dùng giảm đau, ủ ấm, hạ sốt...

**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 bỏng: hay gặp khi thay băng trong 3 ngày đầu (vết bỏng 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.

## **306. THAY BĂNG ĐIỀU TRỊ VẾT BỎNG 10 - 19% DIỆN TÍCH CƠ THỂ Ở NGƯỜI LỚN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

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.

Yêu cầu công tác thay băng

Đảm bảo vô khuẩn, chống lây chéo, nhẹ nhàng tỷ mỷ.

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.

Người bệnh bỏng 10% -19% diện tích cơ thể thuộc nhóm bỏng mức độ vừa, có thể vẫn 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, 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**

**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 sỹ gây mê và kỹ thuật viên gây mê.

**Phương tiện**

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.

Nỉa có mấu và không mấu, kéo cong, kéo thẳng, găng tay. Nên có sẵn những dụng cụ cầm máu như pince, kìm cầm kim...

Xô đựng đồ bẩn.

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 24%; 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 hydrocoloid.

Việc sử dụng các thuốc và vật liệu do bác sỹ chỉ định theo tính chất vết thương.

Phương tiện vô cảm, theo dõi:

Máy thở; nguồn cung cấp oxy; máy hút; monitor theo dõi người bệnh; các dụng cụ và thuốc cấp cứu cần thiết khác.

**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.

**Hồ sơ bệnh án:**

Theo quy định

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm**

Sử dụng thuốc giảm đau hoặc có thể gây mê (theo quy trình riêng).

**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 nỉa 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 phổng: nếu vòm nốt phổng còn nguyên vẹn, chưa bị nhiễm khuẩn: trích rạch, cắt thủng nốt phỏng, tháo bỏ dịch nốt phổng, cố gắng giữ lại vòm nốt phỏng, sau đó băng ép lại. Nếu nốt phổng đã nhiễm khuẩn: cắt bỏ, tháo dịch nốt phổng.

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, mủ vết thương, thường từ 46 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, mủ vết thương, thường từ 46 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 tẩm dung dịch kháng sinh hay dung dịch betadine 3% lên các tấm vật liệu thay thế da; đắp tiếp một lớp gạc tẩm vaseline bên ngoài lớp gạc thuốc và vài lớp (246 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 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 VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**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 xứ 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.

Tình trạng đau đớn sau thay băng như kêu đau, rét run hoặc sốt cao: tiếp tục dùng giảm đau, ủ ấm, hạ sốt.

**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 bỏng: hay gặp khi thay băng trong 3 ngày đầu (vết bỏng 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.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thật bộ Y tế

## **307. THAY BĂNG ĐIỀU TRỊ VẾT BỎNG DƯỚI 10% DIỆN TÍCH CƠ THỂ Ở NGƯỜI LỚN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Mục đích của công tác thay băng

Làm sạch vết bỏng, loại bỏ dịch, mủ ứ đọng, cắt lọc hoại tử hoặc IV. 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.

Yêu cầu công tác thay băng

Đảm bảo vô khuẩn, chống lây chéo, nhẹ nhàng tỷ mỷ.

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.

Người bệnh bỏng dưới 10% diện tích cơ thểthuộc nhóm bỏng mức độ nhẹ và vừa, có thể vẫn 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, 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**

**Người thực hiện**

Kíp thay băng tối thiểu vẫn cần 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 sỹ gây mê và kỹ thuật viên gây mê.

**Phương tiện**

Mỗi người bệnh cần thay băng theo khẩu phần riêng, bao gồm cơ bản:

Khay quả đậu, bông, băng, gạc, vải vô khuẩn.

Nỉa có mấu và không mấu, kéo cong, kéo thẳng, găng tay. Nên có sẵn những dụng cụ cầm máu như pince, kìm cầm kim...

Xô đựng đồ bẩn.

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 24%; 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 hydrocoloid.

Việc sử dụng các thuốc và vật liệu do bác sỹ chỉ định theo tính chất vết thương.

**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.

Địa điểm thay băng

Nên tiến hành ở buồng thay băng (bảo đảm công tác vô khuẩn) hoặc buồng bệnh có đủ các trang bị cấp cứu: nguồn cung cấp oxy; máy hút; dụng cụ theo dõi huyết áp; các dụng cụ và thuốc cấp cứu cần thiết khác.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm:** Sử dụng thuốc giảm đau toàn thân (đường uống hoặc đường tiêm) hoặc có thể gây mê khi cần thiết (theo quy trình riêng).

**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 nỉa 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 phổng: nếu vòm nốt phổng còn nguyên vẹn, chưa bị nhiễm khuẩn: trích rạch, cắt thủng nốt phỏng, tháo bỏ dịch nốt phổng, cố gắng giữ lại vòm nốt phỏng, sau đó băng ép lại. Nếu nốt phổng đã nhiễm khuẩn: cắt bỏ, tháo dịch nốt phổng.

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, mủ vết thương, thường từ 46 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, mủ vết thương, thường từ 46 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 tẩm dung dịch kháng sinh hay dung dịch betadine 3% lên các tấm vật liệu thay thế da; đắp tiếp một lớp gạc tẩm vaseline bên ngoài lớp gạc thuốc và vài lớp (246 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 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 VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**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 xứ trí.

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.

Tình trạng đau đớn sau thay băng như kêu đau, rét run hoặc sốt cao: tiếp tục dùng giảm đau, ủ ấm, hạ sốt...

**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 bỏng: hay gặp khi thay băng trong 3 ngày đầu (vết bỏng 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.

## **308. THAY BĂNG ĐIỀU TRỊ VẾT BỎNG TỪ 40% - 60% DIỆN TÍCH CƠ THỂ Ở TRẺ EM**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Mục đích của công tác thay băng

Làm sạch vết bỏng, loại bỏ dịch, mủ ứ đọng, cắt lọc hoại tử hoặc IV. 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.

Yêu cầu công tác thay băng

Đảm bảo vô khuẩn, chống lây chéo, nhẹ nhàng tỷ mỷ.

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.

Trẻ em bị bỏng 40% - 60% diện tích cơ thể

Thường diễn biến toàn thân nặng và rất nặng, nguy cơ tử vong cao (thậm chí ngay trong quá trình thay băng). Công tác thay băng ở nhóm này đòi hỏi phải bảo đảm số lượng nhân viên (tối thiểu 4 người), đồng thời bảo đảm giảm đau toàn thân, hồi sức tổng hợp, theo dõi chặt chẽ trong và sau thay băng.

**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**

**Người thực hiện**

Kíp thay băng từ 4 - 5 người: 1 bác sĩ điều trị, 3 - 4 điều dưỡng chuyên khoa bỏng hay chấn thương (1 hữu trùng giúp ngoài, 2 - 3 vô trùng), được đào tạo. Kíp gây mê (nếu cần): Bác sỹ gây mê và kỹ thuật viên gây mê.

**Phương tiện**

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.

Nỉa có mấu và không mấu, kéo cong, kéo thẳng, găng tay. Nên có sẵn những dụng cụ cầm máu như pince, kìm cầm kim...

Xô đựng đồ bẩn

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 24%; 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 hydrocoloid.

Việc sử dụng các thuốc và vật liệu do bác sỹ II. CHỈ ĐỊNH theo tính chất vết thương.

**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.

Địa điểm thay băng

Buồng thay băng hoặc buồng bệnh (buồng bệnh nặng hoặc buồng bệnh hồi sức cấp cứu) 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. Vô cảm**

Sử dụng thuốc giảm đau toàn thân hoặc gây mê (theo quy trình riêng).

**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 nằm trên bàn thay băng (hoặc giường bệnh); dùng nỉa 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 phổng: nếu vòm nốt phổng còn nguyên vẹn, chưa bị nhiễm khuẩn: trích rạch, cắt thủng nốt phỏng, tháo bỏ dịch nốt phổng, cố gắng giữ lại vòm nốt phỏng, sau đó băng ép lại. Nếu nốt phổng đã nhiễm khuẩn: cắt bỏ, tháo dịch nốt phổng.

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, mủ vết thương, thường từ 46 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, mủ vết thương, thường từ 46 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 tẩm dung dịch kháng sinh hay dung dịch betadine 3% lên các tấm vật liệu thay thế da; đắp tiếp một lớp gạc tẩm vaseline bên ngoài lớp gạc thuốc và vài lớp (246 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 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 VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**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 xứ 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 nằm đầu ngửa 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.

**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 bỏng: hay gặp khi thay băng trong 3 ngày đầu (vết bỏng 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.

## **309. THAY BĂNG ĐIỀU TRỊ VẾT BỎNG TỪ 20% - 39% DIỆN TÍCH CƠ THỂ Ở TRẺ EM**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Mục đích của công tác thay băng

Làm sạch vết bỏng, loại bỏ dịch, mủ ứ đọng, cắt lọc hoại tử hoặc IV. 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.

Yêu cầu công tác thay băng

Đảm bảo vô khuẩn, chống lây chéo, nhẹ nhàng tỷ mỷ.

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.

Trẻ em bị bỏng 20% - 39% diện tích cơ thể

Thường diễn biến toàn thân nặng và rất nặng, vẫn có nguy cơ tử vong (thậm chí ngay trong quá trình thay băng). Công tác thay băng ở nhóm này đòi hỏi phải bảo đảm số lượng nhân viên (tối thiểu 4 người), đồng thời bảo đảm giảm đau toàn thân, hồi sức tổng hợp, theo dõi chặt chẽ trong và sau thay băng.

**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**

**Người thực hiện**

Kíp thay băng tối thiểu 4 người: 1 bác sĩ điều trị, 3 điều dưỡng chuyên khoa bỏng hay chấn thương (1 hữu trùng giúp ngoài, 2 vô trùng), được đào tạo.

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

**Phương tiện**

**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.

Nỉa có mấu và không mấu, kéo cong, kéo thẳng, găng tay. Nên có sẵn những dụng cụ cầm máu như pince, kìm cầm kim...

Xô đựng đồ bẩn.

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 24%; 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 hydrocoloid.

Việc sử dụng các thuốc và vật liệu do bác sỹ II. CHỈ ĐỊNH theo tính chất vết thương.

**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.

Địa điểm thay băng

Buồng thay băng hoặc buồng bệnh (buồng bệnh nặng hoặc buồng bệnh hồi sức cấp cứu) 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. Vô cảm**

Sử dụng thuốc giảm đau toàn thân hoặc gây mê (theo quy trình riêng).

**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 nằm trên bàn thay băng (hoặc giường bệnh); dùng nỉa 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 phổng: nếu vòm nốt phổng còn nguyên vẹn, chưa bị nhiễm khuẩn: trích rạch, cắt thủng nốt phỏng, tháo bỏ dịch nốt phổng, cố gắng giữ lại vòm nốt phỏng, sau đó băng ép lại. Nếu nốt phổng đã nhiễm khuẩn: cắt bỏ, tháo dịch nốt phổng.

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, mủ vết thương, thường từ 46 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, mủ vết thương, thường từ 46 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 tẩm dung dịch kháng sinh hay dung dịch betadine 3% lên các tấm vật liệu thay thế da; đắp tiếp một lớp gạc tẩm vaseline bên ngoài lớp gạc thuốc và vài lớp (246 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 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 VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**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 xứ 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 nằm đầu ngửa 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.

**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 bỏng: hay gặp khi thay băng trong 3 ngày đầu (vết bỏng 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.

## **310. THAY BĂNG ĐIỀU TRỊ VẾT BỎNG TỪ 10% - 19% DIỆN TÍCH CƠ THỂ Ở TRẺ EM**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

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.

Yêu cầu công tác thay băng

Đảm bảo vô khuẩn, chống lây chéo, nhẹ nhàng tỷ mỷ.

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.

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**

**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 sỹ gây mê và kỹ thuật viên gây mê.

**Phương tiện**

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.

Nỉa có mấu và không mấu, kéo cong, kéo thẳng, găng tay. Nên có sẵn những dụng cụ cầm máu như pince, kìm cầm kim...

Xô đựng đồ bẩn.

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 24%; 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 hydrocoloid.

Việc sử dụng các thuốc và vật liệu do bác sỹ II. CHỈ ĐỊNH theo tính chất vết thương.

**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.

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. Vô cảm**

Sử dụng thuốc giảm đau hoặc có thể gây mê (theo quy trình riêng).

**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 nỉa 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 phổng: nếu vòm nốt phổng còn nguyên vẹn, chưa bị nhiễm khuẩn: trích rạch, cắt thủng nốt phỏng, tháo bỏ dịch nốt phổng, cố gắng giữ lại vòm nốt phỏng, sau đó băng ép lại. Nếu nốt phổng đã nhiễm khuẩn: cắt bỏ, tháo dịch nốt phổng.

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, mủ vết thương, thường từ 46 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, mủ vết thương, thường từ 46 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 tẩm dung dịch kháng sinh hay dung dịch betadine 3% lên các tấm vật liệu thay thế da; đắp tiếp một lớp gạc tẩm vaseline bên ngoài lớp gạc thuốc và vài lớp (246 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 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 VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**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...

**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 bỏng: hay gặp khi thay băng trong 3 ngày đầu (vết bỏng 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 II. 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.

## **311. THAY BĂNG ĐIỀU TRỊ VẾT BỎNG DƯỚI 10% DIỆN TÍCH CƠ THỂ Ở TRẺ EM**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

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.

Yêu cầu công tác thay băng

Đảm bảo vô khuẩn, chống lây chéo, nhẹ nhàng tỷ mỷ.

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.

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, 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**

**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 sỹ gây mê và kỹ thuật viên gây mê.

**Phương tiện**

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.

Nỉa có mấu và không mấu, kéo cong, kéo thẳng, găng tay. Nên có sẵn những dụng cụ cầm máu như pince, kìm cầm kim...

Xô đựng đồ bẩn.

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 24%; 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 hydrocoloid.

Việc sử dụng các thuốc và vật liệu do bác sỹ chỉ định theo tính chất vết thương.

**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.

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. Vô cảm**

Sử dụng thuốc giảm đau hoặc có thể gây mê (theo quy trình riêng).

**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 nỉa 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 phổng: nếu vòm nốt phổng còn nguyên vẹn, chưa bị nhiễm khuẩn: trích rạch, cắt thủng nốt phỏng, tháo bỏ dịch nốt phổng, cố gắng giữ lại vòm nốt phỏng, sau đó băng ép lại. Nếu nốt phổng đã nhiễm khuẩn: cắt bỏ, tháo dịch nốt phổng.

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, mủ vết thương, thường từ 46 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, mủ vết thương, thường từ 46 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 tẩm dung dịch kháng sinh hay dung dịch betadine 3% lên các tấm vật liệu thay thế da; đắp tiếp một lớp gạc tẩm vaseline bên ngoài lớp gạc thuốc và vài lớp (246 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 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 VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**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...

**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 bỏng: hay gặp khi thay băng trong 3 ngày đầu (vết bỏng 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.

## **312. THAY BĂNG SAU PHẪU THUẬT GHÉP DA ĐIỀU TRỊ BỎNG SÂU**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Thay băng sau phẫu thuật ghép da điều trị bỏng sâu được tiến hành sau phẫu thuật ghép da mỏng, ghép da trung bình nhằm mục đích:

Làm sạch vùng ghép da để hỗ trợ cho mảnh da ghép bám sống.

Kiểm tra tình trạng mảnh da ghép, lấy bỏ máu tụ, điều chỉnh di lệch nếu có.

Bổ sung thuốc kháng khuẩn và giữ ẩm tại chỗ để hỗ trợ cho mảnh da ghép bám sống.

Tùy theo tính chất vùng ghép da mà chỉ định thay băng lần đầu tiên sau phẫu thuật ghép da 24 giờ hay lâu hơn, tuy nhiên không nên để quá 72 giờ từ khi ghép da. Sau đó thay băng hàng ngày hoặc cách ngày.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Sau phẫu thuật ghép da mỏng hoặc ghép da trung bình.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Người bệnh đang trong tình trạng bệnh lý nặng không cho phép thay băng (như sốc, trụy tim mạch...).

**IV. CHUẨN BỊ**

**Người thực hiện**

Phẫu thuật viên (tốt nhất là bác sỹ trực tiếp phẫu thuật cho người bệnh), bác sĩ chuyên khoa chấn thương, tạo hình, bỏng được đào tạo về ghép da. Hai điều dưỡng (1 vô trùng, 1 hữu trùng).

**Phương tiện**

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.

Nỉa có mấu và không mấu, kéo cong, kéo thẳng, găng tay. Nên có sẵn những dụng cụ cầm máu như pince, kìm cầm kim...

Xô đựng đồ bẩn.

Thuốc thay băng bỏng

Các dung dịch sát khuẩn dùng để rửa vết bỏng có thể sử dụng: Dung dịch Natri clorid 0,9%; dung dịch becberin 1%; dung dịch povidone iodine (PVP) 10%, acid boric 24%; nitrat bạc 0,5%,...

Các thuốc bỏng dùng tại chỗ:

Thuốc có tác dụng kháng khuẩn: Các thuốc chứa bạc như nitrat bạc hoặc chứa bạc kích thước nano, thuốc acid boric; thuốc kháng sinh dùng ngoài...

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 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 hydrocoloid.

**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.

Địa điểm thay băng

Buồng thay băng hoặc buồng bệnh có đủ các trang bị: nguồn cung cấp oxy; máy hút; monitor theo dõi người bệnh; các dụng cụ và thuốc cấp cứu cần thiết khác. Tốt nhất tiến hành tại buồng thay băng (bảo đảm công tác vô khuẩn).

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm**

Sử dụng thuốc giảm đau toàn thân hoặc gây mê (theo quy trình riêng) tùy theo từng đối tượng người bệnh và diện tích vùng thay băng.

Có thể sử dụng các thuốc sau: Seduxen, hypnovel, promedol, dolargan, ketamin, diprivan.

Kỹ thuật thay băng vùng ghép da

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.

Điều dưỡng hữu trùng đưa người bệnh lên buồng thay băng đầu tiên. Cắt bỏ băng cũ vùng ghép da và lấy da. Bóc bỏ một số lớp gạc lớp ngoài

Bác sỹ và điều dưỡng vô trùng bóc bỏ các lớp gạc phía trong kiểu lợp ngói theo thứ tự, theo chiều song song với mặt da và lớp gạc tẩm vaselin.

Trong trường hợp quan sát qua lớp gạc trong cùng thấy mảnh da hồng, bám tốt trên nền ghép, sạch, ít dịch mủ ứ đọng thì giữ nguyên lớp gạc trong cùng.

Ép sạch dịch ứ đọng, ép không khí, máu tụ qua lớp gạc. Tẩm thuốc kháng sinh hay dung dịch PVP 3% lên vùng ghép da.

Nếu nhìn thấy vùng ghép da tiết dịch nhiều, có máu tụ phía dưới hay bị di lệch vị trí thì cần bóc gỡ lớp gạc trong cùng để xử trí.

Thấm ướt lớp gạc trong cùng bằng nước muối sinh lý cho đỡ dính.

Dùng nỉa không mấu để bóc lớp gạc trong cùng. Chú ý động tác bóc gỡ phải nhẹ nhàng, một nỉa cặp mép gạc gỡ nhẹ sát mặt da một nỉa cặp tăm bông ép nhẹ lên mảnh da để tránh bong hay di lệch khi gỡ.

Rửa sạch vùng ghép da, ép sạch dịch, mủ ứ đọng, ép lấy máu tụ hoặc không khí đọng phía dưới

Dàn lại những mảnh da bị xô lệch, đặc biệt ở mép mảnh da (nếu có)

Thấm khô vùng ghép da

Đắp gạc thuốc tẩm dịch sát khuẩn như dung dịch kháng sinh, dung dịch PVP 3%, dung dịch berberin... ở lớp trong cùng.

Sau đó, tiếp tục phủ một lớp gạc tẩm vaselin hoặc gạc lưới vaselin để chống dính và giữ ẩm.

Đắp lớp gạc khô bên ngoài (độ dày tùy theo tình trạng dịch tiết, mủ vết thương). Các lớp gạc xếp lên nhau như “mái ngói”, lớp sau chờm lên lớp gạc trước độ 13 cm.

Băng ép vừa phải

Thay băng vùng lấy da ghép (theo quy trình riêng).

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**Chăm sóc**

Người bệnh sau thay băng được đưa về buồng theo dõi tới khi tỉnh.

Vùng ghép da và lấy da để thông thoáng, không bị tỳ đè

**Toàn thân**

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...

Tình trạng đau đớn sau thay băng như kêu đau, rét run hoặc sốt cao: tiếp tục dùng giảm đau, ủ ấm, hạ sốt...

**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 tổn thương sau phẫu thuật: hay gặp ngay sau phẫu thuật ghép da: nới băng.

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.

Nhiễm khuẩn mảnh da ghép, biẻu hiện: mảnh da ghép bám kém, màu nâu đen, phía dưới mảnh da ghép có nhiều dịch mủ. Xử trí:

Dùng gạc ép sạch mủ dịch đọng, đắp gạc thuốc kháng sinh, gạc mỡ, băng ép.

Thay băng hàng ngày.

Nếu mảnh da ghép đã hoại tử: lấy bỏ sạch mảnh da, ghép bổ sung khi mô hạt đẹp.

Máu tụ dưới mảnh da ghép: dùng gạc ép sạch máu đọng, dùng nỉa lấy bỏ nhẹ nhàng.

Bong các miếng da ghép trong quá trình thay băng:

Lấy lại mảnh da, ngâm rửa sạch trong dung dịch NaCl 0,9% có penicillin hoặc dung dịch berberin 1%.

Ghép lại mảnh da lên mô hạt sau khi đã làm sạch nền ghép.

Đắp gạc kháng sinh, gạc vaselin, gạc vô khuẩn, băng ép.

Vùng lấy da: theo quy trình riêng

## **313. THAY BĂNG VÀ CHĂM SÓC VÙNG LẤY DA**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Vùng lấy da là vùng tổ chức da lành sau khi được lấy đi một phần hoặc toàn bộ lớp da để ghép cho những vùng khuyết da. Chăm sóc vùng lấy da mảnh mỏng hoặc trung bình được tiến hành như đối với một vết thương bỏng nông sạch, còn chăm sóc vùng lấy da toàn lớp được tiến hành như một vết mổ ngoại khoa vô khuẩn.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Vùng lấy một phần lớp da: da mỏng, da trung bình

Vùng lấy da toàn lớp: da dày toàn lớp.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không tiến hành thay băng khi trạng thái toàn thân nặng (sốc nhiễm khuẩn, trụy tim mạch...)

**IV. CHUẨN BỊ**

**Người thực hiện**

Phẫu thuật viên (tốt nhất là bác sỹ trực tiếp phẫu thuật cho người bệnh), bác sĩ chuyên khoa chấn thương, tạo hình, bỏng được đào tạo về ghép da. 2 điều dưỡng chuyên khoa (một hữu trùng, một vô trùng).

**Phương tiện**

Dụng cụ

Bộ dụng cụ thay băng cho mỗi người bệnh, bao gồm cơ bản:

Khay quả đậu, bông, băng, gạc, vải vô khuẩn.

Nỉa có mấu và không mấu, kéo cong, kéo thẳng, găng tay. Nên có sẵn những dụng cụ cầm máu như pince, kìm cầm kim...

Xô đựng đồ bẩn.

Thuốc thay băng bỏng

Các dung dịch sát khuẩn dùng để rửa vết bỏng có thể sử dụng: Dung dịch Natri clorid 0,9%; dung dịch becberin 1%; dung dịch povidone iodine (PVP) 10%, acid boric 24%; nitrat bạc 0,5%,...

Các thuốc bỏng dùng tại chỗ:

Thuốc có tác dụng kháng khuẩn: Các thuốc chứa bạc như nitrat bạc hoặc chứa bạc kích thước nano, thuốc acid boric; thuốc kháng sinh dùng ngoài...

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 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 hydrocoloid.

**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.

Địa điểm thay băng

Buồng thay băng hoặc buồng bệnh có đủ các trang bị: nguồn cung cấp oxy; máy hút; monitor theo dõi người bệnh; các dụng cụ và thuốc cấp cứu cần thiết khác. Tốt nhất tiến hành tại buồng thay băng (bảo đảm công tác vô khuẩn).

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

Vùng lấy một phần lớp da (sau phẫu thuật ghép da mảnh mỏng hoặc trung bình)

Ngay sau phẫu thuật lấy da

Băng ép cầm máu sau phẫu thuật, nếu còn chảy máu thì băng ép bổ sung

(vói áp lực khoảng 2830mmHg).

Nếu còn chảy máu thì kiểm tra tại chỗ vùng mổ, cầm máu và băng lại. Nếu tiếp tục chảy máu nhiều cần làm xét nghiệm đông máu và xử TRÍ điều trị rối loạn đông máu.

Không để vùng lấy da bị tì đè, ngấm nước và giữ bất động sau phẫu thuật.

Thay băng kì đầu: tiến hành sau phẫu thuật 24 - 48 giờ

Điều dưỡng hữu trùng cắt bỏ băng cũ và các lớp gạc ngoài.

Bác sỹ, điều dưỡng vô trùng bóc bỏ nhẹ nhàng các lớp gạc phía trong, chú ý động tác nhẹ nhàng, cẩn thận tránh gây chảy máu và đau đớn cho người bệnh

Nếu vùng lấy da được đắp bằng gạc vaselin:

Để lại lớp gạc vaselin đó.

Thấm khô máu, có thể dùng gạc ẩm tẩm nước muối ấm ép tại chỗ để cầm máu. Sau đó để bán hở.

Sấy khô vùng lấy da cho đến khi vùng đó khỏi lớp gạc sẽ tự bong ra. Chú ý cần tránh tỳ đè tiếp xúc vùng lấy da với mặt đệm, chăn, quần áo.

Nếu vùng lấy da được đắp bằng các màng che phủ (trung bì da lợn, màng sinh học, gạc thuốc):

Bóc bỏ hết gạc ngoài, giữ lại lớp gạc thuốc trong cùng và các màng sinh học đó. Sau đó thay băng như với vết thương bỏng nông.

Nếu thấy chảy máu vùng lấy da:

Dùng 23 lớp gạc khô vô khuẩn áp lên bề mặt lớp trong cùng để thấm máu và dịch trong thời gian 10 phút để cầm máu.

Sau đó, nhẹ nhàng lấy bỏ lớp gạc trên, thấm khô vết thương lần nữa bằng gạc khô vô khuẩn.

Chăm sóc sau thay băng

Bất động và kê cao vùng lấy da để bán hở.

Tạo mặt thoáng không để vết thương bị tì đè hoặc quần áo phủ lên bề mặt.

Giữ sạch sẽ vô khuẩn, tạo độ thoáng cao và độ ẩm thấp (sấy bằng luồng khí khô).

Vùng lấy da toàn lớp

Nếu vùng lấy da được khâu kín 2 mép vết thương: theo dõi chăm sóc như một vết thương khâu kín.

Nếu có kết hợp khâu kín và ghép 1 phần da mảnh mỏng bổ sung thì chăm sóc như một vết thương khâu kín và vết thương ghép da.

Lưu ý: Sau khi lấy da, có thể sử dụng các vật liệu thay thế da đắp lên vùng lấy da (màng collagen, màng trung bì da lợn...) hoặc các gạc có tẩm thuốc, sau đó thay băng cách 23 ngày/lần như điều trị vết bỏng nông, cho đến khi khỏi.

Cắt chỉ sau 712 ngày, cắt thưa; sau đó cắt toàn bộ tùy thuộc mức độ căng kéo của vết mổ.

**VI.** **THEO DÕI VÀ XỬ TAI BIẾN**

**Toàn thân** (theo dõi chung như đối với người bệnh sau thay băng bỏng).

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...

Tình trạng đau đớn sau thay băng như kêu đau, rét run hoặc sốt cao: tiếp tục dùng giảm đau, ủ ấm, hạ sốt.

**Tại chỗ vùng lấy da**

Chảy máu nhiều vùng lấy da, có thể gặp trong hoặc sau thay băng, chảy máu do vận động: Dùng gạc tẩm nước muối ấm đắp lên và ép nhẹ trong vòng 7 10 phút. Nếu vẫn tiếp tục rớm máu thì có thể băng ép lại. thực hiện thay băng cầm máu và bất động.

Nhiễm khuẩn vùng lấy da:

Kê cao chi, tránh tỳ đè và tiếp xúc với giường.

Nếu lớp gạc để bán hở tiết dịch, có mủ, mùi hôi: Tiến hành bóc bỏ vùng gạc nhiễm khuẩn, rửa bằng dung dịch sát khuẩn như Nacl 0,9%, PVP 3%, berberin 1%...

Thấm khô, sau đó xử trí tương tự như vết bỏng nhiễm khuẩn. Đắp lớp gạc thuốc mỡ, để bán hở, tiếp tục sấy đến se khô. Thay băng hàng ngày nếu còn dịch, mủ tới khi lớp bám dính như các phần lấy da khác.

Máu đọng dưới lớp gạc thuốc: dùng gạc thấm khô ép sạch máu đọng.

Sưng đau: dùng thuốc giảm đau, chống viêm, kê cao và bất động vùng lấy da, chạy sóng ngắn, bất động vết mổ.

## **314. SỬ DỤNG THUỐC TẠO MÀNG ĐIỀU TRỊ VẾT THƯƠNG BỎNG NÔNG**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Thuốc tạo màng là thuốc được bào chế từ thảo mộc, trong thành phần có tỷ lệ tanin > 20%. Thuốc tạo màng có 2 dạng: cao và bột. Khi bôi/rắc thuốc tạo màng lên vết bỏng nông đã được xử trí đúng theo qui trình thì Tanin trong thành phần thuốc sẽ kết hợp với Protein trong huyết tương thoát ra ở vết bỏng tạo Proteinat tanin, tạo màng thuốc bám chặt vào nền vết bỏng. Màng thuốc này sẽ bong ra khi vết bỏng đã khỏi.

Thuốc nếu dùng đúng chỉ định thì có tác dụng tốt, nhưng nếu dùng sai chỉ định, thuốc có thể gây nguy hại do hiện tượng đau đớn quá mức, hiện tượng nhiễm độc do hấp thu mủ, hiện tượng garo...

**II. CHỈ ĐỊNH**

Khi vết bỏng đồng thời đáp ứng điều kiện:

Bỏng nông, không có hoại tử (bỏng độ II, III nông)

Vết bỏng sạch, chưa bị nhiễm khuẩn.

Nên dùng khi vết bỏng mới (2472 giờ sau bỏng)

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Vết bỏng có hoại tử ( bỏng độ III sâu, độ IV, độ V)

Vết bỏng bị nhiễm khuẩn.

Vết bỏng do hóa chất, do điện

Cân nhắc chỉ định khi vết bỏng ở vị trí: Đầu mặt cổ, khớp vận động, bàn ngón tay, bàn ngón chân, tầng sinh môn.

Thuôc tạo màng nhìn chung gây đau xót mạnh khi đắp, do vậy không nên dùng với diện tích rộng (ở trẻ em trên 5%, người lớn trên 10%)

**IV. CHUẨN BỊ**

Tương tự như cuộc thay băng bỏng

**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 sỹ gây mê và kỹ thuật viên gây mê.

**Phương tiện**

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...

Nỉa có mấu và không mấu, kéo cong, kéo thẳng, găng tay. Nên có sẵn những dụng cụ cầm máu như pince, kìm cầm kim...

Xô đựng đồ bẩn.

Thuốc thay băng bỏng

Các dung dịch sát khuẩn dùng để rửa vết bỏng có thể sử dụng: Dung dịch Natri clorid 0,9%; dung dịch becberin 1%; dung dịch povidone iodine (PVP) 10%, acid boric 24%; nitrat bạc 0,5%,.

Các thuốc tạo màng che phủ vết bỏng dạng cao: cao Xoan Trà, cao lá Sim, cao lá Sến, cao củ Nâu... hoặc dạng bột như B76

**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.

Địa điểm thay băng

Buồng thay băng hoặc buồng bệnh có đủ các trang bị cấp cứu: 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. Vô cảm**

Sử dụng thuốc giảm đau hoặc có thể gây mê (theo quy trình riêng).

**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, xử trí vết thương bỏng cùng với kíp thay băng.

Bác sỹ và 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.

Điều dưỡng hữu trùng đưa người bệnh vào buồng băng, để nằm trên bàn thay băng (hoặc giường bệnh);

Nếu vết bỏng mới: được xử trí kỳ đầu theo quy trình riêng. Nếu vết bỏng bẩn hoặc có dị vật như đất, cát, dầu, mỡ... thì cần phải rửa vết bỏng bằng nước xà phòng 5%.

Rửa vết bỏng bằng dung dịch NaCl 0,9%.

Cắt bỏ vòm nốt phỏng, lấy bỏ sạch các mảnh biểu bì đã bị hoại tử *(lưu ý không được để sót mảnh biểu bì bị hoại tử còn trên nền vết bỏng vì sẽ làm nhiễm khuẩn dưới màng thuốc).*

Rửa vết bỏng bằng dung dịch sát khuẩn như PVP 3%, berberin 1%. Rửa lại bằng dung dịch NaCl 0,9%.

Thấm khô vết bỏng bằng gạc vô trùng.

Sát khuẩn vùng da lành xung quanh vết bỏng bằng cồn 70O.

Bôi/ rắc thuốc tạo màng lên nền vết bỏng đã được rửa sạch, có thể bôi/rắc bổ xung lần 2 sau 3060 phút. Thông thường màng thuốc sẽ khô sau 12 giờ sau khi bôi/rắc thuốc.

Để hở vết bỏng, không cần băng kín.

Đưa người bệnh về buồng bệnh.

Lưu ý

Không được bôi thuốc tạo màng kín chu vi chi thể (ngón tay, ngón chân, cẳng chân, đùi, cẳng tay, cánh tay), kín chu vi cổ, chu vi thân, ngực (tránh hiện tượng chèn ép kiểu garo sau khi màng thuốc khô). Trong trường hợp này cần để 2 dải gạc rộng 12 cm tẩm dung dịch kháng sinh chạy dọc theo mặt trong và mặt ngoài chi thể, vùng bỏng còn lại được bôi/rắc thuốc tạo màng như bình thường.

**VI. CHĂM SÓC, THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**Chăm sóc**

Khi màng thuốc chưa khô: tránh để màng thuốc tiếp xúc với ga trải giường, quần, áo, vật dụng khác. Có thể sấy khô vết thương bằng luồng khí ấm, bóng điện, ánh mặt trời.

Khi thuốc khô sẽ tạo màng che phủ, không cần băng. Khi màng thuốc khô, người bệnh có thể đi lại sinh hoạt bình thường (có thể gây hạn chế cử động cho người bệnh).

Khi vết bỏng khỏi thì màng thuốc bắt đầu bong ra, nên cắt bỏ phần màng thuốc bong ra trước, phần còn bám vào nền vết bỏng thì để màng tự bong ra sau.

**Theo dõi và xử trí biến chứng toàn thân**

Theo dõi trạng thái toàn thân chung tương tự như sau thay băng thông thường: mạch, nhiệt độ, huyết áp...

Đau đớn tăng sau khi dùng thuốc tạo màng. Nhược điểm cơ bản của thuốc tạo màng là phải bóc bỏ vòm nốt phổng, bản thân thuốc chứa tannin làm khô vết bỏng, do vậy sau khi dùng thuốc người bệnh đau tăng. Xử trí: giảm đau trong 12 ngày đầu, thậm chí phải gây mê.

**Theo dõi và xử trí biến chứng tại chỗ**

Theo dõi tình trạng phù nề: vùng bỏng được bôi/rắc thuốc tạo màng thường gây phù nề mạnh, đặc biệt trong 23 ngày đầu. Cần dùng biện pháp giảm viêm nề: thuốc chống viêm, kê cao chi thể, giảm đau. Cần phát hiện sớm hiện tượng phù nề mạnh gây chèn ép kiểu garo, gây rối loạn tuần hoàn, hô hấp: phẫu thuật cắt bỏ màng thuốc, băng vết bỏng bằng thuốc khác.

Màng thuốc không bám dính, ứ dịch mủ phía dưới do nhiễm khuẩn hoặc có hoại tử dưới màng thuốc: dùng kéo cong cắt bỏ màng thuốc nơi bị ứ dịch mủ (tránh nhiễm độc cho cơ thể), rửa nền vết bỏng vừa cắt bỏ màng thuốc bằng dung dịch PVP 3%, thấm khô vết bỏng, có thể bôi/rắc thuốc tạo màng hoặc điều trị vùng bỏng này bằng phương pháp thay băng thông thường.

## **315. GÂY MÊ THAY BĂNG BỎNG**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Người bệnh bỏng thường xuyên phải chịu đau đớn trong quá trình điều trị, chỉ hết đau khi tổn thương bỏng được che phủ hoặc biểu mô hóa khỏi toàn bộ. Đau trong bỏng có tính liên tục, nhắc lại hàng ngày và nhiều lần trong ngày.

Gây mê thay băng bỏng nhằm giảm đau đớn, bảo đảm cho việc thay băng được thực hiện tốt.

Người bệnh bỏng thường phải gây mê để thay băng nhiều lần, cho nên phải lựa chọn phương pháp và thuốc gây mê thích hợp. Cần lựa chọn thuốc mê ít độc, ít tích lũy, tác dụng nhanh (khởi mê nhanh, tỉnh nhanh tương ứng với thời gian một cuộc thay băng kéo dài thường 153060 phút).

Lựa chọn thuốc mê cần căn cứ tình trạng toàn thân người bệnh, tuổi, số lần thay băng, phương pháp xử trí trong khi thay băng...

**II. CHỈ ĐỊNH**

Người bệnh có diện bỏng rộng.

Người bệnh có hội chứng khiếp đảm, rối loạn tâm thần mỗi khi thay băng hoặc bệnh tâm thần kết hợp.

Trẻ em.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Người bệnh dị ứng với thuốc vô cảm sẽ sử dụng.

Người bệnh có chống chỉ định gây mê.

Không có cán bộ chuyên môn được đào tạo về gây mê.

**IV. CHUẨN BỊ**

**Người thực hiện**

Bác sĩ, Kỹ thuật viên được đào tạo chuyên ngành gây mê hồi sức.

**Phương tiện**

Bộ phương tiện đảm bảo cuộc gây mê: Bóng bóp, mặt nạ, bình oxy, máy hút, đèn soi thanh khí quản và ống nội khí quản các cỡ.

Thuốc gây mê và thuốc hồi sức.

Máy sốc tim, máy thở.

Tiến hành tại phòng mổ, hoặc buồng khoa hồi sức cấp cứu hoặc buồng thay băng cho người bệnh bỏng nặng.

Người bệnh

Được giải thích về kỹ thuật để phối hợp với chuyên môn

Được thăm khám kỹ, chú ý hô hấp và tuần hoàn trước gây mê.

Nhịn ăn ít nhất 6 giờ, nhịn uống ít nhất 3 giờ trước khi gây mê. Trong trường hợp người bệnh mới vào có thức ăn và dịch trong dạ dày mà có chỉ định gây mê thay băng, xử trí kỳ đầu vết bỏng: cần rửa dạ dày trước gây mê.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

Gây mê trong thay băng đòi hỏi nhanh, thời gian gây mê không dài do đó gây mê tĩnh mạch là phương pháp được sử dụng nhiều. Sau đây là quy trình của gây mê tĩnh mạch trong thay băng bỏng:

Tiền mê

Tiêm atropin hoặc scopolamin, liều 0,01mg/ kg cân nặng, tiêm dưới da trước gây mê 15 phút.

Đặt dây truyền dịch vào tĩnh mạch.

Trong các trường hợp còn sốc, người bệnh thường nhậy cảm với thuốc mê. Do vậy nên phối hợp với các thuốc kháng histamine như dimedrn hoặc thuốc giảm đau liều nhỏ để tiền mê.

Gây mê (lựa chọn thuốc mê tùy theo chỉ định)

Thay băng bỏng hàng ngày với người bệnh bỏng rộng: thường ápdụng các thuốc vô cảm gây mê ngắn, tỉnh nhanh như Ketamin, propofol...

Ketamin (calypsol): tùy theo thể trạng người bệnh và tình trạng bệnh: tiêm tĩnh mạch chậm 14,5 mg/ kg hoặc tiêm bắp 6,513mg/ kg. Tùy theo đáp ứng của người bệnh có thể cho tiếp theo bằng nửa liều đầu.

Ở người bệnh lớn tuổi hoặc diện tích bỏng vừa phải: có thể tiền mê giảm đau bằng dolargan, fentanyl, morphin

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Theo dõi chung khi tiến hành gây mê, cần lưu ý thêm:

Theo dõi mạch, huyết áp, tần số thở, nhiệt độ, ý thức.

Ketamin có tác dụng mê nhanh tỉnh nhanh, giữ được phản xạ hầu họng nhưng hay gây hoang tưởng và có tác dụng phụ. Không dùng cho người bệnh động kinh, tâm thần, tăng áp lực sọ não, tăng nhãn áp, chấn thương sọ não kết hợp.

Hút đờm, rãi khi có tăng tiết đường mũi họng.

Ngừng thở, quên thở, ngừng tim: Bóp bóng hô hấp hỗ trợ, sốc tim, thở máy nếu cần, thở oxy.

Dị ứng toàn thân: thuốc chống dị ứng (dimedron, depresolon...), truyền dịch; theo dõi sát tình trạng người bệnh.

Sốt cao: thuốc hạ nhiệt, chườm lạnh.

Nôn: nằm đầu nghiêng một bên, dùng thuốc chống nôn, đảm bảo lưu thông đương thở.

## **316. RẠCH HOẠI TỬ BỎNG GIẢI THOÁT CHÈN ÉP**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Bỏng sâu kín chu vi chi thể hoặc bỏng sâu vùng cổ, ngực, bụng do phản ứng viêm nề bên trong rất mạnh nhưng tổ chức hoại tử (đặc biệt hoại tử khô) lại kém hoặc không thể giãn ra được do đó hậu quả gây chèn ép chu vi chi thể cản trở máu nuôi ngoại vi hoặc phù nề chèn ép vùng cổ, ngực, bụng gây khó thở.

Rạch hoại tử để giúp thoát bớt dịch viêm, giúp tổ chức hoại tử tách giãn rộng ra từ đó giải phòng được tình trạng phù nề chèn ép.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Hoại tử kín chu vi chi thể gây chèn ép thiếu máu đầu chi thể.

Hoại tử vùng cổ, ngực, lưng, bụng gây cản trở hô hấp.

Khi có hội chứng khoang ngăn ở chi, đặc biệt ở cảng chân do bỏng sâu tới dưới lớp cân.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Bỏng nông.

Bỏng sâu không chèn ép gây thiểu dưỡng đầu chi, gây khó thở.

**IV. CHUẨN BỊ**

**Người thực hiện**

Tối thiểu 1 bác sĩ ngoại khoa, 2 điều dưỡng (1 vô trùng, 1 hữu trùng)

Kíp vô cảm (nếu có): 1 bác sỹ gây mê, 1 kỹ thuật viên phụ mê.

**Phương tiện**

Bộ tiểu phẫu, dao mổ thường hoặc dao mổ điện, bông băng gạc vô trùng... đảm bảo cuộc thay băng, thuốc kháng khuẩn tại chỗ, dụng cụ cầm máu...

**Người bệnh**

Giải thích cho người bệnh hiểu rõ Kỹ thuật, viết đơn cam kết. Làm xét nghiệm sàng lọc, xét nghiệm đông máu

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm**

Tiến hành dưới giảm đau toàn thân. Nếu có điều kiện: gây mê bằng ketamin.

**2.** **Kỹ thuật**

Rửa vết bỏng theo quy trình thay băng

Sát khuẩn vùng bỏng bằng dung dịch PVP 10%.

Rạch hoại tử (bằng dao mổ thường hoặc dao đốt điện) càng sớm càng tốt. Rạch đám da hoại tử theo chiều dài của chi qua lớp da, tới lớp mỡ và cân. Nếu không thấy máu chảy tại vùng rạch thì tiếp tục rạch qua lớp cân tới lớp cơ lành (cơ đỏ tươi, róm máu và cơ co).

Dùng nỉa hoặc kìm tách nhẹ miệng vết rạch 1 2 cm để thoát dịch phù.

Cầm máu

Sát khuẩn lại vết rạch bằng dung dịch PVP 10%.

Đắp thuốc mỡ silver sulfadiazin 1% hoặc mỡ Maduxin...

Đắp gạc khô vô khuẩn, băng ép nhẹ.

Vị trí các đường rạch

Nguyên tắc: Không tiến hành rạch trên đường đi của mạch máu, rạch đến khi chảy máu, kết hợp với chẩn đoán độ sâu của bỏng.

Bỏng sâu vùng cổ gây chèn ép khó thở: rạch 23 đường dọc; nếu phải mở khí quản kèm theo thì không khâu đường rạch da.

Bỏng sâu vùng ngực: rạch các đường dọc và ngang kiểu ô bàn cờ.

Bỏng sâu ở chi: rạch nhiều đường song song dọc theo chi. Đường rạch qua khớp nên đi theo hình chữ chi hoặc Z.

Bỏng sâu ở cẳng tay: rạch dọc theo chi, rạch hình chữ Z.

Bỏng sâu ở cẳng chân: các đường rạch dọc bên, gần các bờ xương chày, rạch thêm đường dọc phía sau cẳng chân

Bỏng sâu ở ngón tay, ngón chân: rạch 2 đường theo 2 bên ngón.

Bỏng bàn tay, mu bàn chân: rạch dọc theo các kẽ ngón tới cổ tay, cổ chân.

Nguy cơ hoại thư sinh hơi: mở rộng cân, kiểm tra tổn thương khối cơ, dịch tiết xám, mùi hôi, cơ nát mủn.

Rửa vùng rạch mở bằng dung dịch oxy già.

Tiêm penicillin và huyết thanh chống hoại thư 10.000300.000 đơn vị, vùng cơ lành lân cận.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**Theo dõi tình trạng chung**

Mạch, nhiệt độ, huyết áp, hô hấp, nước tiểu...

Đau nhiều sau rạch hoại tử: cho tiếp giảm đau toàn thân.

**Tại chỗ**

Chảy máu đường rạch: băng ép tăng cường; kê cao chi.

Nếu không đỡ: mở vết rạch kiểm tra, cầm máu bằng các biện pháp như khâu, thắt buộc mạch máu, đốt điện...

Tình trạng giải phóng chèn ép:

Kiểm tra hiện tượng thiếu máu nuôi dưỡng đầu chi. Nếu đường rạch vẫn chưa hiệu quả: kiểm tra lại, tách rộng đường rạch, rạch thêm 1 số đường song song với đường rạch cũ để giải thoát chèn ép.

Kiểm tra tình trạng chèn ép gây khó thở: sau rạch tình trạng khó thở do chèn ép vẫn chưa cải thiện: rạch bổ xung.

## **317. KHÂU CẦM MÁU, THẮT MẠCH MÁU ĐỂ CẤP CỨU CHẢY MÁU TRONG BỎNG SÂU**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Chảy máu là biến chứng thường gặp trong bỏng sâu, nhất là bỏng sâu do dòng điện. Chảy máu thứ phát tại vùng bỏng đe dọa tính mạng người bệnh, đòi hỏi các biện pháp cầm máu khẩn cấp như băng ép chặt, đặt garo, kẹp mạch tạm thời, khâu, thắt mạch máu và truyền máu bổ xung.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Khi tổn thương bỏng có:

Máu thấm băng.

Đứt mạch máu gây chảy máu.

Lộ, hoại tử mạch máu nguy cơ đe dọa chảy máu cao, chủ động khâu, vùi thắt các mạch máu dể dự phòng chảy máu.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Rớm máu bề mặt vết bỏng có thể cầm máu bằng đắp gạc nước muối, băng ép.

Trong các trường hợp có dấu hiệu đe dọa tính mạng người bệnh, chỉ tiến hành cầm máu tạm thời như kê cao chi, gập chi, băng chèn, băng ép chặt, garo, kẹp mạch máu..., khi người bệnh đã tạm ổn định mới tiếp tục xử trí cơ bản.

**IV. CHUẨN BỊ**

**Người thực hiện**

Bác sỹ, điều dưỡng.

Phương tiện

Bộ tiểu phẫu: 01 bộ; dao đốt điện.

Thuốc giảm đau toàn thân, thuốc tê (lidocain, novocain.), thuốc mê.

Thuốc thay băng: PVP 10%; natri clorid 0,9%; cream silversulfadiazin 1%...

**Người bệnh**

Giải thích để người bệnh hiểu và phối hợp với chuyên môn

**Hồ sơ bệnh án**

Chuẩn bị hồ sơ bệnh án theo quy định, các xét nghiệm,

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm**

Dùng thuốc giảm đau hoặc gây mê, gây tê đám rối thần kinh.

**2. Kỹ thuật**

Thay băng theo quy trình.

Bộc lộ vùng tổn thương chảy máu, xác định vị trí, mạch máu chảy, kẹp cầm máu.

Nếu chảy ở các mạch nhỏ:

Có thể tiến hành buộc mạch máu hoặc đốt cầm máu bằng dao đốt điện.

Có thể tiến hành khâu cầm máu bằng các mối chỉ đơn, mối chữ U, X.

Nếu là các mạch cỡ trung bình hoặc lớn: sau khi cầm máu tạm thời tại chỗ phải tiến hành phẫu thuật: bộc lộ và thắt mạch máu trên vùng tổn thương.

Trong trường hợp nghi ngờ tổn thương mạch lớn vẫn tiếp tục tiên triển: chủ động bộc lộ, đặt chỉ chờ phía trên.

Tiến hành thay băng, băng ép vừa phải.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**Toàn thân**

Theo dõi tình trạng ý thức, mạch, huyết áp, nhiệt độ và hô hấp....

Dự phòng và điều trị sốc mất máu: bù đủ dịch, trợ tim, ủ ấm, thở oxy, truyền máu khi có mất máu nặng.

**Tại chỗ**

Tình trạng chảy máu tái phát. Có thể băng ép bổ xung; nếu không kết quả phải bóc bỏ gạc, cầm máu lại.

Tình trạng thiếu máu phía dưới vùng tổn thương mạch.

## **318. CẮT BỎ HOẠI TỬ TIẾP TUYẾN BỎNG SÂU TRÊN 10% DIỆN TÍCH CƠ THỂ Ở NGƯỜI LỚN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Cắt bỏ hoại tử theo phương pháp tiếp tuyến (hay phương pháp tiệm cận) là phương pháp loại bỏ hoại tử từng lớp đến tiếp giáp với phần mô lành của cơ thể.

Cắt bỏ hoại tử trên 10% là phẫu thuật lớn, đòi hỏi phẫu thuật viên có kinh nghiệm, gây mê hồi sức đảm bảo. Đồng thời, phẫu thuât cũng có nguy cơ như mất máu nhiều (có thể gây sốc mất máu), nguy cơ nhiễm khuẩn lan rộng do chủ động phá vỡ hàng rào bảo vệ tự nhiên. Do đó sau phẫu thuật đòi hỏi theo dõi chặt chẽ, nên có vật liệu che phủ ngay sau cắt, điều trị toàn thân tích cực (giải độc, nâng đỡ cơ thể, kháng sinh...).

**II. CHỈ ĐỊNH**

Bỏng sâu độ IV (theo cách phân loại bỏng thành 5 độ bỏng)

Toàn trạng thoát sốc ổn định, các xét nghiệm trong giới hạn cho phép phẫu thuật.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Bỏng nông.

Sốc bỏng nặng hoặc toàn trạng không cho phép phẫu thuật.

Cơ sở điều trị không có đủ trang thiết bị phẫu thuật, gây mê hồi sức và kỹ thuật chuyên khoa.

**IV. CHUẨN BỊ**

**Người thực hiện**

Kíp phẫu thuật viên chuyên khoa bỏng (23 bác sỹ).

Kíp gây mê của phòng phẫu thuật (1 bác sỹ gây mê, 1 kỹ thuật viên phụ mê, 1 điều dưỡng vô trùng đưa dụng cụ, 1 điều dưỡng hữu trùng).

**Phương tiện**

Bộ dụng cụ cho cuộc mổ đại phẫu bỏng.

Dao chuyên dụng có định mức: Lagrot, Humby, Week...

Dự trù máu phù hợp để truyền trong và sau phẫu thuật.

**Người bệnh**

Tư vấn và giải thích để người bệnh, gia đình hiểu và cộng tác với chuyên môn.

Chuẩn bị hồ sơ, bệnh án theo quy định.

Thay băng, kiểm tra tổn thương và vệ sinh vùng phẫu thuật.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

Chuẩn bị

Tương tự cuộc phẫu thuật loại I vô khuẩn thông thường.

**1.** **Vô cảm**

Gây mê hoặc tê khu vực phẫu thuật tùy thuộc người bệnh.

**2. Kỹ thuật**

*Thì 1: Xử trí vết thương trước khi cắt hoại tử:*

Thay băng, bộc lộ tổn thương theo quy định.

Chọn tư thế người bệnh phù hợp với vùng phẫu thuật.

Sát khuẩn vùng tổn thương bằng dung dịch PVP 10%, rửa lại bằng nước muối sinh lý. Thấm khô. Kiểm tra lại tổn thương.

Sát trùng vùng da lành xung quanh bằng cồn 700,

Trải vải vô trùng bộc lộ vùng phẫu thuật.

*Thì 2: Cắt hoại tử kiểu tiếp tuyến trên 10%*

Dùng dao chuyên dụng (Lagrot, Humby, Week..đặt mức chiều sâu phù hợp với lớp cắt. Cắt hoại tử từng lớp tới khi tiếp giáp với phần lành (xuất hiện các điểm chảy máu) thì dừng lại.

Cầm máu bằng đắp gạc tẩm adrenalin 1/200.000 hoặc đốt điện, hoặc khâu cầm máu kiểu chữ X (nếu cần).

Rửa lại nền vết thương sau cắt hoại tử bằng dung dịch PVP 3%.

Diện tích một lần phẫu thuật trên 10% diện tích cơ thể.

*Thì 3: Che phủ nền tổn thương sau cắt:*

Đắp thuốc kháng khuẩn như Silver Sulfadiazin 1%, Manfenid..., băng kín.

Hoặc che phủ bằng vật liệu thay thế da tạm thời lên nền tổn thương như da đồng loại, dị loại, màng sinh học... Băng gạc khô 57 lớp.

Chăm sóc thay băng sau phẫu thuật

Thay băng hàng ngày sau phẫu thuật

Nếu còn hoại tử sót lại có thể cắt lọc tiếp, làm sạch vết bỏng.

Khi có mô hạt đủ tiêu chuẩn ghép da thì tiến hành ghép da.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG**

**Toàn thân**

Theo dõi các biến chứng của gây mê: suy hô hấp, tụt huyết áp, nôn.xử trí bằng truyền dịch, nâng huyết áp, thở oxy, để đầu thấp nghiêng 1 bên, lau sạch đờm dãi.

Theo dõi tình trạng sốc do mất nhiều máu trong mổ: truyền máu kịp thời trong và sau mổ.

Đau nhiều sau phẫu thuật: cho thuốc giảm đau sau mổ 1- 2 ngày.

**Tại chỗ**

Tình trạng chảy máu tại vùng mổ (máu thấm băng...): kê cao chân, băng ép bổ sung. Nếu không được: tiến hành mở băng, xác định điểm chảy máu và khâu, đốt cầm máu bổ sung.

Băng ép quá chặt: nới bớt băng.

Nhiễm khuẩn tại chỗ hoặc toàn thân nặng lên: sau cắt cần che phủ bằng vật liệu sinh học. Thay băng vô khuẩn, đắp thuốc kháng khuẩn tại chỗ và kháng sinh toàn thân theo kháng sinh đồ.

## **319. CẮT BỎ HOẠI TỬ TIẾP TUYẾN BỎNG SÂU TỪ 5% - 10% DIỆN TÍCH CƠ THỂ Ở NGƯỜI LỚN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Cắt bỏ hoại tử theo phương pháp tiếp tuyến (hay phương pháp tiệm cận) là phương pháp loại bỏ hoại tử từng lớp đến tiếp giáp với phần mô lành của cơ thể.

Cắt bỏ hoại tử từ 5% - 10% là phẫu thuật lớn, đòi hỏi phẫu thuật viên có kinh nghiệm, gây mê hồi sức đảm bảo. Đồng thời, phẫu thuât cũng có nguy cơ như mất máu nhiều (có thể gây sốc mất máu), nguy cơ nhiễm khuẩn lan rộng do chủ động phá vỡ hàng rào bảo vệ tự nhiên. Do đó sau phẫu thuật đòi hỏi theo dõi chặt chẽ, nên có vật liệu che phủ ngay sau cắt, điều trị toàn thân tích cực (giải độc, nâng đỡ cơ thể, kháng sinh...).

**II. CHỈ ĐỊNH**

Bỏng sâu độ IV (theo cách phân loại bỏng thành 5 độ bỏng)

Toàn trạng thoát sốc ổn định, các xét nghiệm trong giới hạn cho phép phẫu thuật.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Bỏng nông.

Sốc bỏng nặng hoặc toàn trạng không cho phép phẫu thuật.

Cơ sở điều trị không có đủ trang thiết bị phẫu thuật, gây mê hồi sức và kỹ thuật chuyên khoa.

**IV. CHUẨN BỊ**

**Người thực hiện**

Kíp phẫu thuật viên chuyên khoa bỏng (23 bác sỹ).

Kíp gây mê của phòng phẫu thuật (1 bác sỹ gây mê, 1 kỹ thuật viên phụ mê, 1 điều dưỡng vô trùng đưa dụng cụ, 1 điều dưỡng hữu trùng).

**Phương tiện**

Bộ dụng cụ cho cuộc mổ trung phẫu bỏng.

Dao chuyên dụng có định mức: Lagrot, Humby, Week...

Dự trù máu phù hợp để truyền trong và sau phẫu thuật.

**Người bệnh**

Tư vấn và giải thích để người bệnh, gia đình hiểu và cộng tác với chuyên môn.

Chuẩn bị hồ sơ, bệnh án theo quy định.

Thay băng, kiểm tra tổn thương và vệ sinh vùng phẫu thuật.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Chuẩn bị**

Tương tự cuộc phẫu thuật loại I vô khuẩn thông thường.

**2. Vô cảm:**

Gây mê hoặc tê khu vực phẫu thuật tùy thuộc người bệnh.

**3. Kỹ thuật**

*Thì 1: xử trí vết thương trước khi cắt hoại tử:*

Thay băng, bộc lộ tổn thương theo quy định.

Chọn tư thế người bệnh phù hợp với vùng phẫu thuật.

Sát khuẩn vùng tổn thương bằng dung dịch PVP 10%, rửa lại bằng nước muối sinh lý. Thấm khô. Kiểm tra lại tổn thương.

Sát trùng vùng da lành xung quanh bằng cồn 700,

Trải vải vô trùng bộc lộ vùng phẫu thuật.

*Thì 2: cắt hoại tử kiểu tiếp tuyến từ 5-10%*

Dùng dao chuyên dụng (Lagrot, Humby, Week..đặt mức chiều sâu phù hợp với lớp cắt. Cắt hoại tử từng lớp tới khi tiếp giáp với phần lành (xuất hiện các điểm chảy máu) thì dừng lại.

Cầm máu bằng đắp gạc tẩm adrenalin 1/200.000 hoặc đốt điện, hoặc khâu cầm máu kiểu chữ X (nếu cần).

Rửa lại nền vết thương sau cắt hoại tử bằng dung dịch PVP 3%.

Diện tích một lần phẫu thuật từ 510% diện tích cơ thể.

*Thì 3: Che phủ nền tổn thương sau cắt:*

Đắp thuốc kháng khuẩn như Silver Sulfadiazin 1%, Manfenid..., băng kín.

Hoặc che phủ bằng vật liệu thay thế da tạm thời lên nền tổn thương như da đồng loại, dị loại, màng sinh học... Băng gạc khô 57 lớp.

Chăm sóc thay băng sau phẫu thuật

Thay băng hàng ngày sau phẫu thuật

Nếu còn hoại tử sót lại có thể cắt lọc tiếp, làm sạch vết bỏng.

Khi có mô hạt đủ tiêu chuẩn ghép da thì tiến hành ghép da.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG**

**Toàn thân**

Theo dõi các biến chứng của gây mê: suy hô hấp, tụt huyết áp, nôn.xử trí bằng truyền dịch, nâng huyết áp, thở oxy, để đầu thấp nghiêng 1 bên, lau sạch đờm dãi.

Theo dõi tình trạng sốc do mất nhiều máu trong mổ: truyền máu kịp thời trong và sau mổ.

Đau nhiều sau phẫu thuật: cho thuốc giảm đau sau mổ 1 2 ngày.

**Tại chỗ**

Tình trạng chảy máu tại vùng mổ (máu thấm băng...): kê cao chân, băng ép bổ sung. Nếu không được: tiến hành mở băng, xác định điểm chảy máu và khâu, đốt cầm máu bổ sung.

Băng ép quá chặt: nới bớt băng.

Nhiễm khuẩn tại chỗ hoặc toàn thân nặng lên: sau cắt cần che phủ bằng vật liệu sinh học. Thay băng vô khuẩn, đắp thuốc kháng khuẩn tại chỗ và kháng sinh toàn thân theo kháng sinh đồ.

## **320. CẮT BỎ HOẠI TỬ TIẾP TUYẾN BỎNG SÂU DƯỚI 5% DIỆN TÍCH CƠ THỂ Ở NGƯỜI LỚN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Cắt bỏ hoại tử theo phương pháp tiếp tuyến (hay phương pháp tiệm cận) là phương pháp loại bỏ hoại tử từng lớp đến tiếp giáp với phần mô lành của cơ thể.

Cắt bỏ hoại tử dưới 5% cũng có nguy cơ như mất máu, nguy cơ nhiễm khuẩn lan rộng do chủ động phá vỡ hàng rào bảo vệ tự nhiên.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Bỏng sâu độ IV (theo cách phân loại bỏng thành 5 độ bỏng)

Toàn trạng thoát sốc ổn định, các xét nghiệm trong giới hạn cho phép phẫu thuật.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Bỏng nông.

Sốc bỏng nặng hoặc toàn trạng không cho phép phẫu thuật.

Cơ sở điều trị không có đủ trang thiết bị phẫu thuật, hồi sức và kỹ thuật chuyên khoa.

**IV. CHUẨN BỊ**

**Người thực hiện**

Kíp phẫu thuật viên chuyên khoa bỏng (2 - 3 bác sỹ).

Kíp gây mê của phòng phẫu thuật (1 bác sỹ gây mê, 1 kỹ thuật viên phụ mê, 1 điều dưỡng vô trùng đưa dụng cụ, 1 điều dưỡng hữu trùng).

**Phương tiện**

Bộ dụng cụ cho cuộc mổ trung phẫu bỏng.

Dao chuyên dụng có định mức: Lagrot, Humby, Week...

Dự trù máu phù hợp để truyền trong và sau phẫu thuật.

**Người bệnh**

Tư vấn và giải thích để người bệnh, gia đình hiểu và cộng tác với chuyên môn.

**Chuẩn bị hồ sơ, bệnh án theo quy định.**

Thay băng, kiểm tra tổn thương và vệ sinh vùng phẫu thuật.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Chuẩn bị**

Tương tự cuộc phẫu thuật loại I vô khuẩn thông thường.

**2. Vô cảm**

Gây mê hoặc tê khu vực phẫu thuật tùy thuộc người bệnh.

**3. Kỹ thuật**

*Thì 1: xử trí vết thương trước khi cắt hoại tử*

Thay băng, bộc lộ tổn thương theo quy định.

Chọn tư thế người bệnh phù hợp với vùng phẫu thuật.

Sát khuẩn vùng tổn thương bằng dung dịch PVP 10%, rửa lại bằng nước muối sinh lý. Thấm khô. Kiểm tra lại tổn thương.

Sát trùng vùng da lành xung quanh bằng cồn 700,

Trải vải vô trùng bộc lộ vùng phẫu thuật.

*Thì 2: cắt hoại tử kiểu tiếp tuyến dưới 5%*

Dùng dao chuyên dụng (Lagrot, Humby, Week..đặt mức chiều sâu phù hợp với lớp cắt. Cắt hoại tử từng lớp tới khi tiếp giáp với phần lành (xuất hiện các điểm chảy máu) thì dừng lại.

Cầm máu bằng đắp gạc tẩm adrenalin 1/200.000 hoặc đốt điện, hoặc khâu cầm máu kiểu chữ X (nếu cần).

Rửa lại nền vết thương sau cắt hoại tử bằng dung dịch PVP 3%.

Diện tích một lần phẫu thuật dưới 5% diện tích cơ thể.

*Thì 3: Che phủ nền tổn thương sau cắt:*

Đắp thuốc kháng khuẩn như Silver Sulfadiazin 1%, Manfenid..., băng kín.

Hoặc che phủ bằng vật liệu thay thế da tạm thời lên nền tổn thương như da đồng loại, dị loại, màng sinh học... Băng gạc khô 57 lớp.

Chăm sóc thay băng sau phẫu thuật

Thay băng hàng ngày sau phẫu thuật

Nếu còn hoại tử sót lại có thể cắt lọc tiếp, làm sạch vết bỏng.

Khi có mô hạt đủ tiêu chuẩn ghép da thì tiến hành ghép da.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG**

**Toàn thân**

Theo dõi các biến chứng của gây mê: suy hô hấp, tụt huyết áp, nôn.xử trí bằng truyền dịch, nâng huyết áp, thở oxy, để đầu thấp nghiêng 1 bên, lau sạch đờm dãi.

Theo dõi tình trạng sốc do mất nhiều máu trong mổ: truyền máu kịp thời trong và sau mổ.

Đau nhiều sau phẫu thuật: cho thuốc giảm đau sau mổ 1 2 ngày.

**Tại chỗ**

Tình trạng chảy máu tại vùng mổ (máu thấm băng.): kê cao chân, băng ép bổ sung. Nếu không được: tiến hành mở băng, xác định điểm chảy máu và khâu, đốt cầm máu bổ sung.

Băng ép quá chặt: nới bớt băng.

Nhiễm khuẩn tại chỗ hoặc toàn thân nặng lên: sau cắt cần che phủ bằng vật liệu sinh học. Thay băng vô khuẩn, đắp thuốc kháng khuẩn tại chỗ và kháng sinh toàn thân theo kháng sinh đồ.

## **321. CẮT BỎ HO**Ạ**I TỬ TIẾP TUYẾN BỎNG SÂU TRÊN 5% DIỆN TÍCH CƠ THỂ Ở TRẺ EM**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Cắt bỏ hoại tử theo phương pháp tiếp tuyến (hay phương pháp tiệm cận) là phương pháp loại bỏ hoại tử từng lớp đến tiếp giáp với phần mô lành của cơ thể.

Cắt bỏ hoại tử trên 5% ở trẻ em là phẫu thuật lớn, đòi hỏi phẫu thuật viên có kinh nghiệm, gây mê hồi sức đảm bảo. Đồng thời, phẫu thuât cũng có nguy cơ như mất máu nhiều (có thể gây sốc mất máu). Do đó sau phẫu thuật đòi hỏi theo dõi chặt chẽ, nên có vật liệu che phủ ngay sau cắt, điều trị toàn thân tích cực (giải độc, nâng đỡ cơ thể, kháng sinh...).

**II. CHỈ ĐỊNH**

Bỏng sâu độ IV (theo cách phân loại bỏng thành 5 độ bỏng)

Toàn trạng thoát sốc ổn định, các xét nghiệm trong giới hạn cho phép phẫu thuật.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Bỏng nông.

Sốc bỏng nặng hoặc toàn trạng không cho phép phẫu thuật.

Cơ sở điều trị không có đủ trang thiết bị phẫu thuật, gây mê hồi sức và kỹ thuật chuyên khoa.

**IV. CHUẨN BỊ**

**Người thực hiện**

Kíp phẫu thuật viên chuyên khoa bỏng (2 - 3 bác sỹ).

Kíp gây mê của phòng phẫu thuật (1 bác sỹ gây mê, 1 kỹ thuật viên phụ mê, 1 điều dưỡng vô trùng đưa dụng cụ, 1 điều dưỡng hữu trùng).

**Phương tiện**

Bộ dụng cụ cho cuộc mổ đại phẫu bỏng.

Dao chuyên dụng có định mức: Lagrot, Humby, Week...

Dự trù máu phù hợp để truyền trong và sau phẫu thuật.

**Người bệnh**

Tư vấn và giải thích để người bệnh, gia đình hiểu và cộng tác với chuyên môn.

**Chuẩn bị hồ sơ, bệnh án theo quy định.**

Thay băng, kiểm tra tổn thương và vệ sinh vùng phẫu thuật.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Chuẩn bị**

Tương tự cuộc phẫu thuật loại I vô khuẩn thông thường.

**2. Vô cảm**: gây mê.

**3. Kỹ thuật**

*Thì 1: xử trí vết thương trước khi cắt hoại tử:*

Thay băng, bộc lộ tổn thương theo quy định.

Chọn tư thế người bệnh phù hợp với vùng phẫu thuật.

Sát khuẩn vùng tổn thương bằng dung dịch PVP 10%, rửa lại bằng nước muối sinh lý. Thấm khô. Kiểm tra lại tổn thương.

Sát trùng vùng da lành xung quanh bằng cồn 700,

Trải vải vô trùng bộc lộ vùng phẫu thuật.

*Thì 2: cắt hoại tử kiểu tiếp tuyến trên 5%*

Dùng dao chuyên dụng (Lagrot, Humby, Week..đặt mức chiều sâu phù hợp với lớp cắt. Cắt hoại tử từng lớp tới khi tiếp giáp với phần lành (xuất hiện các điểm chảy máu) thì dừng lại.

Cầm máu bằng đắp gạc tẩm adrenalin 1/200.000 hoặc đốt điện, hoặc khâu cầm máu kiểu chữ X (nếu cần).

Rửa lại nền vết thương sau cắt hoại tử bằng dung dịch PVP 3%.

Diện tích một lần phẫu thuật trên 5% diện tích cơ thể.

*Thì 3: Che phủ nền tổn thương sau cắt:*

Đắp thuốc kháng khuẩn như Silver Sulfadiazin 1%, Manfenid..., băng kín.

Hoặc che phủ bằng vật liệu thay thế da tạm thời lên nền tổn thương như da đồng loại, dị loại, màng sinh học... Băng gạc khô 57 lớp.

Chăm sóc thay băng sau phẫu thuật

Thay băng hàng ngày sau phẫu thuật

Nếu còn hoại tử sót lại có thể cắt lọc tiếp, làm sạch vết bỏng.

Khi có mô hạt đủ tiêu chuẩn ghép da thì tiến hành ghép da.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG**

**Toàn thân**

Theo dõi các biến chứng của gây mê: suy hô hấp, tụt huyết áp, nôn.xử trí bằng truyền dịch, nâng huyết áp, thở oxy, để đầu thấp nghiêng 1 bên, lau sạch đờm dãi.

Theo dõi tình trạng sốc do mất nhiều máu trong mổ: truyền máu kịp thời trong và sau mổ.

Đau nhiều sau phẫu thuật: cho thuốc giảm đau sau mổ 1 2 ngày.

**Tại chỗ**

Tình trạng chảy máu tại vùng mổ (máu thấm băng...): kê cao chân, băng ép bổ sung. Nếu không được: tiến hành mở băng, xác định điểm chảy máu và khâu, đốt cầm máu bổ sung.

Băng ép quá chặt: nới bớt băng.

Nhiễm khuẩn tại chỗ hoặc toàn thân nặng lên: sau cắt cần che phủ bằng vật liệu sinh học. Thay băng vô khuẩn, đắp thuốc kháng khuẩn tại chỗ và kháng sinh toàn thân theo kháng sinh đồ.

## **322. CẮT BỎ HOẠI TỬ TIẾP TUYẾN BỎNG SÂU TỪ 3% - 5% DIỆN TÍCH CƠ THỂ Ở TRẺ EM**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Cắt bỏ hoại tử theo phương pháp tiếp tuyến (hay phương pháp tiệm cận) là phương pháp loại bỏ hoại tử từng lớp đến tiếp giáp với phần mô lành của cơ thể.

Cắt bỏ hoại tử từ 3 - 5% ở trẻ em đòi hỏi phẫu thuật viên có kinh nghiệm, gây mê hồi sức đảm bảo. Đồng thời, phẫu thuât vẫn có nguy cơ như mất máu (có thể gây sốc mất máu). Do đó sau phẫu thuật đòi hỏi theo dõi chặt chẽ, nên có vật liệu che phủ ngay sau cắt, điều trị toàn thân tích cực (nâng đỡ cơ thể, kháng sinh...).

**II. CHỈ ĐỊNH**

Bỏng sâu độ IV (theo cách phân loại bỏng thành 5 độ bỏng)

Toàn trạng thoát sốc ổn định, các xét nghiệm trong giới hạn cho phép phẫu thuật.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Bỏng nông.

Sốc bỏng nặng hoặc toàn trạng không cho phép phẫu thuật.

Cơ sở điều trị không có đủ trang thiết bị phẫu thuật, gây mê hồi sức và kỹ thuật chuyên khoa.

**IV. CHUẨN BỊ**

**Người thực hiện**

Kíp phẫu thuật viên chuyên khoa bỏng (23 bác sỹ).

Kíp gây mê của phòng phẫu thuật (1 bác sỹ gây mê, 1 kỹ thuật viên phụ mê, 1 điều dưỡng vô trùng đưa dụng cụ, 1 điều dưỡng hữu trùng).

**Phương tiện**

Bộ dụng cụ cho cuộc mổ trung phẫu bỏng.

Dao chuyên dụng có định mức: Lagrot, Humby, Week...

Dự trù máu phù hợp để truyền trong và sau phẫu thuật.

**Người bệnh**

Tư vấn và giải thích để người bệnh, gia đình hiểu và cộng tác với chuyên môn.

**Chuẩn bị hồ sơ, bệnh án theo quy định.**

Thay băng, kiểm tra tổn thương và vệ sinh vùng phẫu thuật.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Chuẩn bị**

Tương tự cuộc phẫu thuật loại II vô khuẩn thông thường.

**2. Vô cảm:** gây mê.

**3. Kỹ thuật**

*Thì 1: xử trí vết thương trước khi cắt hoại tử:*

Thay băng, bộc lộ tổn thương theo quy định.

Chọn tư thế người bệnh phù hợp với vùng phẫu thuật.

Sát khuẩn vùng tổn thương bằng dung dịch PVP 10%, rửa lại bằng nước muối sinh lý. Thấm khô. Kiểm tra lại tổn thương.

Sát trùng vùng da lành xung quanh bằng cồn 700,

Trải vải vô trùng bộc lộ vùng phẫu thuật.

*Thì 2: cắt hoại tử kiểu tiếp tuyến từ 3-5%*

Dùng dao chuyên dụng (Lagrot, Humby, Week..đặt mức chiều sâu phù hợp với lớp cắt. Cắt hoại tử từng lớp tới khi tiếp giáp với phần lành (xuất hiện các điểm chảy máu) thì dừng lại.

Cầm máu bằng đắp gạc tẩm adrenalin 1/200.000 hoặc đốt điện, hoặc khâu cầm máu kiểu chữ X (nếu cần).

Rửa lại nền vết thương sau cắt hoại tử bằng dung dịch PVP 3%.

Diện tích một lần phẫu thuật 35% diện tích cơ thể.

*Thì 3: Che phủ nền tổn thương sau cắt:*

Đắp thuốc kháng khuẩn như Silver Sulfadiazin 1%, Manfenid..., băng kín.

Hoặc che phủ bằng vật liệu thay thế da tạm thời lên nền tổn thương như da đồng loại, dị loại, màng sinh học... Băng gạc khô 5-7 lớp.

Chăm sóc thay băng sau phẫu thuật

Thay băng hàng ngày sau phẫu thuật

Nếu còn hoại tử sót lại có thể cắt lọc tiếp, làm sạch vết bỏng.

Khi có mô hạt đủ tiêu chuẩn ghép da thì tiến hành ghép da.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG**

**Toàn thân**

Theo dõi các biến chứng của gây mê: suy hô hấp, tụt huyết áp, nôn.xử trí bằng truyền dịch, nâng huyết áp, thở oxy, để đầu thấp nghiêng 1 bên, lau sạch đờm dãi.

Theo dõi tình trạng sốc do mất nhiều máu trong mổ: truyền máu kịp thời trong và sau mổ.

Đau nhiều sau phẫu thuật: cho thuốc giảm đau sau mổ 1 2 ngày.

**Tại chỗ**

Tình trạng chảy máu tại vùng mổ (máu thấm băng...): kê cao chân, băng ép bổ sung. Nếu không được: tiến hành mở băng, xác định điểm chảy máu và khâu, đốt cầm máu bổ sung.

Băng ép quá chặt: nới bớt băng.

Nhiễm khuẩn tại chỗ hoặc toàn thân nặng lên: sau cắt cần che phủ bằng vật liệu sinh học. Thay băng vô khuẩn, đắp thuốc kháng khuẩn tại chỗ và kháng sinh toàn thân theo kháng sinh đồ.

## **323. CẮT BỎ HOẠI TỬ TIẾP TUYẾN BỎNG SÂU DƯỚI 3% DIỆN TÍCH CƠ THỂ Ở TRẺ EM**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Cắt bỏ hoại tử theo phương pháp tiếp tuyến (hay phương pháp tiệm cận) là phương pháp loại bỏ hoại tử từng lớp đến tiếp giáp với phần mô lành của cơ thể.

Cắt bỏ hoại tử dưới 3% ở trẻ em vẫn đòi hỏi gây mê hồi sức đảm bảo. Đồng thời, phẫu thuât vẫn có nguy cơ như mất máu (có thể gây sốc mất máu). Do đó sau phẫu thuật đòi hỏi theo dõi chặt chẽ, nên có vật liệu che phủ ngay sau cắt, điều trị toàn thân tích cực (nâng đỡ cơ thể, kháng sinh...).

**II. CHỈ ĐỊNH**

Bỏng sâu độ IV (theo cách phân loại bỏng thành 5 độ bỏng)

Toàn trạng thoát sốc ổn định, các xét nghiệm trong giới hạn cho phép phẫu thuật.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Bỏng nông.

Sốc bỏng nặng hoặc toàn trạng không cho phép phẫu thuật.

Cơ sở điều trị không có đủ trang thiết bị phẫu thuật, hồi sức và kỹ thuật chuyên khoa.

**IV. CHUẨN BỊ**

**Người thực hiện**

Kíp phẫu thuật viên chuyên khoa bỏng (2 - 3 bác sỹ).

Kíp gây mê của phòng phẫu thuật (1 bác sỹ gây mê, 1 kỹ thuật viên phụ mê, 1 điều dưỡng vô trùng đưa dụng cụ, 1 điều dưỡng hữu trùng).

**Phương tiện**

Bộ dụng cụ cho cuộc mổ trung phẫu bỏng.

Dao chuyên dụng có định mức: Lagrot, Humby, Week...

Dự trù máu phù hợp để truyền trong và sau phẫu thuật.

**Người bệnh**

Tư vấn và giải thích để người bệnh, gia đình hiểu và cộng tác với chuyên môn.

**Chuẩn bị hồ sơ, bệnh án theo quy định.**

Thay băng, kiểm tra tổn thương và vệ sinh vùng phẫu thuật.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Chuẩn bị**

Tương tự cuộc phẫu thuật loại III vô khuẩn thông thường.

**2. Vô cảm:** gây mê.

**3. Kỹ thuật**

*Thì 1: xử trí vết thương trước khi cắt hoại tử:*

Thay băng, bộc lộ tổn thương theo quy định.

Chọn tư thế người bệnh phù hợp với vùng phẫu thuật.

Sát khuẩn vùng tổn thương bằng dung dịch PVP 10%, rửa lại bằng nước muối sinh lý. Thấm khô. Kiểm tra lại tổn thương.

Sát trùng vùng da lành xung quanh bằng cồn 700,

Trải vải vô trùng bộc lộ vùng phẫu thuật.

*Thì 2: cắt hoại tử kiểu tiếp tuyến dưới 3%*

Dùng dao chuyên dụng (Lagrot, Humby, Week..đặt mức chiều sâu phù hợp với lớp cắt. Cắt hoại tử từng lớp tới khi tiếp giáp với phần lành (xuất hiện các điểm chảy máu) thì dừng lại.

Cầm máu bằng đắp gạc tẩm adrenalin 1/200.000 hoặc đốt điện, hoặc khâu cầm máu kiểu chữ X (nếu cần).

Rửa lại nền vết thương sau cắt hoại tử bằng dung dịch PVP 3%.

Diện tích một lần phẫu thuật dưới 3% diện tích cơ thể.

*Thì 3: Che phủ nền tổn thương sau cắt:*

Đắp thuốc kháng khuẩn như Silver Sulfadiazin 1%, Manfenid..., băng kín.

Hoặc che phủ bằng vật liệu thay thế da tạm thời lên nền tổn thương như da đồng loại, dị loại, màng sinh học... Băng gạc khô 5-7 lớp.

Chăm sóc thay băng sau phẫu thuật

Thay băng hàng ngày sau phẫu thuật

Nếu còn hoại tử sót lại có thể cắt lọc tiếp, làm sạch vết bỏng.

Khi có mô hạt đủ tiêu chuẩn ghép da thì tiến hành ghép da.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG**

**Toàn thân**

Theo dõi các biến chứng của gây mê: suy hô hấp, tụt huyết áp, nôn.xử trí bằng truyền dịch, nâng huyết áp, thở oxy, để đầu thấp nghiêng 1 bên, lau sạch đờm dãi.

Theo dõi tình trạng sốc do mất nhiều máu trong mổ: truyền máu kịp thời trong và sau mổ.

Đau nhiều sau phẫu thuật: cho thuốc giảm đau sau mổ 1 2 ngày.

**Tại chỗ**

Tình trạng chảy máu tại vùng mổ (máu thấm băng...): kê cao chân, băng ép bổ sung. Nếu không được: tiến hành mở băng, xác định điểm chảy máu và khâu, đốt cầm máu bổ sung.

Băng ép quá chặt: nới bớt băng.

Nhiễm khuẩn tại chỗ hoặc toàn thân nặng lên: sau cắt cần che phủ bằng vật liệu sinh học. Thay băng vô khuẩn, đắp thuốc kháng khuẩn tại chỗ và kháng sinh toàn thân theo kháng sinh đồ

## **324. CẮT BỎ HOẠI TỬ TOÀN LỚP BỎNG SÂU TRÊN 5% DIỆN TÍCH CƠ THỂ Ở NGƯỜI LỚN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Cắt bỏ hoại tử theo phương pháp toàn lớp (hay phương pháp toàn bộ) là phương pháp loại bỏ toàn bộ hoại tử tới phần mô lành của cơ thể (thường đến nền cân).

Cắt bỏ hoại tử toàn lớp trên 5% là phẫu thuật lớn, đòi hỏi phẫu thuật viên có kinh nghiệm, gây mê hồi sức đảm bảo. Đồng thời, phẫu thuât cũng có nguy cơ như mất máu nhiều (có thể gây sốc mất máu), nguy cơ nhiễm khuẩn lan rộng do chủ động phá vỡ hàng rào bảo vệ tự nhiên. Do đó sau phẫu thuật đòi hỏi theo dõi chặt chẽ, nên có vật liệu che phủ ngay sau cắt, điều trị toàn thân tích cực (giải độc, nâng đỡ cơ thể, kháng sinh...).

**II. CHỈ ĐỊNH**

Bỏng độ IV, độ V hoặc các độ bỏng trên xen kẽ (phân loại 5 độ bỏng).

Toàn trạng thoát sốc ổn định, cho phép phẫu thuật, các xét nghiệm trong giới hạn cho phép phẫu thuật.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Bỏng nông.

Sốc bỏng nặng hoặc toàn trạng không cho phép phẫu thuật.

Cơ sở điều trị không có đủ trang thiết bị phẫu thuật, gây mê hồi sức và kỹ thuật chuyên khoa.

**IV. CHUẨN BỊ**

**Người thực hiện**

Kíp phẫu thuật viên chuyên khoa bỏng (23 bác sỹ).

Kíp gây mê của phòng phẫu thuật (1 bác sỹ gây mê, 1 kỹ thuật viên phụ mê, 1 điều dưỡng vô trùng đưa dụng cụ, 1 điều dưỡng hữu trùng).

**Phương tiện**

Bộ dụng cụ cho cuộc mổ đại phẫu bỏng.

Dao mổ thường, dao chuyên dụng có định mức: Lagrot, Humby, Week...

Dự trù máu phù hợp để truyền trong và sau phẫu thuật.

**Người bệnh**

Tư vấn và giải thích để người bệnh, gia đình hiểu và cộng tác với chuyên môn.

**Chuẩn bị hồ sơ, bệnh án theo quy định.**

Thay băng, kiểm tra tổn thương và vệ sinh vùng phẫu thuật.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Chuẩn bị**

Tương tự cuộc phẫu thuật vô khuẩn loại I thông thường.

**2. Vô cảm**

Gây mê hoặc tê khu vực phẫu thuật (theo quy trình riêng).

**3. Kỹ thuật**

*Thì 1: Thay băng, bộc lộ tổn thương theo quy định*

Chọn tư thế người bệnh phù hợp với vùng phẫu thuật.

Sát khuẩn vùng tổn thương bằng dung dịch PVP 10%, rửa lại bằng nước muối sinh lý.Thấm khô.

Sát khuẩn vùng da lành xung quanh bằng cồn 700.

Trải vải vô trùng bộc lộ vùng phẫu thuật.

*Thì 2: cắt hoại tử toàn lớp*

Dùng dao mổ thường hoặc dao mổ điện hoặc dao có định mức chiều sâu như lagrot cắt toàn bộ hoại tử tới phần lành.

Cắt hết hoại tử: độ IV cắt tới mỡ lành hoặc cân nông, độ V cắt tới cơ lành (chảy máu và co cơ), xương lành (rớm máu), gân lành (trong bóng) Kiểm tra lại nền tổn thương đã cắt hết hoại tử chưa.

Diện tích một lần phẫu thuật trên 5% diện tích cơ thể.

Cầm máu bằng đắp gạc tẩm adrenalin 1/200.000 hoặc đốt điện hay kẹp, thắt, buộc, khâu cầm máu kiểu chữ X (nếu tổn thương ở chi thể, có thể garô trên vùng phẫu thuật để hạn chế mất máu khi cắt hoại tử).

Rửa lại vết mổ bằng dung dịch PVP 3%, rửa lại bằng natri clorid 0,9%, thấm khô.

*Thì 3: che phủ nền tổn thương. Có thể áp dụng các biện pháp sau*

Ghép da mỏng tự thân hay da dày tự thân ngay sau cắt hoại tử (tùy theo tính chất của vùng tổn thương, tính chất nền ghép...): theo quy trình riêng.

Che phủ tạm thời bằng các vật liệu thay thế da (da đồng loại, trung bì da lợn, các màng sinh học.): theo quy trình riêng.

Bôi các thuốc kháng khuẩn tại chỗ, thay băng hàng ngày khi có mô hạt thì ghép da

Chăm sóc thay băng sau phẫu thuật

Thay băng hàng ngày sau phẫu thuật

Nếu còn hoại tử sót lại có thể cắt lọc tiếp, làm sạch vết bỏng.

Khi có mô hạt đủ tiêu chuẩn ghép da thì tiến hành ghép da.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG**

**Toàn thân**

Theo dõi các biến chứng của gây mê: suy hô hấp, tụt huyết áp, nôn.xử trí bằng truyền dịch, nâng huyết áp, thở oxy, để đầu thấp nghiêng 1 bên, lau sạch đờm dãi.

Theo dõi tình trạng sốc do mất nhiều máu trong mổ: truyền máu kịp thời trong và sau mổ.

Đau nhiều sau phẫu thuật: cho thuốc giảm đau sau mổ 1 2 ngày.

**Tại chỗ**

Tình trạng chảy máu tại vùng mổ (máu thấm băng.): kê cao chân, băng ép bổ sung. Nếu không được: tiến hành mở băng, \ác định điểm chảy máu và khâu, đốt cầm máu bổ sung.

Băng ép quá chặt: nới bớt băng.

Nhiễm khuẩn tại chỗ hoặc toàn thân nặng lên: sau cắt cần che phủ bằng vật liệu sinh học. Thay băng vô khuẩn, đắp thuốc kháng khuẩn tại chỗ và kháng sinh toàn thân theo kháng sinh đồ.

## **325. CẮT BỎ HOẠI TỬ TOÀN LỚP BỎNG SÂU TỪ 3% - 5% DIỆN TÍCH CƠ THỂ Ở NGƯỜI LỚN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Cắt bỏ hoại tử theo phương pháp toàn lớp (hay phương pháp toàn bộ) là phương pháp loại bỏ toàn bộ hoại tử tới phần mô lành của cơ thể.

Cắt bỏ hoại tử toàn lớp 3 - 5% là phẫu thuật lớn, đòi hỏi phẫu thuật viên có kinh nghiệm, gây mê hồi sức đảm bảo. Đồng thời, phẫu thuât cũng có nguy cơ như mất máu (có thể gây sốc mất máu), nguy cơ nhiễm khuẩn. Do đó sau phẫu thuật đòi hỏi theo dõi chặt chẽ, nên có vật liệu che phủ ngay sau cắt.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Bỏng độ IV, độ V hoặc các độ bỏng trên xen kẽ (phân loại 5 độ bỏng).

Toàn trạng thoát sốc ổn định, cho phép phẫu thuật, các xét nghiệm trong giới hạn cho phép phẫu thuật.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Bỏng nông.

Sốc bỏng nặng hoặc toàn trạng không cho phép phẫu thuật.

Cơ sở điều trị không có đủ trang thiết bị phẫu thuật, gây mê hồi sức và kỹ thuật chuyên khoa.

**IV. CHUẨN BỊ**

**Người thực hiện**

Kíp phẫu thuật viên chuyên khoa bỏng (2 - 3 bác sỹ).

Kíp gây mê của phòng phẫu thuật (1 bác sỹ gây mê, 1 kỹ thuật viên phụ mê, 1 điều dưỡng vô trùng đưa dụng cụ, 1 điều dưỡng hữu trùng).

**Phương tiện**

Bộ dụng cụ cho cuộc mổ đại phẫu hoặc trung phẫu bỏng.

Dao mổ thường, dao chuyên dụng có định mức: Lagrot, Humby, Week...

Dự trù máu phù hợp để truyền trong và sau phẫu thuật.

Người bệnh

Tư vấn và giải thích để người bệnh, gia đình hiểu và cộng tác với chuyên môn.

**Chuẩn bị hồ sơ, bệnh án theo quy định.**

Thay băng, kiểm tra tổn thương và vệ sinh vùng phẫu thuật.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Chuẩn bị**

Tương tự cuộc phẫu thuật vô khuẩn loại II thông thường.

**2. Vô cảm:**

Gây mê hoặc tê khu vực phẫu thuật (theo quy trình riêng).

**3. Kỹ thuật**

*Thì 1: Thay băng, bộc lộ tổn thương theo quy định*

Chọn tư thế người bệnh phù hợp với vùng phẫu thuật.

Sát khuẩn vùng tổn thương bằng dung dịch PVP 10%, rửa lại bằng nước muối sinh lý.Thấm khô.

Sát khuẩn vùng da lành xung quanh bằng cồn 700 .

Trải vải vô trùng bộc lộ vùng phẫu thuật.

*Thì 2: cắt hoại tử toàn lớp*

Dùng dao mổ thường hoặc dao mổ điện hoặc dao có định mức chiều sâu như lagrot cắt toàn bộ hoại tử tới phần lành.

Cắt hết hoại tử: độ IV cắt tới mỡ lành hoặc cân nông, độ V cắt tới cơ lành (chảy máu và co cơ), xương lành (rớm máu), gân lành (trong bóng). Kiểm tra lại nền tổn thương đã cắt hết hoại tử chưa.

Diện tích một lần phẫu thuật 3 5% diện tích cơ thể.

Cầm máu bằng đắp gạc tẩm adrenalin 1/200.000 hoặc đốt điện hay kẹp, thắt, buộc, khâu cầm máu kiểu chữ X (nếu tổn thương ở chi thể, có thể garô trên vùng phẫu thuật để hạn chế mất máu khi cắt hoại tử).

Rửa lại vết mổ bằng dung dịch PVP 3%, rửa lại bằng natri clorid 0,9%, thấm khô.

*Thì 3: che phủ nền tổn thương. Có thể áp dụng các biện pháp sau:*

Ghép da mỏng tự thân hay da dày tự thân ngay sau cắt hoại tử (tùy theo tính chất của vùng tổn thương, tính chất nền ghép...): theo quy trình riêng.

Che phủ tạm thời bằng các vật liệu thay thế da (da đồng loại, trung bì da lợn, các màng sinh học.): theo quy trình riêng.

Bôi các thuốc kháng khuẩn tại chỗ, thay băng hàng ngày khi có mô hạt thì ghép da

Chăm sóc thay băng sau phẫu thuật

Thay băng hàng ngày sau phẫu thuật

Nếu còn hoại tử sót lại có thể cắt lọc tiếp, làm sạch vết bỏng.

Khi có mô hạt đủ tiêu chuẩn ghép da thì tiến hành ghép da.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG**

**Toàn thân**

Theo dõi các biến chứng của gây mê: suy hô hấp, tụt huyết áp, nôn.xử trí bằng truyền dịch, nâng huyết áp, thở oxy, để đầu thấp nghiêng 1 bên, lau sạch đờm dãi.

Theo dõi tình trạng sốc do mất nhiều máu trong mổ: truyền máu kịp thời trong và sau mổ.

Đau nhiều sau phẫu thuật: cho thuốc giảm đau sau mổ 1 2 ngày.

**Tại chỗ**

Tình trạng chảy máu tại vùng mổ (máu thấm băng...): kê cao chân, băng ép bổ sung. Nếu không được: tiến hành mở băng, xác định điểm chảy máu và khâu, đốt cầm máu bổ sung.

Băng ép quá chặt: nới bớt băng.

Nhiễm khuẩn tại chỗ hoặc toàn thân nặng lên: sau cắt cần che phủ bằng vật liệu sinh học. Thay băng vô khuẩn, đắp thuốc kháng khuẩn tại chỗ và kháng sinh toàn thân theo kháng sinh đồ.

## **326. CẮT BỎ HOẠI TỬ TOÀN LỚP BỎNG SÂU DƯỚI 3% DIỆN TÍCH CƠ THỂ Ở NGƯỜI LỚN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Cắt bỏ hoại tử theo phương pháp toàn lớp (hay phương pháp toàn bộ) là phương pháp loại bỏ toàn bộ hoại tử tới phần mô lành của cơ thể.

Cắt bỏ hoại tử toàn lớp dưới 3% là phẫu thuật cũng có nguy cơ như mất máu (có thể gây sốc mất máu), nguy cơ nhiễm khuẩn. Do đó sau phẫu thuật đòi hỏi theo dõi chặt chẽ, nên có vật liệu che phủ ngay sau cắt.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Bỏng độ IV, độ V hoặc các độ bỏng trên xen kẽ (phân loại 5 độ bỏng).

Toàn trạng thoát sốc ổn định, cho phép phẫu thuật, các xét nghiệm trong giới hạn cho phép phẫu thuật.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Bỏng nông.

Sốc bỏng nặng hoặc toàn trạng không cho phép phẫu thuật.

Cơ sở điều trị không có đủ trang thiết bị phẫu thuật, hồi sức và kỹ thuật chuyên khoa.

**IV. CHUẨN BỊ**

**Người thực hiện**

Kíp phẫu thuật viên chuyên khoa bỏng (2 - 3 bác sỹ).

Kíp gây mê của phòng phẫu thuật (1 bác sỹ gây mê, 1 kỹ thuật viên phụ mê, 1 điều dưỡng vô trùng đưa dụng cụ, 1 điều dưỡng hữu trùng).

**Phương tiện**

Bộ dụng cụ cho cuộc mổ đại phẫu hoặc trung phẫu bỏng.

Dao mổ thường, dao chuyên dụng có định mức: Lagrot, Humby, Week...

Dự trù máu phù hợp để truyền trong và sau phẫu thuật (nếu cần).

**Người bệnh**

Tư vấn và giải thích để người bệnh, gia đình hiểu và cộng tác với chuyên môn.

Chuẩn bị hồ sơ, bệnh án theo quy định.

Thay băng, kiểm tra tổn thương và vệ sinh vùng phẫu thuật.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Chuẩn bị**

Tương tự cuộc phẫu thuật vô khuẩn loại III thông thường.

**2. Vô cảm:**

Gây mê hoặc tê khu vực phẫu thuật (theo quy trình riêng).

**3. Kỹ thuật**

*Thì 1: Thay băng, bộc lộ tổn thương theo quy định*

Chọn tư thế người bệnh phù hợp với vùng phẫu thuật.

Sát khuẩn vùng tổn thương bằng dung dịch PVP 10%, rửa lại bằng nước muối sinh lý. Thấm khô.

Sát khuẩn vùng da lành xung quanh bằng cồn 700.

Trải vải vô trùng bộc lộ vùng phẫu thuật.

*Thì 2: cắt hoại tử toàn lớp*

Dùng dao mổ thường hoặc dao mổ điện hoặc dao có định mức chiều sâu như lagrot cắt toàn bộ hoại tử tới phần lành.

Cắt hết hoại tử: độ IV cắt tới mỡ lành hoặc cân nông, độ V cắt tới cơ lành (chảy máu và co cơ), xương lành (rớm máu), gân lành (trong bóng) Kiểm tra lại

nền tổn thương đã cắt hết hoại tử chưa.

Diện tích một lần phẫu thuật dưới 3% diện tích cơ thể.

Cầm máu bằng đắp gạc tẩm adrenalin 1/200.000 hoặc đốt điện hay kẹp, thắt, buộc, khâu cầm máu kiểu chữ X (nếu tổn thương ở chi thể, có thể garô trên vùng phẫu thuật để hạn chế mất máu khi cắt hoại tử).

Rửa lại vết mổ bằng dung dịch PVP 3%, rửa lại bằng natri clorid 0,9%, thấm khô.

*Thì 3: che phủ nền tổn thương. Có thể áp dụng các biện pháp sau*

Ghép da mỏng tự thân hay da dày tự thân ngay sau cắt hoại tử (tùy theo tính chất của vùng tổn thương, tính chất nền ghép...): theo quy trình riêng.

Che phủ tạm thời bằng các vật liệu thay thế da (da đồng loại, trung bì da lợn, các màng sinh học.): theo quy trình riêng.

Bôi các thuốc kháng khuẩn tại chỗ, thay băng hàng ngày khi có mô hạt thì ghép da.

Chăm sóc thay băng sau phẫu thuật

Thay băng hàng ngày sau phẫu thuật

Nếu còn hoại tử sót lại có thể cắt lọc tiếp, làm sạch vết bỏng.

Khi có mô hạt đủ tiêu chuẩn ghép da thì tiến hành ghép da.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG**

**Toàn thân**

Theo dõi các biến chứng của gây mê: suy hô hấp, tụt huyết áp, nôn.xử trí bằng truyền dịch, nâng huyết áp, thở oxy, để đầu thấp nghiêng 1 bên, lau sạch đờm dãi.

Theo dõi tình trạng sốc do mất nhiều máu trong mổ: truyền máu kịp thời trong và sau mổ.

Đau nhiều sau phẫu thuật: cho thuốc giảm đau sau mổ 1 2 ngày.

**Tại chỗ**

Tình trạng chảy máu tại vùng mổ (máu thấm băng...): kê cao chân, băng ép bổ sung. Nếu không được: tiến hành mở băng, xác định điểm chảy máu và khâu, đốt cầm máu bổ sung.

Băng ép quá chặt: nới bớt băng.

Nhiễm khuẩn tại chỗ hoặc toàn thân nặng lên: sau cắt cần che phủ bằng vật liệu sinh học. Thay băng vô khuẩn, đắp thuốc kháng khuẩn tại chỗ và kháng sinh toàn thân theo kháng sinh đồ.

## **327. CẮT BỎ HOẠI TỬ TOÀN LỚP BỎNG SÂU TRÊN 3% DIỆN TÍCH CƠ THỂ Ở TRẺ EM**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Cắt bỏ hoại tử theo phương pháp toàn lớp (hay phương pháp toàn bộ) là phương pháp loại bỏ toàn bộ hoại tử tới phần mô lành của cơ thể (thường đến nền cân).

Cắt bỏ hoại tử toàn lớp trên 3% ở trẻ em là phẫu thuật lớn, đòi hỏi phẫu thuật viên có kinh nghiệm, gây mê hồi sức đảm bảo. Đồng thời, phẫu thuât cũng có nguy cơ như mất máu nhiều (có thể gây sốc mất máu), nguy cơ nhiễm khuẩn lan rộng do chủ động phá vỡ hàng rào bảo vệ tự nhiên. Do đó sau phẫu thuật đòi hỏi theo dõi chặt chẽ, nên có vật liệu che phủ ngay sau cắt, điều trị toàn thân tích cực (giải độc, nâng đỡ cơ thể, kháng sinh...).

**II. CHỈ ĐỊNH**

Bỏng độ IV, độ V hoặc các độ bỏng trên xen kẽ (phân loại 5 độ bỏng).

Toàn trạng thoát sốc ổn định, cho phép phẫu thuật, các xét nghiệm trong giới hạn cho phép phẫu thuật.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Bỏng nông.

Sốc bỏng nặng hoặc toàn trạng không cho phép phẫu thuật.

Cơ sở điều trị không có đủ trang thiết bị phẫu thuật, gây mê hồi sức và kỹ thuật chuyên khoa.

**IV. CHUẨN BỊ**

**Người thực hiện**

Kíp phẫu thuật viên chuyên khoa bỏng (2 - 3 bác sỹ).

Kíp gây mê của phòng phẫu thuật (1 bác sỹ gây mê, 1 kỹ thuật viên phụ mê, 1 điều dưỡng vô trùng đưa dụng cụ, 1 điều dưỡng hữu trùng).

**Phương tiện**

Bộ dụng cụ cho cuộc mổ đại phẫu bỏng.

Dao mổ thường, dao chuyên dụng có định mức: Lagrot, Humby, Week...

Dự trù máu phù hợp để truyền trong và sau phẫu thuật.

**Người bệnh**

Tư vấn và giải thích để người bệnh, gia đình hiểu và cộng tác với chuyên môn.

**Chuẩn bị hồ sơ, bệnh án theo quy định.**

Thay băng, kiểm tra tổn thương và vệ sinh vùng phẫu thuật.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Chuẩn bị**

Tương tự cuộc phẫu thuật vô khuẩn loại I thông thường.

**2. Vô cảm:** gây mê (theo quy trình riêng).

**3. Kỹ thuật**

Thì 1: Thay băng, bộc lộ tổn thương theo quy định

Chọn tư thế người bệnh phù hợp với vùng phẫu thuật.

Sát khuẩn vùng tổn thương bằng dung dịch PVP 10%, rửa lại bằng nước muối sinh lý. Thấm khô.

Sát khuẩn vùng da lành xung quanh bằng cồn 700.

Trải vải vô trùng bộc lộ vùng phẫu thuật.

*Thì 2: cắt hoại tử toàn lớp*

Dùng dao mổ thường hoặc dao mổ điện hoặc dao có định mức chiều sâu như lagrot cắt toàn bộ hoại tử tới phần lành.

Cắt hết hoại tử: độ IV cắt tới mỡ lành hoặc cân nông, độ V cắt tới cơ lành (chảy máu và co cơ), xương lành (rớm máu), gân lành (trong bóng) Kiểm tra lại nền tổn thương đã cắt hết hoại tử chưa.

Diện tích một lần phẫu thuật trên 3% diện tích cơ thể.

Cầm máu bằng đắp gạc tẩm adrenalin 1/200.000 hoặc đốt điện hay kẹp, thắt, buộc, khâu cầm máu kiểu chữ X (nếu tổn thương ở chi thể, có thể garô trên vùng phẫu thuật để hạn chế mất máu khi cắt hoại tử).

Rửa lại vết mổ bằng dung dịch PVP 3%, rửa lại bằng natri clorid 0,9%, thấm khô.

*Thì 3: che phủ nền tổn thương. Có thể áp dụng các biện pháp sau*

Ghép da mỏng tự thân hay da dày tự thân ngay sau cắt hoại tử (tùy theo tính chất của vùng tổn thương, tính chất nền ghép...): theo quy trình riêng.

Che phủ tạm thời bằng các vật liệu thay thế da (da đồng loại, trung bì da lợn, các màng sinh học.): theo quy trình riêng.

Bôi các thuốc kháng khuẩn tại chỗ, thay băng hàng ngày khi có mô hạt thì ghép da

Chăm sóc thay băng sau phẫu thuật

Thay băng hàng ngày sau phẫu thuật

Nếu còn hoại tử sót lại có thể cắt lọc tiếp, làm sạch vết bỏng.

Khi có mô hạt đủ tiêu chuẩn ghép da thì tiến hành ghép da.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG**

**Toàn thân**

Theo dõi các biến chứng của gây mê: suy hô hấp, tụt huyết áp, nôn... xử trí bằng truyền dịch, nâng huyết áp, thở oxy, để đầu thấp nghiêng 1 bên, lau sạch đờm dãi.

Theo dõi tình trạng sốc do mất nhiều máu trong mổ: truyền máu kịp thời trong và sau mổ.

Đau nhiều sau phẫu thuật: cho thuốc giảm đau sau mổ 1 2 ngày.

**Tại chỗ**

Tình trạng chảy máu tại vùng mổ (máu thấm băng.): kê cao chân, băng ép bổ sung. Nếu không được: tiến hành mở băng, xác định điểm chảy máu và khâu, đốt cầm máu bổ sung.

Băng ép quá chặt: nới bớt băng.

Nhiễm khuẩn tại chỗ hoặc toàn thân nặng lên: sau cắt cần che phủ bằng vật liệu sinh học. Thay băng vô khuẩn, đắp thuốc kháng khuẩn tại chỗ và kháng sinh toàn thân theo kháng sinh đồ.

## **328. CẮT BỎ HOẠI TỬ TOÀN LỚP BỎNG SÂU TỪ 1% - 3% DIỆN TÍCH CƠ THỂ Ở TRẺ EM**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Cắt bỏ hoại tử theo phương pháp toàn lớp (hay phương pháp toàn bộ) là phương pháp loại bỏ toàn bộ hoại tử tới phần mô lành của cơ thể.

Cắt bỏ hoại tử toàn lớp từ 1 - 3% diện tích cơ thể ở trẻ em là phẫu thuật lớn, đòi hỏi phẫu thuật viên có kinh nghiệm, gây mê hồi sức đảm bảo. Đồng thời, phẫu thuật cũng có nguy cơ như mất máu (có thể gây sốc mất máu), nguy cơ nhiễm khuẩn. Do đó sau phẫu thuật đòi hỏi theo dõi chặt chẽ, nên có vật liệu che phủ ngay sau cắt.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Bỏng độ IV, độ V hoặc các độ bỏng trên xen kẽ (phân loại 5 độ bỏng).

Toàn trạng thoát sốc ổn định, cho phép phẫu thuật, các xét nghiệm trong giới hạn cho phép phẫu thuật.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Bỏng nông.

Sốc bỏng nặng hoặc toàn trạng không cho phép phẫu thuật.

Cơ sở điều trị không có đủ trang thiết bị phẫu thuật, gây mê hồi sức và kỹ thuật chuyên khoa.

**IV. CHUẨN BỊ**

**Người thực hiện**

Kíp phẫu thuật viên chuyên khoa bỏng (2 - 3 bác sỹ).

Kíp gây mê của phòng phẫu thuật (1 bác sỹ gây mê, 1 kỹ thuật viên phụ mê, 1 điều dưỡng vô trùng đưa dụng cụ, 1 điều dưỡng hữu trùng).

**Phương tiện**

Bộ dụng cụ cho cuộc mổ đại phẫu hoặc trung phẫu bỏng.

Dao mổ thường, dao chuyên dụng có định mức: Lagrot, Humby, Week...

Dự trù máu phù hợp để truyền trong và sau phẫu thuật.

**Người bệnh**

Tư vấn và giải thích để người bệnh, gia đình hiểu và cộng tác với chuyên môn.

**Chuẩn bị hồ sơ, bệnh án theo quy định.**

Thay băng, kiểm tra tổn thương và vệ sinh vùng phẫu thuật.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Chuẩn bị**

Tương tự cuộc phẫu thuật vô khuẩn loại II thông thường.

**2. Vô cảm**

Gây mê hoặc tê khu vực phẫu thuật (theo quy trình riêng).

**3. Kỹ thuật**

*Thì 1: Thay băng, bộc lộ tổn thương theo quy định*

Chọn tư thế người bệnh phù hợp với vùng phẫu thuật.

Sát khuẩn vùng tổn thương bằng dung dịch PVP 10%, rửa lại bằng nước muối sinh lý. Thấm khô.

Sát khuẩn vùng da lành xung quanh bằng cồn 700.

Trải vải vô trùng bộc lộ vùng phẫu thuật.

*Thì 2: cắt hoại tử toàn lớp*

Dùng dao mổ thường hoặc dao mổ điện hoặc dao có định mức chiều sâu như lagrot cắt toàn bộ hoại tử tới phần lành.

Cắt hết hoại tử: độ IV cắt tới mỡ lành hoặc cân nông, độ V cắt tới cơ lành (chảy máu và co cơ), xương lành (rớm máu), gân lành (trong bóng) Kiểm tra lại nền tổn thương đã cắt hết hoại tử chưa.

Diện tích một lần phẫu thuật 13% diện tích cơ thể.

Cầm máu bằng đắp gạc tẩm adrenalin 1/200.000 hoặc đốt điện hay kẹp, thắt, buộc, khâu cầm máu kiểu chữ X (nếu tổn thương ở chi thể, có thể garô trên vùng phẫu thuật để hạn chế mất máu khi cắt hoại tử).

Rửa lại vết mổ bằng dung dịch PVP 3%, rửa lại bằng natri clorid 0,9%, thấm khô.

*Thì 3: che phủ nền tổn thương. Có thể áp dụng các biện pháp sau*

Ghép da mỏng tự thân hay da dày tự thân ngay sau cắt hoại tử (tùy theo tính chất của vùng tổn thương, tính chất nền ghép...): theo quy trình riêng.

Che phủ tạm thời bằng các vật liệu thay thế da (da đồng loại, trung bì da lợn, các màng sinh học.): theo quy trình riêng.

Bôi các thuốc kháng khuẩn tại chỗ, thay băng hàng ngày khi có mô hạt thì ghép da

Chăm sóc thay băng sau phẫu thuật

Thay băng hàng ngày sau phẫu thuật

Nếu còn hoại tử sót lại có thể cắt lọc tiếp, làm sạch vết bỏng.

Khi có mô hạt đủ tiêu chuẩn ghép da thì tiến hành ghép da.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG**

**Toàn thân**

Theo dõi các biến chứng của gây mê: suy hô hấp, tụt huyết áp, nôn.xử trí bằng truyền dịch, nâng huyết áp, thở oxy, để đầu thấp nghiêng 1 bên, lau sạch đờm dãi.

Theo dõi tình trạng sốc do mất nhiều máu trong mổ: truyền máu kịp thời trong và sau mổ.

Đau nhiều sau phẫu thuật: cho thuốc giảm đau sau mổ 1 2 ngày.

**Tại chỗ**

Tình trạng chảy máu tại vùng mổ (máu thấm băng...): kê cao chân, băng ép bổ sung. Nếu không được: tiến hành mở băng, xác định điểm chảy máu và khâu, đốt cầm máu bổ sung.

Băng ép quá chặt: nới bớt băng.

Nhiễm khuẩn tại chỗ hoặc toàn thân nặng lên: sau cắt cần che phủ bằng vật liệu sinh học. Thay băng vô khuẩn, đắp thuốc kháng khuẩn tại chỗ và kháng sinh toàn thân theo kháng sinh đồ.

## **329. CẮT BỎ HOẠI TỬ TOÀN LỚP BỎNG SÂU DƯỚI 1% DIỆN TÍCH CƠ THỂ Ở TRẺ EM**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Cắt bỏ hoại tử theo phương pháp toàn lớp (hay phương pháp toàn bộ) là phương pháp loại bỏ toàn bộ hoại tử tới phần mô lành của cơ thể.

Cắt bỏ hoại tử toàn lớp dưới 1% ở trẻ em là phẫu thuật cũng có nguy cơ như mất máu, nguy cơ nhiễm khuẩn. Do đó sau phẫu thuật đòi hỏi theo dõi chặt chẽ, nên có vật liệu che phủ ngay sau cắt.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Bỏng độ IV, độ V hoặc các độ bỏng trên xen kẽ (phân loại 5 độ bỏng).

Toàn trạng thoát sốc ổn định, cho phép phẫu thuật, các xét nghiệm trong giới hạn cho phép phẫu thuật.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Bỏng nông.

Sốc bỏng nặng hoặc toàn trạng không cho phép phẫu thuật.

Cơ sở điều trị không có đủ trang thiết bị phẫu thuật, hồi sức và kỹ thuật chuyên khoa.

**IV. CHUẨN BỊ**

**Người thực hiện**

Kíp phẫu thuật viên chuyên khoa bỏng (2 - 3 bác sỹ).

Kíp gây mê của phòng phẫu thuật (1 bác sỹ gây mê, 1 kỹ thuật viên phụ mê, 1 điều dưỡng vô trùng đưa dụng cụ, 1 điều dưỡng hữu trùng).

**Phương tiện**

Bộ dụng cụ cho cuộc mổ trung phẫu bỏng.

Dao mổ thường, dao chuyên dụng có định mức: Lagrot, Humby, Week...

Dự trù máu phù hợp để truyền trong và sau phẫu thuật (nếu cần).

**Người bệnh**

Tư vấn và giải thích để người bệnh, gia đình hiểu và cộng tác với chuyên môn.

**Chuẩn bị hồ sơ, bệnh án theo quy định.**

Thay băng, kiểm tra tổn thương và vệ sinh vùng phẫu thuật.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Chuẩn bị**

Tương tự cuộc phẫu thuật vô khuẩn loại III thông thường.

**2. Vô cảm**

Gây mê hoặc tê khu vực phẫu thuật (theo quy trình riêng).

**3. Kỹ thuật**

*Thì 1: Thay băng, bộc lộ tổn thương theo quy định*

Chọn tư thế người bệnh phù hợp với vùng phẫu thuật.

Sát khuẩn vùng tổn thương bằng dung dịch PVP 10%, rửa lại bằng nước muối sinh lý. Thấm khô.

Sát khuẩn vùng da lành xung quanh bằng cồn 700.

Trải vải vô trùng bộc lộ vùng phẫu thuật.

*Thì 2: cắt hoại tử toàn lớp*

Dùng dao mổ thường hoặc dao mổ điện hoặc dao có định mức chiều sâu như lagrot cắt toàn bộ hoại tử tới phần lành.

Cắt hết hoại tử: độ IV cắt tới mỡ lành hoặc cân nông, độ V cắt tới cơ lành (chảy máu và co cơ), xương lành (rớm máu), gân lành (trong bóng) Kiểm tra lạinền tổn thương đã cắt hết hoại tử chưa.

Diện tích một lần phẫu thuật dưới 1% diện tích cơ thể.

Cầm máu bằng đắp gạc tẩm adrenalin 1/200.000 hoặc đốt điện hay kẹp, thắt, buộc, khâu cầm máu kiểu chữ X (nếu tổn thương ở chi thể, có thể garô trên vùng phẫu thuật để hạn chế mất máu khi cắt hoại tử).

Rửa lại vết mổ bằng dung dịch PVP 3%, rửa lại bằng natri clorid 0,9%, thấm khô.

*Thì 3: che phủ nền tổn thương. Có thể áp dụng các biện pháp sau*

Ghép da mỏng tự thân hay da dày tự thân ngay sau cắt hoại tử (tùy theo tính chất của vùng tổn thương, tính chất nền ghép...): theo quy trình riêng.

Che phủ tạm thời bằng các vật liệu thay thế da (da đồng loại, trung bì da lợn, các màng sinh học.): theo quy trình riêng.

Bôi các thuốc kháng khuẩn tại chỗ, thay băng hàng ngày khi có mô hạt thì ghép da

Chăm sóc thay băng sau phẫu thuật

Thay băng hàng ngày sau phẫu thuật

Nếu còn hoại tử sót lại có thể cắt lọc tiếp, làm sạch vết bỏng.

Khi có mô hạt đủ tiêu chuẩn ghép da thì tiến hành ghép da.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG**

**Toàn thân**

Theo dõi các biến chứng của gây mê: suy hô hấp, tụt huyết áp, nôn.xử trí bằng truyền dịch, nâng huyết áp, thở oxy, để đầu thấp nghiêng 1 bên, lau sạch đờm dãi.

Theo dõi tình trạng sốc do mất nhiều máu trong mổ: truyền máu kịp thời trong và sau mổ.

Đau nhiều sau phẫu thuật: cho thuốc giảm đau sau mổ 1 2 ngày.

**Tại chỗ**

Tình trạng chảy máu tại vùng mổ (máu thấm băng...): kê cao chân, băng ép bổ sung. Nếu không được: tiến hành mở băng, xác định điểm chảy máu và khâu, đốt cầm máu bổ sung.

Băng ép quá chặt: nới bớt băng.

Nhiễm khuẩn tại chỗ hoặc toàn thân nặng lên: sau cắt cần che phủ bằng vật liệu sinh học. Thay băng vô khuẩn, đắp thuốc kháng khuẩn tại chỗ và kháng sinh toàn thân theo kháng sinh đồ.

## **330. GHÉP DA TỰ THÂN MẢNH LỚN TỪ 5% - 10% DIỆN TÍCH CƠ THỂ Ở NGƯỜI LỚN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Ghép da tự thân mảnh lớn là ghép da mà độ dày trung bình của mảnh da ghép là 0,2 - 0,3 mm với người trưởng thành (tương ứng với phần biểu bì và một phần trung bì) . Hình thái mảnh da ghép là mảnh lớn (để cả mảnh lớn theo kích thước khi lấy da, chỉ rạch các lỗ thoát dịch).

Các mảnh da ghép này những ngày đầu sẽ bám sống theo cơ chế thẩm thấu các dưỡng chất từ nền ghép, sau đó sống nhờ hình thành các mao mạch máu tân tạo phía dưới từ nền ghép.

Ghép da mảnh lớn 5 - 10% diện tích cơ thể là phẫu thuật lớn, tổn khuyết vùng lấy da với diện tích cũng gần tương đương, có nguy cơ mất máu, đau đớn, nhiễm khuẩn... Do vậy đòi hỏi phẫu thuật viên có kinh nghiệm, công tác gây mê hồi sức, theo dõi sau mổ chặt chẽ.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Phẫu thuật tiến hành khi đáp ứng đồng thời các yêu cầu sau:

Nền ghép đủ tiêu chuẩn cho ghép da:

Nếu ghép lên nền tổn thương bỏng sâu sau khi đã cắt bỏ hoại tử bỏng đến mô lành (ghép da ngay sau cắt bỏ hoại tử): cân nông, bao cơ lành .nền sạch, bảo đảm hết hoại tử; không chảy máu nhiều.

Nếu ghép lên nền mô hạt (khi hoại tử bỏng sâu được cắt lọc hoặc tự rụng, hình thành mô hạt): mô hạt đỏ, sạch không còn hoại tử, phẳng, rớm máu nhẹ; mật độ vi khuẩn thấp (thường < 105 vi khuẩn/cm2 bề mặt mô hạt).

Ưu tiên áp dụng cho các vùng khuyết tổn có liên quan tới chức năng vận động (khớp, nếp gấp.) và thẩm mỹ (mặt, cổ, vùng hở.).

Thường sử dụng trong các trường hợp mà người bệnh còn nhiều diện tích da lành để lấy da.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Nền ghép không bảo đảm: còn hoại tử; nhiễm khuẩn (cấy khuẩn số lượng vi khuẩn trên 106/g mô), chảy máu.

Nền tổn thương là gân; xương hoại tử và các hốc tự nhiên.

Chống chỉ định tương đối: Khi người bệnh có diện tích bỏng sâu lớn, thiếu hụt nguồn da lành tự thân.

**IV. CHUẨN BỊ**

**Người thực hiện**

Phẫu thuật viên là bác sỹ chuyên khoa bỏng, kíp phẫu thuật: 3 bác sỹ

Kíp vô cảm: 1 bác sỹ gây mê, 1 y tá phụ mê, 1 y tá vô trùng, 1 y tá hữu trùng.

**Phương tiện**

Tiến hành tại phòng mổ. Trang thiết bị đảm bảo cuộc mổ như: bộ đại phẫu, dao mổ và lưỡi dao lagrot, dao lấy da điện (nếu có).

**Người bệnh**

Hồ sơ bệnh án theo quy định cho một cuộc mổ.

Giải thích để người bệnh và gia đình hiểu và công tác với chuyên môn

Vệ sinh toàn thân. Người bệnh cần nhịn ăn trước cuộc mổ từ 46 giờ. Nếu người bệnh quá lo lắng: có thể cho an thần nhẹ (seduxen, rotunda...) đêm trước mổ.

Chuẩn bị vùng lấy da: tắm sạch sẽ, cạo lông vùng lấy da. Nên lấy da tại các vị trí ít ảnh hưởng thẩm mỹ như mặt ngoài đùi, mặt trong cánh tay. Có thể lấy da ở cẳng chân, cánh tay, cẳng tay, bụng, lưng, da đầu đã cạo tóc.

Kiểm tra lại toàn trạng người bệnh (mạch, nhiệt độ, huyết áp...) trước mổ.

Chuẩn bị nền ghép: thay băng sạch sẽ vùng tổn thương sẽ ghép da trước khi đi mổ. Nếu tình trạng người bệnh nặng: tiến hành thay băng dưới gây mê ngay tại phòng mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Chuẩn bị**

Tương tự cuộc phẫu thuật vô khuẩn loại II thông thường.

**2. Vô cảm:**

Gây mê (tĩnh mạch, nội khí quản) theo quy trình riêng.

**3. Thực hiện kỹ thuật**

*Thì 1: Lấy da và xử trí mảnh da mỏng*

Sát khuẩn vùng lấy da bằng dung dịch PVP 10% , sau đó sát trùng lại bằng cồn 700. Trải xăng vô khuẩn, bộc lộ vùng lấy da.

Vùng lấy da: Với vùng lấy da khó tạo được mặt phẳng khi lấy da: bơm dung dịch natri clorid 0,9% cho căng đều. Có thể bơm dưới da dung dịch adrenalin nồng độ 1/200.000 (hạn chế chảy máu vùng cho da).

Bôi vaselin một lớp mỏng lên vùng lấy da và lên lưỡi dao lấy da.

Người phụ căng đều vùng lấy da tạo một mặt phẳng tương đối, thuận tiện cho phẫu thuật viên. Tiến hành lấy da mỏng 0,15 0,2 mm bằng dao lấy da có định mức (có thể bằng dao điện hoặc dao lấy da bằng tay). Diện tích lấy da được xác định tùy theo diện tích che phủ (từ 510% diện tích cơ thể).

Xử trí mảnh da: dùng mũi lưỡi dao mổ rạch các lỗ thoát dịch ở mảnh da (kiểu mắt sàng); ngâm mảnh da vào dung dịch nước muối sinh lý 0,9%, có thể pha lẫn kháng sinh, để nguyên cả tấm da kích thước lớn như vừa lấy.

Xử trí vùng lấy da:

Thấm khô vùng lấy da.

Đắp lớp gạc vaselin, thấm khô. Xếp 46 lớp gạc khô kiểu lợp ngói, băng ép vừa phải.

Nếu có các vật liệu thay thế da tạm thời (trung bì da lợn; tấm nguyên bào sợi nuôi cấy; các vật liệu tổng họp...) thì đắp bằng các tấm vật liệu đó rồi đắp một lớp gạc vaseline phủ lên sau đó đắp gạc khô băng kín như trên.

*Thì 2: Xử trí nền ghép*

Rửa sạch nền tổn thương (nền bỏng sâu sau cắt bỏ hoại tử hoặc mô hạt) bằng dung dịch PVP 3% và nước muối sinh lý. Lấy bỏ hết máu tụ, giả mạc, hoại tử, thấm khô và đắp bằng gạc ẩm tẩm nước muối sinh lý.

*Thì 3: Ghép da*

Đặt các mảnh da kích thước lớn lên nền ghép, dàn đều mảnh da sao cho các mảnh da bám sát vào nề ghép.

Gạt bỏ không đưọc để dịch hay khí ứ đọng dưới các mảnh da ghép.

Có thể cố định mảnh da ghép vào nền ghép bằng dụng cụ găm da hay các mối khâu rời.

Đặt gạc tẩm một trong các dung dịch kháng khuẩn sau lên vùng đã ghép da: dung dịch berberin, dung dịch PVP 3% hay dung dịch tẩm kháng sinh penicilin.

Sau đó đặt 1 lớp gạc vaselin và cuối cùng là 46 lớp gạc khô kiểu lọp ngói từ dưới lên trên.

Băng ép vừa phải với áp lực khoảng 2830 mm Hg.

**VI. CHĂM SÓC, THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**Toàn thân**

Theo dõi các biến chứng của gây mê: suy hô hấp, tụt huyết áp, nôn.xử trí bằng truyền dịch, nâng huyết áp, thở oxy, để đầu thấp nghiêng 1 bên, lau sạch đờm dãi.

Theo dõi tình trạng sốc do mất nhiều máu trong mổ: truyền máu kịp thời trong và sau mổ.

Đau nhiều sau phẫu thuật: cho thuốc giảm đau sau mổ 1 2 ngày.

**Tại chỗ**

Tình trạng chảy máu tại vùng mổ (máu thấm băng.): kê cao chân, băng ép bổ sung. Nếu không đưọc: tiến hành mở băng, xác định điểm chảy máu và khâu, đốt cầm máu bổ sung.

Băng ép quá chặt: nới bớt băng.

Nhiễm khuẩn tại chỗ hoặc toàn thân nặng lên: sau cắt cần che phủ bằng vật liệu sinh học. Thay băng vô khuẩn, đắp thuốc kháng khuẩn tại chỗ và kháng sinh toàn thân theo kháng sinh đồ.

Không để tỳ đè vùng ghép da và lấy da. Có thể kê cao vùng tổn thương nếu ghép ở chi thể. Bất động trong 56 ngày nếu ghép da tại vùng khớp.

Thay băng sau ghép da: Lần đầu sau 24 giờ, sau đó thay băng hàng ngày hoặc cách ngày tùy theo tình trạng vùng ghép da.

## **331. GHÉP DA TỰ THÂN MẢNH LỚN DƯỚI 5% DIỆN TÍCH CƠ THỂ Ở NGƯỜI LỚN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Ghép da tự thân mảnh lớn là ghép da mà độ dày trung bình của mảnh da ghép là 0,2 - 0,3 mm với người trưởng thành (tương ứng với phần biểu bì và một phần trung bì) . Hình thái mảnh da ghép là mảnh lớn (để cả mảnh lớn theo kích thước khi lấy da, chỉ rạch các lỗ thoát dịch).

Các mảnh da ghép này những ngày đầu sẽ bám sống theo cơ chế thẩm thấu các dưỡng chất từ nền ghép, sau đó sống nhờ hình thành các mao mạch máu tân tạo phía dưới từ nền ghép.

Ghép da mảnh lớn dưới 5% có tổn khuyết vùng lấy da với diện tích cũng gần tương đương, vẫn có nguy cơ mất máu, đau đớn, nhiễm khuẩn...

**II. CHỈ ĐỊNH**

Phẫu thuật tiến hành khi đáp ứng đồng thời các yêu cầu sau:

Nền ghép đủ tiêu chuẩn cho ghép da:

Nếu ghép lên nền tổn thương bỏng sâu sau khi đã cắt bỏ hoại tử bỏng đến mô lành (ghép da ngay sau cắt bỏ hoại tử): cân nông, bao cơ lành .nền sạch, bảo đảm hết hoại tử; không chảy máu nhiều.

Nếu ghép lên nền mô hạt (khi hoại tử bỏng sâu được cắt lọc hoặc tự rụng, hình thành mô hạt): mô hạt đỏ, sạch không còn hoại tử, phẳng, rớm máu nhẹ; mật độ vi khuẩn thấp (thường < 105 vi khuẩn/cm2 bề mặt mô hạt).

Ưu tiên áp dụng cho các vùng khuyết tổn có liên quan tới chức năng vận động (khớp, nếp gấp.) và thẩm mỹ (mặt, cổ, vùng hở.).

Thường sử dụng trong các trường hợp mà người bệnh còn nhiều diện tích da lành để lấy da.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Nền ghép không bảo đảm: còn hoại tử; nhiễm khuẩn (cấy khuẩn số lượng vi khuẩn trên 106/g mô), chảy máu.

Nền tổn thương là gân; xương hoại tử và các hốc tự nhiên.

Chống chỉ định tương đối: Khi người bệnh có diện tích bỏng sâu lớn, thiếu hụt nguồn da lành tự thân.

**IV. CHUẨN BỊ**

**Người thực hiện**

Phẫu thuật viên là bác sỹ chuyên khoa bỏng, kíp phẫu thuật: 3 bác sỹ

Kíp vô cảm: 1 bác sỹ gây mê, 1 y tá phụ mê, 1 y tá vô trùng, 1 y tá hữu trùng.

**Phương tiện**

Tiến hành tại phòng mổ. Trang thiết bị đảm bảo cuộc mổ như: bộ đại phẫu, dao mổ và lưỡi dao lagrot, dao lấy da điện (nếu có).

**Người bệnh**

**Hồ sơ bệnh án theo quy định cho một cuộc mổ.**

Giải thích để người bệnh và gia đình hiểu và công tác với chuyên môn

Vệ sinh toàn thân. Người bệnh cần nhịn ăn trước cuộc mổ từ 46 giờ. Nếu người bệnh quá lo lắng: có thể cho an thần nhẹ (seduxen, rotunda...) đêm trước mổ.

Chuẩn bị vùng lấy da: tắm sạch sẽ, cạo lông vùng lấy da. Nên lấy da tại các vị trí ít ảnh hưởng thẩm mỹ như mặt ngoài đùi, mặt trong cánh tay. Có thể lấy da ở cẳng chân, cánh tay, cẳng tay, bụng, lưng, da đầu đã cạo tóc.

Kiểm tra lại toàn trạng người bệnh (mạch, nhiệt độ, huyết áp...) trước mổ.

Chuẩn bị nền ghép: thay băng sạch sẽ vùng tổn thương sẽ ghép da trước khi đi mổ. Nếu tình trạng người bệnh nặng: tiến hành thay băng dưới gây mê ngay tại phòng mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Chuẩn bị**

Tương tự cuộc phẫu thuật vô khuẩn loại II thông thường.

**2. Vô cảm**

Gây mê (tĩnh mạch, nội khí quản) theo quy trình riêng.

**3. Thực hiện kỹ thuật**

*Thì 1: Lấy da và xử trí mảnh da mỏng*

Sát khuẩn vùng lấy da bằng dung dịch PVP 10% , sau đó sát trùng lại bằng cồn 700. Trải xăng vô khuẩn, bộc lộ vùng lấy da.

Vùng lấy da: Với vùng lấy da khó tạo được mặt phẳng khi lấy da: bơm dung dịch natri clorid 0,9% cho căng đều. Có thể bơm dưới da dung dịch adrenalin nồng độ 1/200.000 (hạn chế chảy máu vùng cho da).

Bôi vaselin một lớp mỏng lên vùng lấy da và lên lưỡi dao lấy da.

Người phụ căng đều vùng lấy da tạo một mặt phẳng tương đối, thuận tiện cho phẫu thuật viên. Tiến hành lấy da mỏng 0,15 0,2 mm bằng dao lấy da có định mức (có thể bằng dao điện hoặc dao lấy da bằng tay). Diện tích lấy da được xác định tùy theo diện tích che phủ (dưới 5% diện tích cơ thể).

Xử trí mảnh da: dùng mũi lưỡi dao mổ rạch các lỗ thoát dịch ở mảnh da (kiểu mắt sàng); ngâm mảnh da vào dung dịch nước muối sinh lý 0,9%, có thể pha lẫn kháng sinh, để nguyên cả tấm da kích thước lớn như vừa lấy.

Xử trí vùng lấy da:

Thấm khô vùng lấy da.

Đắp lớp gạc vaselin, thấm khô. Xếp 46 lớp gạc khô kiểu lợp ngói, băng ép vừa phải.

Nếu có các vật liệu thay thế da tạm thời (trung bì da lợn; tấm nguyên bào sợi nuôi cấy; các vật liệu tổng hợp...) thì đắp bằng các tấm vật liệu đó rồi đắp một lớp gạc vaseline phủ lên sau đó đắp gạc khô băng kín như trên.

*Thì 2: Xử trí nền ghép*

Rửa sạch nền tổn thương (nền bỏng sâu sau cắt bỏ hoại tử hoặc mô hạt) bằng dung dịch PVP 3% và nước muối sinh lý. Lấy bỏ hết máu tụ, giả mạc, hoại tử, thấm khô và đắp bằng gạc ẩm tẩm nước muối sinh lý.

*Thì 3: Ghép da*

Đặt các mảnh da kích thước lớn lên nền ghép, dàn đều mảnh da sao cho các mảnh da bám sát vào nề ghép.

Gạt bỏ không được để dịch hay khí ứ đọng dưới các mảnh da ghép.

Có thể cố định mảnh da ghép vào nền ghép bằng dụng cụ găm da hay các mối khâu rời.

Đặt gạc tẩm một trong các dung dịch kháng khuẩn sau lên vùng đã ghép da: dung dịch berberin, dung dịch PVP 3% hay dung dịch tẩm kháng sinh penicilin.

Sau đó đặt 1 lớp gạc vaselin và cuối cùng là 46 lớp gạc khô kiểu lợp ngói từ dưới lên trên.

Băng ép vừa phải với áp lực khoảng 28-30 mm Hg.

**VI. CHĂM SÓC, THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**Toàn thân**

Theo dõi các biến chứng của gây mê: suy hô hấp, tụt huyết áp, nôn.xử trí bằng truyền dịch, nâng huyết áp, thở oxy, để đầu thấp nghiêng 1 bên, lau sạch đờm dãi.

Theo dõi tình trạng sốc do mất nhiều máu trong mổ: truyền máu kịp thời trong và sau mổ.

Đau nhiều sau phẫu thuật: cho thuốc giảm đau sau mổ 1 2 ngày.

**Tại chỗ**

Tình trạng chảy máu tại vùng mổ (máu thấm băng.): kê cao chân, băng ép bổ sung. Nếu không được: tiến hành mở băng, xác định điểm chảy máu và khâu, đốt cầm máu bổ sung.

Băng ép quá chặt: nới bớt băng.

Nhiễm khuẩn tại chỗ hoặc toàn thân nặng lên: sau cắt cần che phủ bằng vật liệu sinh học. Thay băng vô khuẩn, đắp thuốc kháng khuẩn tại chỗ và kháng sinh toàn thân theo kháng sinh đồ.

Không để tỳ đè vùng ghép da và lấy da. Có thể kê cao vùng tổn thương nếu ghép ở chi thể. Bất động trong 56 ngày nếu ghép da tại vùng khớp.

Thay băng sau ghép da: Lần đầu sau 24 giờ, sau đó thay băng hàng ngày hoặc cách ngày tùy theo tình trạng vùng ghép da.

## **332. GHÉP DA TỰ THÂN MẢNH LỚN DƯỚI 3% DIỆN TÍCH CƠ THỂ Ở TRẺ EM**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Ghép da tự thân mảnh lớn là ghép da mà độ dày trung bình của mảnh da ghép là 0,1 0,15 mm với trẻ em (tương ứng với phần biểu bì và một phần trung bì). Hình thái mảnh da ghép là mảnh lớn (để cả mảnh lớn theo kích thước khi lấy da, chỉ rạch các lỗ thoát dịch).

Các mảnh da ghép này những ngày đầu sẽ bám sống theo cơ chế thẩm thấu các dưỡng chất từ nền ghép, sau đó sống nhờ hình thành các mao mạch máu tân tạo phía dưới từ nền ghép.

Ghép da mảnh lớn dưới 3% diện tích cơ thể ở trẻ em là phẫu thuật có nguy cơ mất máu, đau đớn, nhiễm khuẩn...

**II. CHỈ ĐỊNH**

Phẫu thuật tiến hành khi đáp ứng đồng thời các yêu cầu sau:

Nền ghép đủ tiêu chuẩn cho ghép da:

Nếu ghép lên nền tổn thương bỏng sâu sau khi đã cắt bỏ hoại tử bỏng đến mô lành (ghép da ngay sau cắt bỏ hoại tử): cân nông, bao cơ lành .nền sạch, bảo đảm hết hoại tử; không chảy máu nhiều.

Nếu ghép lên nền mô hạt (khi hoại tử bỏng sâu được cắt lọc hoặc tự rụng, hình thành mô hạt): mô hạt đỏ, sạch không còn hoại tử, phẳng, rớm máu nhẹ; mật độ vi khuẩn thấp (thường < 105 vi khuẩn/cm2 bề mặt mô hạt).

Ưu tiên áp dụng cho các vùng khuyết tổn có liên quan tới chức năng vận động (khớp, nếp gấp.) và thẩm mỹ (mặt, cổ, vùng hở.).

Thường sử dụng trong các trường hợp mà người bệnh còn nhiều diện tích da lành để lấy da.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Nền ghép không bảo đảm: còn hoại tử; nhiễm khuẩn (cấy khuẩn số lượng vi khuẩn trên 106/g mô), chảy máu.

Nền tổn thương là gân; xương hoại tử và các hốc tự nhiên.

Chống chỉ định tương đối: Khi người bệnh có diện tích bỏng sâu lớn, thiếu hụt nguồn da lành tự thân.

**IV. CHUẨN BỊ**

**Người thực hiện**

Phẫu thuật viên là bác sỹ chuyên khoa bỏng, kíp phẫu thuật: 3 bác sỹ

Kíp vô cảm: 1 bác sỹ gây mê, 1 y tá phụ mê, 1 y tá vô trùng, 1 y tá hữu trùng.

**Phương tiện**

Tiến hành tại phòng mổ. Trang thiết bị đảm bảo cuộc mổ như: bộ trung phẫu, dao mổ và lưỡi dao lagrot, dao lấy da điện (nếu có).

**Người bệnh**

**Hồ sơ bệnh án theo quy định cho một cuộc mổ.**

Giải thích để người bệnh và gia đình hiểu và công tác với chuyên môn

Vệ sinh toàn thân. Người bệnh cần nhịn ăn trước cuộc mổ từ 46 giờ. Nếu người bệnh quá lo lắng: có thể cho an thần nhẹ (seduxen, rotunda...) đêm trước mổ.

Chuẩn bị vùng lấy da: tắm sạch sẽ, cạo lông vùng lấy da. Nên lấy da tại các vị trí ít ảnh hưởng thẩm mỹ như mặt ngoài đùi, mặt trong cánh tay. Có thể lấy da ở cẳng chân, cánh tay, cẳng tay, bụng, lưng, da đầu đã cạo tóc.

Kiểm tra lại toàn trạng người bệnh (mạch, nhiệt độ, huyết áp...) trước mổ.

Chuẩn bị nền ghép: thay băng sạch sẽ vùng tổn thương sẽ ghép da trước khi đi mổ. Nếu tình trạng người bệnh nặng: tiến hành thay băng dưới gây mê ngay tại phòng mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Chuẩn bị**

Tương tự cuộc phẫu thuật vô khuẩn loại III thông thường.

**2. Vô cảm**

Gây mê (tĩnh mạch, nội khí quản) theo quy trình riêng.

**3. Thực hiện kỹ thuật**

*Thì 1: Lấy da và xử trí mảnh da mỏng*

Sát khuẩn vùng lấy da bằng dung dịch PVP 10% , sau đó sát trùng lại bằng cồn 700. Trải xăng vô khuẩn, bộc lộ vùng lấy da.

Vùng lấy da: Với vùng lấy da khó tạo được mặt phẳng khi lấy da: bơm dung dịch natri clorid 0,9% cho căng đều. Có thể bơm dưới da dung dịch adrenalin nồng độ 1/200.000 (hạn chế chảy máu vùng cho da).

Bôi vaselin một lớp mỏng lên vùng lấy da và lên lưỡi dao lấy da.

Người phụ căng đều vùng lấy da tạo một mặt phẳng tương đối, thuận tiện cho phẫu thuật viên. Tiến hành lấy da mỏng 0,1 0,15 mm bằng dao lấy da có định mức (có thể bằng dao điện hoặc dao lấy da bằng tay). Diện tích lấy da được xác định tùy theo diện tích che phủ (dưới 3% diện tích cơ thể).

Xử trí mảnh da: dùng mũi lưỡi dao mổ rạch các lỗ thoát dịch ở mảnh da (kiểu mắt sàng); ngâm mảnh da vào dung dịch nước muối sinh lý 0,9%, có thể pha lẫn kháng sinh, để nguyên cả tấm da kích thước lớn như vừa lấy.

Xử trí vùng lấy da:

Thấm khô vùng lấy da.

Đắp lớp gạc vaselin, thấm khô. Xếp 46 lớp gạc khô kiểu lợp ngói, băng ép vừa phải.

Nếu có các vật liệu thay thế da tạm thời (trung bì da lợn; tấm nguyên bào sợi nuôi cấy; các vật liệu tổng họp...) thì đắp bằng các tấm vật liệu đó rồi đắp một lớp gạc vaseline phủ lên sau đó đắp gạc khô băng kín như trên.

*Thì 2: Xử trí nền ghép*

Rửa sạch nền tổn thương (nền bỏng sâu sau cắt bỏ hoại tử hoặc mô hạt) bằng dung dịch PVP 3% và nước muối sinh lý. Lấy bỏ hết máu tụ, giả mạc, hoại tử, thấm khô và đắp bằng gạc ẩm tẩm nước muối sinh lý.

*Thì 3: Ghép da*

Đặt các mảnh da kích thước lớn lên nền ghép, dàn đều mảnh da sao cho các mảnh da bám sát vào nề ghép.

Gạt bỏ không đưọc để dịch hay khí ứ đọng dưới các mảnh da ghép.

Có thể cố định mảnh da ghép vào nền ghép bằng dụng cụ găm da hay các mối khâu rời.

Đặt gạc tẩm một trong các dung dịch kháng khuẩn sau lên vùng đã ghép da: dung dịch berberin, dung dịch PVP 3% hay dung dịch tẩm kháng sinh penicilin.

Sau đó đặt 1 lớp gạc vaselin và cuối cùng là 46 lớp gạc khô kiểu lọp ngói từ dưới lên trên.

Băng ép vừa phải với áp lực khoảng 28-30 mm Hg.

**VI. CHĂM SÓC, THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**Toàn thân**

Theo dõi các biến chứng của gây mê: suy hô hấp, tụt huyết áp, nôn.: truyền dịch, nâng huyết áp, thở oxy, để đầu thấp nghiêng 1 bên, lau sạch đờm dãi.

Theo dõi tình trạng sốc do mất nhiều máu trong mổ: truyền máu kịp thời trong và sau mổ.

Đau nhiều sau phẫu thuật: cho thuốc giảm đau sau mổ 1-2 ngày.

**Tại chỗ**

Tình trạng chảy máu tại vùng mổ (máu thấm băng.): kê cao chân, băng ép bổ sung. Nếu không đưọc: tiến hành mở băng, xác định điểm chảy máu và khâu, đốt cầm máu bổ sung.

Băng ép quá chặt: nới bớt băng.

Nhiễm khuẩn tại chỗ hoặc toàn thân nặng lên: sau cắt cần che phủ bằng vật liệu sinh học. Thay băng vô khuẩn, đắp thuốc kháng khuẩn tại chỗ và kháng sinh toàn thân theo kháng sinh đồ.

Không để tỳ đè vùng ghép da và lấy da. Có thể kê cao vùng tổn thương nếu ghép ở chi thể. Bất động trong 56 ngày nếu ghép da tại vùng khớp. Nếu ghép da ở vùng hậu môn, sinh dục cần giữ vệ sinh cho trẻ để hạn chế nhiễm khuẩn vùng da ghép (đặt sonde bàng quang...)

Thay băng sau ghép da: Lần đầu sau 24 giờ, sau đó thay băng hàng ngày hoặc cách ngày tùy theo tình trạng vùng ghép da.

## **333. GHÉP DA ĐỒNG LOẠI DƯỚI 10% DIỆN TÍCH CƠ THỂ**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Da đồng loại (da của người thân người bệnh, da của tử thi, hoặc da từ các đoạn chi thể bị cắt cụt) là một loại vật liệu thay thế da tạm thời lý tưởng. Sử dụng da đồng loại che phủ vết thương, vết bỏng nhằm giảm đau đớn cho người bệnh, chống mất máu, mất dịch, chống nhiễm trùng, tạo môi trường thuận lợi cho quá trình liền vết thương bỏng nông hay kích thích quá trình hình thành mô hạt ở vết thương bỏng sâu sau cắt bỏ hoại tử. Đây là một kỹ thuật quan trọng để cứu sống những người bệnh bỏng diện tích lớn, đặc biệt là những người bệnh bỏng sâu diện rộng. Ghép da đồng loại còn dùng để trì hoãn thời gian ghép da tự thân hoặc sử dụng phối kết hợp với các kỹ thuật ghép da khác nhau trong các chiến thuật điều trị bỏng sâu diện rộng.

Da đồng loại che phủ tạm thời, sau một thời gian sẽ bị thải loại do phản ứng miễn dịch. Thời gian bám dính của da đồng loại phụ thuộc chủ yếu vào tình trạng toàn thân và tại chỗ của người bệnh. Ghép da đồng loại dưới 10% thường tiến hành trên người bệnh có toàn trạng nặng do khuyết tổn lớn.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Người bệnh bỏng nông diện rộng: che phủ để vết bỏng nông tự liền.

Người bệnh bỏng sâu diện rộng:

Ghép da lên nền bỏng sâu sau khi cắt bỏ hoại tử tạo điều kiện để hình thành mô hạt sớm và tốt.

Kết hợp với da tự thân theo kiểu 2 lớp hoặc theo kiểu xen kẽ trong điều trị bỏng sâu diện tích lớn, không đủ da ghép tự thân.

Ghép da che phủ tạm thời mô hạt để trì hoãn ghép da tự thân do thiếu da tự thân trong điều trị bỏng sâu.

Người bệnh sau chấn thương bị mất da nhiều.

Một số vết thương mãn tính.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Vết thương nhiễm khuẩn.

Vết thương còn hoại tử.

Toàn trạng người bệnh chưa cho phép tiến hành thay băng (trụy tim mạch...)

**IV. CHUẨN BỊ**

**Người thực hiện**

Bác sỹ, điều dưỡng viên khoa bỏng, khoa ngoại (tối thiểu 4 người).

Kíp vô cảm (nếu cần): bác sỹ gây mê, kỹ thuật viên gây mê, 1 điều dưỡng hữu trùng, 1 điều dưỡng vô trùng

**Phương tiện**

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.

Nỉa có mấu và không mấu, kéo cong, kéo thẳng, găng tay. Nên có sẵn những dụng cụ cầm máu như pince, kìm cầm kim...

Xô đựng đồ bẩn.

Nếu tiến hành trên phòng mổ: bộ dụng cụ trung đại phẫu

Thuốc thay băng bỏng

Các dung dịch sát khuẩn dùng để rửa vết bỏng có thể sử dụng: Dung dịch Natri clorid 0,9%; dung dịch becberin 1%; dung dịch povidone iodine (PVP) 10%, acid boric 24%; nitrat bạc 0,5%,... Mỡ vaselin

Các thuốc bỏng dùng tại chỗ:

Các thuốc hoặc vật liệu giúp cầm máu tại chỗ như spongel, dung dịch adrenalin...

**Người bệnh**

**Hồ sơ bệnh án theo quy định cho một cuộc mổ.**

Giải thích để người bệnh và gia đình hiểu và công tác với chuyên môn

Người bệnh cần nhịn ăn trước cuộc mổ từ 46 giờ. Nếu người bệnh quá lo lắng: có thể cho an thần nhẹ (seduxen, rotunda...) đêm trước mổ.

Kiểm tra lại toàn trạng người bệnh (mạch, nhiệt độ, huyết áp..) trước mổ.

Chuẩn bị nền ghép: thay băng sạch sẽ vùng tổn thương sẽ ghép da trước khi đi mổ. Nếu tình trạng người bệnh nặng: tiến hành thay băng dưới gây mê ngay tại phòng mổ.

Dự trù máu trước mổ nếu cần

Địa điểm tiến hành

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.

Nếu tiến hành tại phòng mổ: Chuẩn bị như một cuộc đại trung phẫu.

Chuẩn bị da đồng loại

Dự trù số lượng đủ ghép lên diện tích của vết thương bỏng

Nếu da đồng loại là của người thân người bệnh thì phải tiến hành lấy da và ghép ngay cho người bệnh sau khi lấy. Việc lấy da của thân nhân người bệnh phải được tiến hành trên phòng mổ và tuân thủ các nguyên tắc vô trùng một cách triệt để.

Nếu da đồng loại bảo quản tươi thì có thể tiến hành ghép ngay khi có chỉ định mà không cần rửa sạch môi trường bảo quản.

Nếu da đồng loại bảo quản lạnh sâu: ngay trước khi ghép phải tiến hành rã đông đúng quy trình để đảm bảo chât lượng của da ghép. Sử dụng bình Water Bath rã đông ở nhiêt độ 370C. Khi đã tan đá, da mềm, ấm thì mới đem ghép.

Nếu da bảo quản trong Glyceron thì phải rửa nhiều lần cho sạch glyceron, ngâm cho da tái hợp đủ nước làm cho da mềm mại, thuận lợi cho quá trình ghép.

Nếu tấm da có diện tích rộng thì phải tiến hành rạch lỗ để dẫn lưu dịch.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Chuẩn bị**

Tương tự cuộc phẫu thuật vô khuẩn loại I, II thông thường.

**2. Vô cảm**

Nên gây mê (tĩnh mạch, nội khí quản): theo quy trình riêng.

**3. Thực hiện kỹ thuật**

Chuẩn bị nền ghép

Thay băng theo quy trình. Loại trừ hết hoại tử, giả mạc, máu mủ, dịch tiết. Rửa sạch vết thương 45 lần bằng nước muối sinh lý vô trùng

Thấm khô bằng gạc vô trùng

Ghép da đồng loại

Đặt các mảnh da đồng loại lên nền ghép, dàn đều mảnh da sao cho các mảnh da bám sát vào nề ghép.

Gạt bỏ không được để dịch hay khí ứ đọng dưới các mảnh da ghép.

Có thể cố định mảnh da ghép vào nền ghép bằng dụng cụ găm da hay các mối khâu rời.

Đặt gạc tẩm một trong các dung dịch kháng khuẩn sau lên vùng đã ghép da: dung dịch berberin, dung dịch PVP 3% hay dung dịch tẩm kháng sinh penicilin.

Sau đó đặt 1 lớp gạc vaselin và cuối cùng là 46 lớp gạc khô kiểu lợp ngói từ dưới lên trên.

Băng ép vừa phải với áp lực khoảng 2830 mm Hg.

Thay băng sau 12 ngày qui trình thay băng giống như thay băng sau ghép da tự thân.

**VI. CHĂM SÓC, THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**Toàn thân**

Theo dõi các biến chứng của gây mê: suy hô hấp, tụt huyết áp, nôn.: Truyền dịch, nâng huyết áp, thở oxy, để đầu thấp nghiêng 1 bên, lau sạch đờm dãi.

Đau nhiều sau thay băng, phãu thuật ghép da: cho thuốc giảm đau 1-2 ngày.

**Tại chỗ**

Thay băng 12 ngày lần Theo dõi tại chỗ về mức độ tiết dịch, mức độ bám dính của da, dịch, máu tụ ở dưới da ghép, màu sắc của nền vết thương cũng như theo dõi màu sức của da ghép. Tiếp tục loại bỏ hết máu tụ và dịch tiết; ép dịch, thấm khô. Thay băng như ghép da tự thân

Tình trạng chảy máu tại vùng mổ (máu thấm băng...): kê cao chân, băng ép bổ sung. Nếu không được: tiến hành mở băng, xác định điểm chảy máu và khâu, đốt cầm máu bổ sung.

Băng ép quá chặt: nới bớt băng.

Nhiễm khuẩn tại chỗ hoặc toàn thân nặng lên: sau cắt cần che phủ bằng vật liệu sinh học. Thay băng vô khuẩn, đắp thuốc kháng khuẩn tại chỗ và kháng sinh toàn thân theo kháng sinh đồ.

Không để tỳ đè vùng ghép da. Có thể kê cao vùng tổn thương nếu ghép ở chi thể. Bất động trong 56 ngày nếu ghép da tại vùng khớp.

## **334. GHÉP DA DỊ LOẠI ĐIỀU TRỊ VẾT THƯƠNG BỎNG**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Da dị loại là da của động vật (da ếch, trung bì da lợn, ..) được sử dụng để che phủ vết bỏng như là một vật liệu thay thế da tạm thời với mục đích: giảm đau cho người bệnh; che phủ vết bỏng để hạn chế nhiễm khuẩn, hạn chế thoát dịch thể qua vết bỏng; tạo môi trường thuận lợi để vết thương bỏng nông biểu mô hóa và vết thương bỏng sâu sau cắt bỏ hoại tử hình thành mô hạt.

Sau một thời gian (thường là 3 7 ngày) các mảnh da dị loại sẽ bỏng khỏi vết bỏng, thường là do nhiễm khuẩn, do bị thải loại theo cơ chế miễn dịch hoặc do vết thương bỏng nông phía dưới đã khỏi.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Che phủ tạm thời vết thương bỏng nông

Che phủ tạm thời vết bỏng sâu sau khi cắt bỏ hoại tử bỏng

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Vết thương nhiễm khuẩn.

Vết thương còn hoại tử.

Toàn trạng người bệnh chưa cho phép tiến hành thay băng (trụy tim mạch...).

**IV. CHUẨN BỊ**

**Người thực hiện**

Bác sỹ, điều dưỡng viên khoa bỏng, khoa ngoại (tối thiểu 4 người). IV. CHUẨN BỊ như thực hiện thay băng bỏng vô trùng gồm: Đội mũ, đeo khẩu trang, mặc áo choàng vô trùng, rửa tay vô trùng, đi găng tay vô khuẩn.

Kíp gây mê: nếu cần

**Phương tiện**

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.

Nỉa có mấu và không mấu, kéo cong, kéo thẳng, găng tay. Nên có sẵn những dụng cụ cầm máu như pince, kìm cầm kim...

Xô đựng đồ bẩn.

Nếu tiến hành trên phòng mổ: bộ dụng cụ trung phẫu

Thuốc thay băng bỏng

Các dung dịch sát khuẩn dùng để rửa vết bỏng có thể sử dụng: Dung dịch Natri clorid 0,9%; dung dịch becberin 1%; dung dịch povidone iodine (PVP) 10%, acid boric 24%; nitrat bạc 0,5%,... Mỡ vaselin

Các thuốc bỏng dùng tại chỗ:

Các thuốc hoặc vật liệu giúp cầm máu tại chỗ như spongel, dung dịch adrenalin...

**Người bệnh** (Chuẩn bị như thay băng thông thường)

**Hồ sơ bệnh án theo quy định cho một thay băng.**

Giải thích để người bệnh và gia đình hiểu và công tác với chuyên môn.

Nếu có gây mê: Người bệnh cần nhịn ăn trước cuộc mổ từ 46 giờ.

Địa điểm tiến hành

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.

Nếu tiến hành tại phòng mổ: Chuẩnbij như một cuộc trung phẫu.

Chuẩn bị da đồng loại

Dự trù số lượng đủ ghép lên diện tích của vết thương bỏng

Nếu da dị loại bảo quản lạnh sâu: ngay trước khi ghép phải tiến hành rã đông đúng quy trình để đảm bảo chất lượng của da ghép. Sử dụng bình Water Bath rã đông ở nhiêt độ 370C. Khi đã tan đá, da mềm, ấm thì mới đem ghép.

Nếu da dị loại bảo quản trong Glyceron thì phải rửa nhiều lần cho sạch glyceron, ngâm cho da tái hợp đủ nước làm cho da mềm mại, thuận lợi cho quá trình ghép.

Nếu tấm da có diện tích rộng thì phải tiến hành rạch lỗ để dẫn lưu dịch.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm:** nếu gây mê: theo quy trình riêng.

**2. Thực hiện kỹ thuật**

Đối với vết thương bỏng nông

Thay băng theo quy trình. Nếu vết bỏng bị bẩn hoặc có dị vật như đất, cát, dầu, mỡ...: lấy bỏ dị vật, rửa vết bỏng bằng nước xà phòng 5%. Rửa lại bằng các dung dịch sát khuẩn. Rửa vết bỏng bằng dung dịch NaCl 0,9%.

Cắt bỏ vòm nốt phỏng, lấy bỏ sạch các mảnh biểu bì đã bị hoại tử. Rửa vết bỏng bằng dung dịch Povidin 3%, rửa lại bằng dung dịch NaCl 0,9%.

Thấm khô vết bỏng bằng gạc vô trùng.

Sát khuẩn vùng da lành xung quanh vết bỏng bằng cồn 700.

Đặt các mảnh da dị loại lên nền ghép, dàn đều mảnh da sao cho các mảnh da bám sát vào nề ghép. Gạt bỏ không được để dịch, khí ứ đọng dưới các mảnh da

Đặt gạc tẩm một trong các dung dịch kháng khuẩn lên vùng đã ghép da: dung dịch berberin, dung dịch PVP 3% hay dung dịch tẩm kháng sinh penicilin.

Sau đó đặt 1 lớp gạc vaselin và cuối cùng là 46 lớp gạc khô kiểu lợp ngói từ dưới lên trên.

Băng ép vừa phải với áp lực khoảng 28-30 mm Hg.

Thay băng sau 12 ngày qui trình thay băng giống như thay băng sau ghép da tự thân.

Đối với vết bỏng sâu sau khi cắt bỏ hoại tử

Cắt bỏ hoại tử theo quy trình riêng. Rửa sạch nền cân sau khi cắt bỏ sạch hoại tử bằng dung dịch PVP 10%. Rửa lại vết bỏng bằng dung dịch NaCl 0,9%. Thấm khô vết bỏng bằng gạc vô trùng.

Sát khuẩn vùng da lành xung quanh vết bỏng bằng cồn 70O.

Đặt các mảnh da dị loại lên nền ghép, dàn đều mảnh da sao cho các mảnh da bám sát vào nề ghép. Gạt bỏ không được để dịch, khí ứ đọng dưới các mảnh da

Đặt gạc tẩm một trong các dung dịch kháng khuẩn lên vùng đã ghép da: dung dịch berberin, dung dịch PVP 3% hay dung dịch tẩm kháng sinh penicilin.

Sau đó đặt 1 lớp gạc vaselin và cuối cùng là 46 lớp gạc khô kiểu lợp ngói từ dưới lên trên.

Băng ép vừa phải với áp lực khoảng 28-30 mm Hg.

Thay băng sau 12 ngày qui trình thay băng giống như thay băng sau ghép da tự thân.

**VI. CHĂM SÓC, THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**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 xứ 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.

Tình trạng đau đớn sau thay băng như kêu đau, rét run hoặc sốt cao: tiếp tục dùng giảm đau, ủ ấm, hạ sốt.

**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 bỏng: nới bớt băng.

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.

Nếu mảnh da dị loại bị bong ra hoặc ứ dịch mủ phía dưới: lấy bỏ mảnh da đó, rửa sạch vết bỏng bằng dung dịch PVP 3%, rửa lại bằng dung dịch NaCl 0,9%, đắp bổ xung mảnh da dị loại khác thay thế.

**Theo dõi diễn biến:**

Đối với vết bỏng nông: nếu diễn biến thuận lợi thì các mảnh da dị loại sẽ bám dính chặt vào nền vết bỏng và khô dần, khi vết bỏng khỏi thì mảnh da đồng loại tự bỏng ra.

Đối với vết bỏng sâu sau khi cắt bỏ sạch hoại tử: các mảnh da dị loại chỉ có tác dụng che phủ tạm thời cho đến khi nền ghép được ghép da tự thân.

Dị ứng: mẩn ngứa, nổi sản đỏ vùng da lành: ít gặp, nhẹ chỉ cần lấy bỏ các mảnh da, nếu cần dùng các thuốc kháng histamin.

## **335. CẮT HOẠI TỬ TOÀN LỚP - KHÂU KÍN ≥ 3% DIỆN TÍCH CƠ THỂ Ở NGƯỜI LỚN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Cắt bỏ hoại tử toàn lớp khâu kín là phương pháp cắt bỏ toàn bộ hoại tử tới phần mô lành của cơ thể. Sau cắt sạch hoại tử tiến hành đóng kín vết thương một thì bằng khâu kín 2 mép vết thương.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Bỏng độ III sâu, độ IV, độ V hoặc các độ bỏng trên xen kẽ (phân loại 5 độ bỏng).

Diện tích nhỏ, dài có thể kéo khép kín 2 mép nhờ giãn da vùng lân cận.

Toàn trạng ổn định, các xét nghiệm trong giới hạn cho phép phẫu thuật

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Bỏng nông.

Sốc bỏng nặng hoặc toàn trạng không cho phép phẫu thuật.

**IV. CHUẨN BỊ**

**Người thực hiện**

Phẫu thuật viên là bác sỹ chuyên khoa bỏng, kíp phẫu thuật: 2 3 bác sỹ

Kíp vô cảm: 1 bác sỹ gây mê, 1 y tá phụ mê, 1 y tá vô trùng và 1 hữu trùng.

**Phương tiện**

Bộ dụng cụ phẫu thuật thông thường.

Kim, chỉ khâu các loại.

**Người bệnh**

**Hồ sơ bệnh án theo quy định cho một cuộc mổ.**

Giải thích để người bệnh và gia đình hiểu và công tác với chuyên môn. Vệ sinh toàn thân. Người bệnh cần nhịn ăn trước cuộc mổ từ 46 giờ. Nếu người bệnh quá lo lắng: có thể cho an thần nhẹ (seduxen...) đêm trước mổ.

Kiểm tra lại toàn trạng người bệnh (mạch, nhiệt độ, huyết áp...) trước mổ.

Thay băng sạch sẽ vùng tổn thương trước khi đi mổ. Nếu tình trạng người bệnh nặng: tiến hành thay băng dưới gây mê ngay tại phòng mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Chuẩn bị**

Tương tự cuộc phẫu thuật vô khuẩn loại I thông thường.

**2. Vô cảm:** gây mê hoặc tê khu vực phẫu thuật.

**3. Kỹ thuật**

Sát khuẩn vùng tổn thương bằng dung dịch PVP 10% và vùng da lành lân cận bằng cồn 700, trải xăng vô trùng, bộc lộ vùng phẫu thuật.

Dùng dao mổ thường hoặc dao mổ điện cắt toàn bộ hoại tử tới phần lành: độ IIIsâu, độ IV cắt tới mỡ lành hoặc cân nông, độ V cắt tới cơ lành (chảy máu và co cơ), xương lành (rớm máu), gân lành (trong bóng). Diện tích cắt trên 3%.

Cầm máu bằng đắp gạc tẩm adrenalin 1/200.000 hoặc đốt điện hay kẹp, thắt buộc hoặc khâu cầm máu ( nếu tổn thương ở chi thể, có thể garô trên vùng phẫu thuật để hạn chế mất máu khi cắt hoại tử).

Sát khuẩn lại vùng mổ và lân cận bằng thuốc sát khuẩn trên.

Khâu kéo 2 mép vết thương sau cắt lọc hoại tử (tương tự khâu vết thương). Nếu 2 bờ mép vết thương căng khi đóng, thì có thể lóc tách dưới da rộng về 2 mép kéo 2 mép da kiểm tra độ căng, sau đó cầm máu dưới da và đóng như khâu da chấn thương (có thể đóng kín bằng khâu 1 lớp hoặc 2 lớp).

Với những vết thương nghi ngại tiết dịch hay chảy máu: đặt dẫn lưu và để dẫn lưu trong 24-48 giờ sau mổ.

Sát trùng, băng kín.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG**

**Toàn thân**

Theo dõi biến chứng gây mê: suy hô hấp, tụt huyết áp, nôn.: truyền dịch, nâng huyết áp, thở oxy, để đầu thấp nghiêng 1 bên, lau sạch đờm dãi...

Theo dõi tình trạng mất nhiều máu trong mổ: truyền máu kịp thời.

Đau nhiều sau phẫu thuật: cho thuốc giảm đau sau mổ 1-2 ngày.

**Tại chỗ**

Tình trạng chảy máu tại vùng mổ (máu thấm băng...): băng ép bổ sung. Nếu không được: tiến hành mở băng, xác định điểm chảy máu và khâu, đốt cầm máu.

Băng ép quá chặt: nới bớt băng.

Nhiễm khuẩn tại chỗ: dẫn lưu dịch đọng, cắt bỏ các mối khâu khi cần. Thay băng vô khuẩn, đắp thuốc kháng khuẩn tại chỗ và kháng sinh toàn thân.

Thay băng hàng ngày sau ghép da tới khi lành vết thương cắt chỉ (7-10 ngày).

Nếu vết mổ không liền được: thay băng khi có mô hạt ghép da tự thân.

## **336. CẮT HOẠI TỬ TOÀN LỚP - KHÂU KÍN DƯỚI 3% DIỆN TÍCH CƠ THỂ Ở NGƯỜI LỚN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Cắt bỏ hoại tử toàn lớp khâu kín là phương pháp cắt bỏ toàn bộ hoại tử tới phần mô lành của cơ thể. Sau cắt sạch hoại tử tiến hành đóng kín vết thương một thì bằng khâu kín 2 mép vết thương.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Bỏng độ III sâu, độ IV, độ V hoặc các độ bỏng trên xen kẽ (phân loại 5 độ bỏng).

Diện tích nhỏ, dài có thể kéo khép kín 2 mép nhờ giãn da vùng lân cận.

Toàn trạng ổn định, các xét nghiệm trong giới hạn cho phép phẫu thuật.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Bỏng nông.

Sốc bỏng nặng hoặc toàn trạng không cho phép phẫu thuật.

**IV. CHUẨN BỊ**

**Người thực hiện**

Phẫu thuật viên là bác sỹ chuyên khoa bỏng, kíp phẫu thuật: 3 bác sỹ

Kíp vô cảm: 1 bác sỹ gây mê, 03 điều dưỡng (1 phụ mê, 1 vô trùng và 1 hữu trùng).

**Phương tiện**

Bộ dụng cụ phẫu thuật thông thường.

Kim, chỉ khâu các loại.

**Người bệnh**

**Hồ sơ bệnh án theo quy định cho một cuộc mổ.**

Giải thích để người bệnh và gia đình hiểu và công tác với chuyên môn.

Vệ sinh toàn thân. Người bệnh cần nhịn ăn trước cuộc mổ từ 46 giờ. Nếu người bệnh quá lo lắng: có thể cho an thần nhẹ (seduxen...) đêm trước mổ.

Kiểm tra lại toàn trạng người bệnh (mạch, nhiệt độ, huyết áp...) trước mổ.

Thay băng sạch sẽ vùng tổn thương trước khi đi mổ. Nếu tình trạng người bệnh nặng: tiến hành thay băng dưới gây mê ngay tại phòng mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Chuẩn bị**

Tương tự cuộc phẫu thuật vô khuẩn loại II thông thường.

**2. Vô cảm:** gây mê hoặc tê khu vực phẫu thuật.

**3. Kỹ thuật**

Sát khuẩn vùng tổn thương bằng dung dịch PVP 10% và vùng da lành lân cận bằng cồn 700, trải xăng vô trùng, bộc lộ vùng phẫu thuật.

Dùng dao mổ thường hoặc dao mổ điện cắt toàn bộ hoại tử tới phần lành: độ III sâu, độ IV cắt tới mỡ lành hoặc cân nông, độ V cắt tới cơ lành (chảy máu và co cơ), xương lành (rớm máu), gân lành (trong bóng). Diện tích cắt dưới 3%.

Cầm máu bằng đắp gạc tẩm adrenalin 1/200.000 hoặc đốt điện hay kẹp, thắt buộc hoặc khâu cầm máu ( nếu tổn thương ở chi thể, có thể garô trên vùng phẫu thuật để hạn chế mất máu khi cắt hoại tử).

Sát khuẩn lại vùng mổ và lân cận bằng thuốc sát khuẩn trên.

Khâu kéo 2 mép vết thương sau cắt lọc hoại tử (tương tự khâu vết thương). Nếu 2 bờ mép vết thương căng khi đóng, thì có thể lóc tách dưới da rộng về 2 mép kéo 2 mép da kiểm tra độ căng, sau đó cầm máu dưới da và đóng như khâu da chấn thương (có thể đóng kín bằng khâu 1 lớp hoặc 2 lớp).

Với những vết thương nghi ngại tiết dịch hay chảy máu: đặt dẫn lưu và để dẫn lưu trong 24 48 giờ sau mổ.

Sát trùng, băng kín.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG**

**Toàn thân**

Theo dõi biến chứng gây mê: suy hô hấp, tụt huyết áp, nôn.: truyền dịch, nâng huyết áp, thở oxy, để đầu thấp nghiêng 1 bên, lau sạch đờm dãi...

Theo dõi tình trạng mất nhiều máu trong mổ: truyền máu kịp thời.

Đau nhiều sau phẫu thuật: cho thuốc giảm đau sau mổ 1-2 ngày.

**Tại chỗ**

Tình trạng chảy máu tại vùng mổ (máu thấm băng...): băng ép bổ sung. Nếu không được: tiến hành mở băng, xác định điểm chảy máu và khâu, đốt cầm máu.

Băng ép quá chặt: nới bớt băng.

Nhiễm khuẩn tại chỗ: dẫn lưu dịch đọng, cắt bỏ các mối khâu khi cần. Thay băng vô khuẩn, đắp thuốc kháng khuẩn tại chỗ và kháng sinh toàn thân.

Thay băng hàng ngày sau ghép da tới khi lành vết thương cắt chỉ (7-10 ngày).

Nếu vết mổ không liền được: thay băng khi có mô hạt ghép da tự thân.

## **337. CẮT HOẠI TỬ TOÀN LỚP - KHÂU KÍN ≥ 1% DIỆN TÍCH CƠ THỂ Ở TRẺ EM**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Cắt bỏ hoại tử toàn lớp khâu kín là phương pháp cắt bỏ toàn bộ hoại tử tới phần mô lành của cơ thể. Sau cắt sạch hoại tử tiến hành đóng kín vết thương một thì bằng khâu kín 2 mép vết thương. Cắt hoại tử ≥ 1%, khâu kín ở trẻ em là phẫu thuật lớn do nguy cơ chảy máu, nhiễm khuẩn, đòi hỏi gây mê hồi sức tốt.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Bỏng độ III sâu, độ IV, độ V hoặc các độ bỏng trên xen kẽ (phân loại 5 độ bỏng).

Diện tích nhỏ, dài có thể kéo khép kín 2 mép nhờ giãn da vùng lân cận.

Toàn trạng ổn định, các xét nghiệm trong giới hạn cho phép phẫu thuật.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Bỏng nông.

Sốc bỏng nặng hoặc toàn trạng không cho phép phẫu thuật.

**IV. CHUẨN BỊ**

**Người thực hiện**

Phẫu thuật viên là bác sỹ chuyên khoa bỏng, kíp phẫu thuật: 3 bác sỹ

Kíp vô cảm: 1 bác sỹ gây mê, 03 điều dưỡng (1 phụ mê, 1 vô trùng và 1 hữu trùng).

**Phương tiện**

Bộ dụng cụ phẫu thuật thông thường.

Kim, chỉ khâu các loại.

**Người bệnh**

**Hồ sơ bệnh án theo quy định cho một cuộc mổ.**

Giải thích để người bệnh và gia đình hiểu và công tác với chuyên môn.

Vệ sinh toàn thân. Người bệnh cần nhịn ăn trước cuộc mổ từ 46 giờ. Nếu người bệnh quá lo lắng: có thể cho an thần nhẹ (seduxen...) đêm trước mổ.

Kiểm tra lại toàn trạng người bệnh (mạch, nhiệt độ, huyết áp...) trước mổ.

Thay băng sạch sẽ vùng tổn thương trước khi đi mổ. Nếu tình trạng người bệnh nặng: tiến hành thay băng dưới gây mê ngay tại phòng mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Chuẩn bị**

Tương tự cuộc phẫu thuật vô khuẩn loại I thông thường.

**2. Vô cảm:** gây mê.

**3. Kỹ thuật**

Chọn tư thế người bệnh phù hợp với vùng phẫu thuật.

Sát khuẩn vùng tổn thương bằng dung dịch PVP 10% và vùng da lành lân cận bằng cồn 700, trải xăng vô trùng, bộc lộ vùng phẫu thuật.

Dùng dao mổ thường hoặc dao mổ điện cắt toàn bộ hoại tử tới phần lành: độ IIIsâu, độ IV cắt tới mỡ lành hoặc cân nông, độ V cắt tới cơ lành (chảy máu và co cơ), xương lành (rớm máu), gân lành (trong bóng). Diện tích cắt trên 1%.

Cầm máu bằng đắp gạc tẩm adrenalin 1/200.000 hoặc đốt điện hay kẹp, thắt buộc hoặc khâu cầm máu (nếu tổn thương ở chi thể, có thể garô trên vùng phẫu thuật để hạn chế mất máu khi cắt hoại tử).

Sát khuẩn lại vùng mổ và lân cận bằng thuốc sát khuẩn trên.

Khâu kéo 2 mép vết thương sau cắt lọc hoại tử (tương tự khâu vết thương). Nếu 2 bờ mép vết thương căng khi đóng, thì có thể lóc tách dưới da rộng về 2 mép kéo 2 mép da kiểm tra độ căng, sau đó cầm máu dưới da và đóng như khâu da chấn thương (có thể đóng kín bằng khâu 1 lớp hoặc 2 lớp).

Với những vết thương nghi ngại tiết dịch hay chảy máu: đặt dẫn lưu và để dẫn lưu trong 24 48 giờ sau mổ.

Sát trùng, băng kín.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG**

**Toàn thân**

Theo dõi biến chứng gây mê: suy hô hấp, tụt huyết áp, nôn.: truyền dịch, nâng huyết áp, thở oxy, để đầu thấp nghiêng 1 bên, lau sạch đờm dãi...

Theo dõi tình trạng mất nhiều máu trong mổ: truyền máu kịp thời.

Đau nhiều sau phẫu thuật: cho thuốc giảm đau sau mổ 1 2 ngày.

**Tại chỗ**

Tình trạng chảy máu tại vùng mổ (máu thấm băng...): băng ép bổ sung. Nếu không được: tiến hành mở băng, xác định điểm chảy máu và khâu, đốt cầm máu.

Băng ép quá chặt: nới bớt băng.

Nhiễm khuẩn tại chỗ: dẫn lưu dịch đọng, cắt bỏ các mối khâu khi cần. Thay băng vô khuẩn, đắp thuốc kháng khuẩn tại chỗ và kháng sinh toàn thân.

Thay băng hàng ngày sau ghép da tới khi lành vết thương cắt chỉ (710 ngày).

Nếu vết mổ không liền được: thay băng khi có mô hạt ghép da tự thân.

## **338. CẮT HOẠI TỬ TOÀN LỚP - KHÂU KÍN DƯỚI 1% DIỆN TÍCH CƠ THỂ Ở TRẺ EM**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Cắt bỏ hoại tử toàn lớp khâu kín là phương pháp cắt bỏ toàn bộ hoại tử tới phần mô lành của cơ thể. Sau cắt sạch hoại tử tiến hành đóng kín vết thương một thì bằng khâu kín 2 mép vết thương.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Bỏng độ III sâu, độ IV, độ V hoặc các độ bỏng trên xen kẽ (phân loại 5 độ bỏng).

Diện tích nhỏ, dài có thể kéo khép kín 2 mép nhờ giãn da vùng lân cận.

Toàn trạng ổn định, các xét nghiệm trong giới hạn cho phép phẫu thuật.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Bỏng nông.

Sốc bỏng nặng hoặc toàn trạng không cho phép phẫu thuật.

**IV. CHUẨN BỊ**

**Người thực hiện**

Phẫu thuật viên là bác sỹ chuyên khoa bỏng, kíp phẫu thuật: 3 bác sỹ

Kíp vô cảm: 1 bác sỹ gây mê, 03 điều dưỡng (1 phụ mê, 1 vô trùng và 1 hữu trùng).

**Phương tiện**

Bộ dụng cụ phẫu thuật thông thường.

Kim, chỉ khâu các loại.

**Người bệnh**

**Hồ sơ bệnh án theo quy định cho một cuộc mổ.**

Giải thích để người bệnh và gia đình hiểu và công tác với chuyên môn.

Vệ sinh toàn thân. Người bệnh cần nhịn ăn trước cuộc mổ từ 46 giờ. Nếu người bệnh quá lo lắng: có thể cho an thần nhẹ (seduxen...) đêm trước mổ.

Kiểm tra lại toàn trạng người bệnh (mạch, nhiệt độ, huyết áp...) trước mổ.

Thay băng sạch sẽ vùng tổn thương trước khi đi mổ. Nếu tình trạng người bệnh nặng: tiến hành thay băng dưới gây mê ngay tại phòng mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Chuẩn bị**

Tương tự cuộc phẫu thuật vô khuẩn loại I thông thường.

**2. Vô cảm**: gây mê.

**3. Kỹ thuật**

Chọn tư thế người bệnh phù hợp với vùng phẫu thuật.

Sát khuẩn vùng tổn thương bằng dung dịch PVP 10% và vùng da lành lân cận bằng cồn 700, trải xăng vô trùng, bộc lộ vùng phẫu thuật.

Dùng dao mổ thường hoặc dao mổ điện cắt toàn bộ hoại tử tới phần lành: độ IIIsâu, độ IV cắt tới mỡ lành hoặc cân nông, độ V cắt tới cơ lành (chảy máu và co cơ), xương lành (rớm máu), gân lành (trong bóng). Diện tích cắt dưới 1%.

Cầm máu bằng đắp gạc tẩm adrenalin 1/200.000 hoặc đốt điện hay kẹp, thắt buộc hoặc khâu cầm máu (nếu tổn thương ở chi thể, có thể garô trên vùng phẫu thuật để hạn chế mất máu khi cắt hoại tử).

Sát khuẩn lại vùng mổ và lân cận bằng thuốc sát khuẩn trên.

Khâu kéo 2 mép vết thương sau cắt lọc hoại tử (tương tự khâu vết thương). Nếu 2 bờ mép vết thương căng khi đóng, thì có thể lóc tách dưới da rộng về 2 mép kéo 2 mép da kiểm tra độ căng, sau đó cầm máu dưới da và đóng như khâu da chấn thương (có thể đóng kín bằng khâu 1 lớp hoặc 2 lớp).

Với những vết thương nghi ngại tiết dịch hay chảy máu: đặt dẫn lưu và để dẫn lưu trong 24 48 giờ sau mổ.

Sát trùng, băng kín.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG**

**Toàn thân**

Theo dõi biến chứng gây mê: suy hô hấp, tụt huyết áp, nôn.: truyền dịch, nâng huyết áp, thở oxy, để đầu thấp nghiêng 1 bên, lau sạch đờm dãi...

Theo dõi tình trạng mất nhiều máu trong mổ: truyền máu kịp thời.

Đau nhiều sau phẫu thuật: cho thuốc giảm đau sau mổ 1-2 ngày.

**Tại chỗ**

Tình trạng chảy máu tại vùng mổ (máu thấm băng...): băng ép bổ sung. Nếu không được: tiến hành mở băng, xác định điểm chảy máu và khâu, đốt cầm máu.

Băng ép quá chặt: nới bớt băng.

Nhiễm khuẩn tại chỗ: dẫn lưu dịch đọng, cắt bỏ các mối khâu khi cần. Thay băng vô khuẩn, đắp thuốc kháng khuẩn tại chỗ và kháng sinh toàn thân.

Thay băng hàng ngày sau ghép da tới khi lành vết thương cắt chỉ (7-10 ngày).

Nếu vết mổ không liền được: thay băng khi có mô hạt ghép da tự thân.

## **339. PHẪU THUẬT CHUYỂN VẠT DA TẠI CHỖ ĐIỀU TRỊ BỎNG SÂU**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Chuyển vạt da tại chỗ là dùng vạt da lành ở cạnh vùng khuyết để che phủ vùng khuyết, vạt da lành được bóc tách có đủ các thành phần của da và lớp hạ bì, sự phân bố mạch là ngẫu nhiên... Vạt được nuôi dưỡng chủ yếu bằng các nhánh xiên của lớp bì, chính vì vậy phải tính tỉ lệ chiều dài trên chiều rộng của vạt da cùng với góc xoay của vạt cho phù hợp. Thường sử dụng trong phẫu thuật tạo hình và một số trường hợp chấn thương, bỏng có tổn thương lộ gân xương khớp mà không thể ghép mảnh rời tự do. Có rất nhiều kiểu chuyển vạt: 1 vạt, 2 vạt, nhiều vạt, hình chữ Z,Y,H,W, vạt xoay...

Trong bỏng sâu hay áp dụng kiểu chuyển vạt tại chỗ sau cắt hoại tử toàn lớp.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Bỏng sâu gây khuyết da lộ gân, xương, khớp, mạch máu, thần kinh.

Bỏng sâu ở các vị trí đòi hỏi chức năng và thẩm mỹ cao

Sử dụng da còn dư chiều ngang để bù chiều dài.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Bỏng nông.

Sốc bỏng nặng hoặc toàn trạng không cho phép phẫu thuật.

Cơ sở điều trị không có đủ trang thiết bị phẫu thuật, hồi sức và kỹ thuật chuyên khoa.

**IV. CHUẨN BỊ**

**Người thực hiện**

Phẫu thuật viên chuyên khoa bỏng, có kiến thức về phẫu thuật tạo hình

Kíp vô cảm phòng mổ.

**Phương tiện**

Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình, dao điện.

**Người bệnh**

**Hồ sơ bệnh án theo quy định cho một cuộc mổ.**

Giải thích để người bệnh và gia đình hiểu và công tác với chuyên môn.

Vệ sinh toàn thân. Người bệnh cần nhịn ăn trước cuộc mổ từ 46 giờ. Nếu người bệnh quá lo lắng: có thể cho an thần nhẹ (seduxen...) đêm trước mổ.

Chuẩn bị vùng chuyển vạt da: tắm sạch sẽ, cạo lông...

Kiểm tra lại toàn trạng người bệnh (mạch, nhiệt độ, huyết áp.) trước mổ.

Thay băng sạch sẽ vùng tổn thương trước khi đi mổ. Nếu tình trạng người bệnh nặng: tiến hành thay băng dưới gây mê ngay tại phòng mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Chuẩn bị**

Tương tự cuộc phẫu thuật vô khuẩn loại I thông thường.

Kiểm tra lại bệnh án, xét nghiệm, khám toàn thân, tại chỗ.

Vẽ thiết kế vạt dự kiến trước phẫu thuật.

**2. Vô cảm**: gây mê hoặc tê khu vực phẫu thuật (tùy theo người bệnh).

**3. Kỹ thuật**

Chọn tư thế người bệnh phù hợp với vùng phẫu thuật.

Sát khuẩn vùng tổn thương và da lành lân cận bằng dung dịch PVP 10% và cồn 700, trải vải vô trùng bộc lộ vùng phẫu thuật.

Dựa vào kích thước, vị trí khuyết da để vẽ lại vạt da cần chuyển.

Chuẩn bị nền ghép: Cắt bỏ hoại tử bỏng toàn lớp (theo quy trình riêng).

Dùng dao mổ thường họăc dao mổ điện cắt toàn bộ hoại tử tới phần lành. Cầm máu bằng đắp gạc tẩm adrenalin 1/200.000 hoặc đốt điện hay thắt, buộc hoặc khâu cầm máu (nếu tổn thương ở chi thể, có thể garô trên vùng phẫu thuật để hạn chế mất máu khi cắt hoại tử). Đánh giá mức độ khuyết hổng cần che phủ. Điều chỉnh bổ sung vạt chuyển đã vẽ thiết kế (nếu cần)

Kiểm tra lại dự kiến xoay chuyển vạt để điều chỉnh, Rạch da theo đường vẽ, bóc tách vạt da đến lớp cân dưới da, cầm máu tốt. Chú ý không làm tổn thương mạch máu của vạt. **Đánh giá vùng cho vạt:** chỉ thực hiện được khi vùng cho vạt còn da lành. Vẽ thiết kế vạt dựa vào yêu cầu của tổn khuyết, chú ý tỷ lệ chiều rộng/ chiều dài đảm bảo cấp máu cho vạt da, thông thường tỷ lệ này là 1/2 thì an toàn. Ở một số vị trí như vùng mặt cổ, tỷ lệ này có thể là 1/4 hoặc 1/5.

Xoay, chuyển vạt da tới vùng khuyết da. Khâu đính nền với lớp cân của vạt không tạo khoảng trống.

Khâu mép da với mép vạt da 2 lớp: lớp dưới da bằng chỉ tiêu, lớp da bằng chỉ lanh, nylon... Dẫn lưu dưới vạt 2448h sau mổ nếu cần

Đặt gạc PVP 10%, 46 lớp gạc khô, băng kín.

Xử trí khuyết da vùng da:

Khâu kín lại nếu diện hẹp

Không khâu kín được thì phải ghép da mảnh rời tự do (dày hoặc mỏng).

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**Toàn thân**

Theo dõi biến chứng gây mê: suy hô hấp, tụt huyết áp, nôn...: truyền dịch, nâng huyết áp, thở oxy, để đầu thấp nghiêng 1 bên, lau sạch đờm dãi...

Theo dõi tình trạng mất nhiều máu trong mổ: truyền máu kịp thời.

Đau nhiều sau phẫu thuật: cho thuốc giảm đau sau mổ 1-2 ngày.

**Tại chỗ**

Tình trạng chảy máu tại vùng mổ (máu thấm băng...): băng ép bổ sung. Nếu không được: tiến hành mở băng, xác định điểm chảy máu và khâu, đốt cầm máu.

Băng ép quá chặt: nới bớt băng.

Nhiễm khuẩn tại chỗ: dẫn lưu dịch đọng, cắt bỏ các mối khâu khi cần. Thay băng vô khuẩn, đắp thuốc kháng khuẩn tại chỗ và kháng sinh toàn thân.

Thay băng hàng ngày sau chuyển vạt da tới khi lành vết thương cắt chỉ (7-10 ngày).

Hoại tử vạt một phần hoặc toàn bộ: thay băng, khi có mô hạt ghép da tự thân.

## **340. PHẪU THUẬT CHUYỂN VẠT DA KIỂU Ý ĐIỀU TRỊ BỎNG SÂU**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Trong điều trị bỏng sâu, một số trường hợp bị lộ các tổ chức dưới da như gân, xương, khớp, mạch máu, thần kinh ...việc che phủ các tổ chức đó bằng ghép da mảnh rời tự do (da mảnh mỏng, mảnh trung bình, mảnh dày) nhiều khi khó khăn, ảnh hưởng đến chức năng sau này. Trong những trường hợp đó sử dụng các vạt da có cuống nuôi là một giải pháp hiệu quả.

Sử dụng các vạt da kiểu Ý là sử dụng các vạt da tự thân, tại một vị trí xa chỗ ghép, thường là vạt chân/chân; tay/tay; tay/bụng... Vạt da lành được bóc tách có đủ các thành phần của da và lớp hạ bì, sự phân bố mạch là ngẫu nhiên... Vạt được nuôi dưỡng chủ yếu bằng các nhánh xiên của lớp bì, chính vì vậy phải tính tỉ lệ chiều dài trên chiều rộng của vạt da cùng với góc xoay của vạt cho phù hợp.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Bỏng sâu độ V (gân, cơ, xương khớp)

Chấn thương mất phần mềm, lộ gân xương khớp

Tạo hình thẩm mỹ một số vị trí cần thiết của di chứng, chấn thương.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Bỏng nông

Bỏng sâu độ IV ở các vị trí không ảnh hưởng tới thẩm mỹ, chức năng

Nguy cơ chảy máu (người bệnh có rối loạn đông máu; phụ nữ thời kỳ kinh nguyệt) hoặc toàn trạng người bệnh không cho phép phẫu thuật.

**IV. CHUẨN BỊ**

**Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa bỏng, bác sĩ ngoại chung được đào tạo.

Kíp gây mê

**Phương tiện**

Bộ đại trung phẫu, bông, băng, gạc, bột thạch cao...

**Người bệnh**

**Hồ sơ bệnh án theo quy định cho một cuộc mổ.**

Giải thích để người bệnh và gia đình hiểu và công tác với chuyên môn (sự khó khăn trong sinh hoạt đòi hỏi người bệnh phải khắc phục...).

Vệ sinh toàn thân. Người bệnh cần nhịn ăn trước cuộc mổ từ 46 giờ. Nếu người bệnh quá lo lắng: có thể cho an thần nhẹ (seduxen...) đêm trước mổ.

Chuẩn bị vùng chuyển vạt da: tắm sạch sẽ, cạo lông...

Kiểm tra lại toàn trạng người bệnh (mạch, nhiệt độ, huyết áp...) trước mổ.

Thay băng sạch sẽ vùng tổn thương trước khi đi mổ. Nếu tình trạng người bệnh nặng: tiến hành thay băng dưới gây mê ngay tại phòng mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Chuẩn bị**

Tương tự cuộc phẫu thuật vô khuẩn loại I thông thường.

**2. Vô cảm**: Gây mê hoặc gây tê vùng.

**3. Kỹ thuật**

Thiết kế vạt da

Ướm thử vùng lấy vạt da ghép, để tạo tư thế thuận lợi cho người bệnh trong thời gian 3 tuần sau phẫu thuật.

Ổ khuyết da ở cánh tay, khuỷu tay: nên dùng vạt da thành ngực (vạt da tay ngực...).

Ổ khuyết da ở cẳng tay, cổ tay, bàn ngón tay: nên dùng vạt da ở thành ngực, bụng mông, cánh tay phía bên lưng (vạt da tay bụng...).

Ổ khuyết da ở chi dưới: có thể dùng vạt da chéo chân.

Ổ khuyết da ở ngón chân: nên dùng vạt da ngón bên cạnh.

Tạo vạt da

Dùng xanh Methylen đo và vẽ da tương ứng ổ khuyết da.

Rạch lấy vạt da: gồm đủ các thành phần của da và lớp hạ bì, sự phân bố mạch là ngẫu nhiên... Tính tỉ lệ chiều dài trên chiều rộng của vạt da (tốt nhất tỷ lệ ^), góc xoay của vạt cho phù hợp.

Vùng lấy vạt: khâu khép vùng lấy da, hoặc phủ bằng mảnh da mỏng tự thân.

Tạo nền ghép da

Cắt bỏ hoại tử bỏng toàn lớp (theo quy trình riêng).

Ghép da

Đặt vạt da vào ổ khuyết, khâu đính mép da của vạt và mép da ổ khuyết bằng các mũi rời chỉ lanh hoặc nylon.

Nên khâu đính nền tổn thương với lớp cân của vạt bằng các mối chỉ tự tiêu, không tạo khoảng trống giữa vạt da và nền ghép.

Dẫn lưu dưới vạt 2448 giờ sau mổ nếu cần

Kiểm tra chảy máu.

Dùng chỉ khâu cố định (hình chữ U có gạc cầu đệm) bổ sung để đảm bảo giữa vùng chi có vạt da Ý và vùng có ổ khuyết nền ghép được giữ yên cố định trong thời gian vạt da gắn chặt vào nền ghép.

Đặt gạc kháng sinh, gạc khô băng kín vùng ghép da, theo tư thế thuận lợi không gây chèn ép vạt da.

Băng cố định chi thể có ổ khuyết với vùng vạt da bằng bột thạch cao (nếu xét thấy cần).

Thay băng

Sau 23 ngày thay băng lần đầu. Sau đó thay băng hàng ngày; vệ sinh thân thể và quanh vết mổ

Sau 3 tuần: cắt cuống da ý.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**Toàn thân**

Theo dõi biến chứng gây mê: suy hô hấp, tụt huyết áp, nôn.: truyền dịch, nâng huyết áp, thở oxy, để đầu thấp nghiêng 1 bên, lau sạch đờm dãi...

Theo dõi tình trạng mất nhiều máu trong mổ: truyền máu kịp thời.

Đau nhiều sau phẫu thuật: cho thuốc giảm đau sau mổ 1-2 ngày.

**Tại chỗ**

Tình trạng chảy máu tại vùng mổ (máu thấm băng...): tiến hành mở băng, xác định điểm chảy máu và khâu, đốt cầm máu.

Nhiễm khuẩn tại chỗ: dẫn lưu dịch đọng, cắt bỏ các mối khâu khi cần. Thay băng vô khuẩn, đắp thuốc kháng khuẩn tại chỗ và kháng sinh toàn thân.

Hoại tử vạt một phần hoặc toàn bộ: thay băng, khi có mô hạt ghép da tự thân.

Vạt da Ý tách lìa khỏi ổ khuyết: Gây mê, khâu lại giống như khâu ban đầu.

## **341. CẮT CỤT CHI THỂ BỎNG KHÔNG CÕN KHẢ NĂNG BẢO TỒN ĐIỀU TRỊ BỎNG SÂU**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Cắt bỏ một phần hoặc toàn bộ chi thể bị bỏng sâu, phức tạp không còn khả năng bảo tồn. Chỉ tiến hành sau khi đã cố gắng bảo tồn bằng mọi biện pháp không kết quả.

Thận trọng trong chỉ định và tiết kiệm phần tổ chức còn có khả năng bảo tồn trong Kỹ thuật

**II. CHỈ ĐỊNH**

Chi thể bị bỏng hoại tử toàn bộ da, cân, cơ, xương, thần kinh, mạch máu (hoại tử toàn bộ, teo đét, than hóa...)

Bỏng sâu khối hoại tử lớn, mất cơ lớn, viêm mủ nặng, đã dẫn lưu rửa ổ khớp.không kết quả, đe dọa nhiễm khuẩn máu.

Bỏng có biến chứng hoại thư sinh hơi đe dọa tính mạng người bệnh, các phương pháp điều trị khác không có kết quả.

Bỏng sâu kết hợp gãy xương, đứt mạch máu lớn, tổn thương dập nát phần mềm lớn, các khớp lớn, điều trị bảo tồn không kết quả.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Khi còn hy vọng hoặc còn biện pháp khác để bảo tồn chi.

**IV. CHUẨN BỊ**

**Người thực hiện:**

Phẫu thuật viên bác sĩ chuyên khoa ngoại được đào tạo.

Phương tiện: bộ đại phẫu, máy đốt điện, dao điện, máu, dịch truyền.

**Người bệnh**

Bảo đảm bệnh án đủ các chỉ tiêu phẫu thuật

Giải thích cho gia đình và người nhà TRÍ do, tai biến nếu không cắt cụt và kí giấy xin phẫu thuật.

Dặn người bệnh nhịn ăn, uống trước phẫu thuật 6 giờ và thay băng.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm**

Gây mê; với cắt cụt ngón tay, ngón chân có thể gây tê gốc chi hoặc đám rối thần kinh (gây tê vùng).

**2.** **Kỹ thuật**

Rạch thăm dò trên phần chi hoại tử, đến vùng cơ, thần kinh, mạch máu còn nuôi được phần chi phía dưới và cắt cụt ở phần đó. Garo phía trên đường kính khoảng 20 cm.

Cắt cụt chi thể không điển hình.

Khác với cắt cụt chấn thương: Cắt cụt trong bỏng là cắt cụt không điển hình hoại tử tới đâu cắt tới đó. Thường không sử dụng được các kỹ thuật cắt cụt như trong chấn thương hay trong các bệnh lý khác.

Da và cân nông cùng cắt 1 thì.

Cắt cơ: có thể cắt ngay 1 thì cho tới xương (vết thương nhiễm hoại thư...) hoặc cắt từng lớp: ví dụ cắt lớp cơ nông ngay mức da co, cắt lớp cơ sâu ngay mức cơ nông co hoặc ngang mức cưa xương.

Cố gắng bảo tồn tối đa phần da, cân, cơ mạch máu, thần kinh còn có khả năng bảo tồn.

Cầm máu tốt, chú ý các mạch máu đã hoại tử hay đe dọa hoại tử. Cố gắng thắt, khâu và vùi các mạch máu với tổ chức cân cơ còn lành. Phải thắt hoặc buộc mạch máu ngang mức cắt của cơ mà nó nuôi dưỡng. Mạch máu to cần buộc 2 lần. Cắt thần kinh cao hơn mức cưa xương, cắt bằng dao sắc, cắt 1 nhát gọn và dứt khoát.

Cưa xương: dùng đĩa vén cơ hoặc gạc vén các cơ xung quanh lên cao. Cắt cốt mạc chỗ định cưa xương, lóc từ trên xuống. Đối với chi có 2 xương: cưa xương di động trước, cưa xương cố định sau, nhưng khi cưa xương phải bắt đầu ở xương cố định trước. Dũa nhẵn các đầu xương sau cắt. Rửa sạch bằng natri clorid 0,9%.

Kiểm tra và cắt lọc kỹ các khối cơ đã hoại tử. Nếu phía trên điểm cắt cụt vẫn còn nguy cơ hoại tử thì cố gắng rạch cao lên phía trên để tránh chèn ép, cải thiện tuần hoàn.

Rửa sạch tổ chức đầu mỏm cụt bằng oxy già, dung dịch betadine 3% và nước muối sinh lý. Tháo ga rô kiểm tra tình trạng chảy máu.

Khâu định hướng da cơ, đặt dẫn lưu. Chú ý để hở mỏm cụt, không đóng kín. Bôi thuốc kháng khuẩn, băng ép.

Thay băng hàng ngày mỏm cụt

Hoại tử toàn bộ chi, phải tháo khớp vai hoặc khớp háng.

Phẫu thuật lớn phải có máu truyền, hồi sức chống sốc trong và sau phẫu thuật.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**Toàn thân**

Theo dõi biến chứng gây mê nếu có: suy hô hấp, tụt huyết áp, nôn...: truyền dịch, nâng huyết áp, thở oxy, để đầu thấp nghiêng 1 bên, lau sạch đờm dài...

Đau nhiều sau phẫu thuật: cho thuốc giảm đau sau mổ 1-2 ngày.

Sốc: theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp 1 giờ/lần, trong 24 giờ đầu; các ngày sau tùy tình trạng người bệnh, ít nhất phải lấy mạch, nhiệt độ, huyết áp sáng và chiều.

Nhiễm khuẩn toàn thân: điều trị theo phác đồ nhiễm khuẩn máu.

Chống suy mòn cho người bệnh, nuôi dưỡng tốt.

**Tại chỗ**

Thay băng hàng ngày, do phẫu thuật viên đã phẫu thuật cho người bệnh trực tiếp thay băng.

Theo dõi tình trạng chảy máu tại vết mổ: garo chờ, tiến hành cầm máu lại, băng ép nhẹ nhàng.

Theo dõi các dẫn lưu: hút máu tụ, dịch đọng.

Nhiễm khuẩn tại chỗ: dẫn lưu dịch đọng, cắt bỏ các mối khâu khi cần. Thay băng vô khuẩn, đắp thuốc kháng khuẩn tại chỗ và kháng sinh toàn thân.

Mỏm cụt có mô hạt: ghép da tự thân phủ kín mỏm cụt; nếu có lòi xương: cắt ngắn xương, dùng vạt da phủ kín đầu xương cắt.

Hẹn người bệnh kiểm tra định kỳ sau khi ra viện để đánh giá mỏm cụt và phẫu thuật sửa lại mỏm cụt kỳ hai (nếu cần)

Giới thiệu người bệnh đến các trung tâm chỉnh hình để phục hồi chức năng, làm chi giả.

## **342. KHÁM NGƯỜI BỆNH BỎNG, CHẨN ĐOÁN DIỆN TÍCH VÀ ĐỘ SÂU BỎNG BẰNG LÂM SÀNG**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Khám người bị bỏng là khám toàn diện người bị bỏng và khám tại chỗ tổn thương bỏng bằng lâm sàng để chẩn đoán diện tích, độ sâu bỏng, tiên lượng và đề ra phương pháp điều trị thích hợp.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Người bị bỏng

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có

**IV. CHUẨN BỊ**

**Người thực hiện**

Bác sỹ chuyên khoa bỏng

Bác sỹ ngoại khoa được đào tạo thêm về bỏng

Bác sỹ đa khoa được đào tạo thêm về bỏng

Điều dưỡng ngoại khoa được đào tạo thêm về bỏng

**Phương tiện**

Dụng cụ khám toàn thân: Ống nghe; huyết áp kế; nhiệt kế; bộ dụng cụ khám tai mũi họng

Dụng cụ khám tổn thương bỏng: Nỉa, giấy quỳ, găng tay vô trùng, gạc vô trùng, thước dây.

Khám tại buồng cấp cứu hoặc buồng băng tùy tình trạng người bệnh.

Trang thiết bị cấp cứu, theo dõi người bệnh.

**Người bệnh**

Nằm hoặc ngồi tùy theo tình trạng người bệnh

Bộc lộ hết vùng bị bỏng

**Hồ sơ bệnh án**

Bệnh án chuyên khoa bỏng hoặc bệnh án ngoại khoa theo quy định chung

Có sơ đồ mô tả tổn thương bỏng

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

Việc khám, chẩn đoán diện tích và độ sâu bỏng bằng lâm sàng cần được tiến hành càng sớm càng tốt, ngay sau khi người bệnh đến cơ sở y tế.

Phần hỏi bệnh (hỏi người bệnh hoặc hỏi người nhà)

Tên, tuổi, nghề nghiệp, giới, cân nặng

Thời gian bị bỏng

Tác nhân gây bỏng thời gian tiếp xúc với tác nhân gây bỏng

Hoàn cảnh, vị trí nơi bị bỏng

Xử trí tuyến trước

Tiền sử người bệnh

Loại phương tiện vận chuyển

Khám toàn thân (theo quy định chung như khám cho mọi người bệnh) lưu ý:

Khám toàn trạng

Ý thức (tỉnh, lơ mơ, vật vã, kích thích, hôn mê), da niêm mạc (tím tái, nhợt, phù nề); nhiệt độ; mồ hôi lạnh; thể trạng (béo, gầy, suy dinh dưỡng...); cân nặng...

**Khám tuần hoàn**

Đo mạch, huyết áp động mạch, nghe tim...

**Khám hô hấp**

Tình trạng khó thở, tần số nhịp thở, nghe phổi, khám mũi họng, thử giọng nói xem có bỏng đường hô hấp không.

**Khám tiêu hoá**

Lưỡi rêu, chất lưỡi.

Tình trạng chướng bụng, liệt ruột, chất nôn, màu sắc phân nếu có

Gan, lách.

**Khám tiết niệu**

Cầu bàng quang.

Đo lượng nước tiểu, màu sắc, mùi.

**Các xét nghiệm**

Các xét nghiệm an toàn: HIV; viêm gan B, C

Các xét nghiệm huyết học: hồng cầu, huyết sắc tố, bạch cầu, công thức bạch cầu, hematocrit, tiểu cầu, nhóm máu. Các xét nghiệm sinh hóa: urê, creatinin, glucose, điện giải đồ, SGOT, SGPT, khí máu...

Nước tiểu: protein, glucose, Hb, tỷ trọng.

Khám bỏng đường hô hấp (theo quy trình riêng). Lưu ý:

Tiếng nói: khàn, mất tiếng, khó thở

Ho: khàn, đờm màu xanh đen xám, có rỉ máu

Mồm, họng: viêm nề, tiết dịch, đám hoại tử

Mũi: cháy lông mũi, viêm nề tiết dịch

Phổi: ran bệnh, Xquang. Soi khí, phế quản nếu có chỉ định.

Khám tổn thương bỏng, mô tả diện tích, độ sâu và tính chất tổn thương ở từng vị trí

**Khám tổn thương bỏng**

Nhìn (quan trọng): có nốt phỏng không, tính chất nốt phỏng, màu sắc của nền tổn thương bỏng, màu sắc của vùng da lành xung quanh, tình trạng tiết dịch của vết bỏng, tình trạng hoại tử (khô, ướt, tính chất...), các dấu hiệu khác: lộ mạch máu, thần kinh, gân, cơ, xương, khớp, các tạng.

Thực hiện các thủ thuật chẩn đoán: nhỏ thử lông, dùng gạc quệt nhẹ vùng bỏng; dùng nỉa chạm nhẹ vùng bỏng để thử cảm giác đau (không tiến hành với trẻ em), đo pH vùng bỏng.

**Chẩn đoán độ sâu của bỏng:**

Xác định bỏng nông, bỏng sâu

**Bỏng nông** (chỉ cần 1 trong 3 dấu hiệu sau đã đủ giúp chẩn đoán):

Có nốt phỏng

Nền tổn thương bỏng có màu hồng hoặc đỏ

Còn cảm giác đau vùng bỏng.

**Bỏng sâu** (chỉ cần 1 trong 3 dấu hiệu sau đã đủ giúp chẩn đoán):

Có hoại tử bỏng: hoại tử ướt (màu trắng bệch như thịt luộc, màu trắng xám, xanh xám khi đã có nhiễm khuẩn, phù nền gồ cao hơn vùng da lành, mềm ướt khi sờ); hoặc hoại tử khô (màu đen hoặc vàng xám, lõm hơn da lành, khô ráp khi sờ, có các dấu hiệu tắc mạch phía dưới)

Mất hoàn toàn cảm giác đau tại vùng bỏng

Có các dấu hiệu tại vùng bỏng như: lộ cơ, mạch máu, xương, khớp, gân hay các tạng khác dưới da

Xác định độ sâu bỏng theo cách chia 5 độ

**Bỏng độ I**: da đỏ, đau rát, phù nhẹ

**Bỏng độ II**: nốt phỏng vòm mỏng, dịch nốt phỏng màu vàng chanh, nền nốt phỏng màu hồng nhạt, không có rớm máu, chạm vào nền vết bỏng đau nhiều.

**Bỏng độ III**: nốt phỏng vòm dày, dịch nốt phỏng có thể có màu hồng, nền nốt phỏng xung huyết đỏ, có thể rớm máu, chạm vào nền vết bỏng đau.

**Bỏng độ IV**: hoại tử ướt màu trắng bệch, nổi cao hơn da bình thường; hoại tử khô đen xám lõm dầy cứng, có hình mạch máu dưới da bị đông tắc. Có thể rút lông ra khỏi da một cách dễ dàng hoặc dùng đầu kim nhọn chọc vào các đám tử hoại, người bệnh không thấy đau

**Bỏng độ V**: đến gân cơ xương khớp và các tạng ở sâu.

Tính diện tích bỏng: theo % diện tích cơ thể

Sử dụng phương pháp con số 9 ở người lớn

|  |  |
| --- | --- |
| Đầu mặt cổ | 9% |
| Thân trước | 18% |
| Thân sau và 2 mông | 18% |
| Một chi trên | 9% |
| Một chi dưới | 18% |
| Sinh dục ngoài | 1% |

Sử dụng phương pháp các con số 1, 3, 6, 9, 18 ở người lớn

1%: mu, gan bàn tay, tầng sinh môn, cổ, gáy

3%: cánh, cẳng tay, da mặt, da đầu, 1 bàn chân

6%: cẳng chân, 2 mông

9%: đùi, 1 chi trên

18%: 1 chi dưới, thân trước, thân sau (cả 2 mông)

Cách tính diện tích bỏng trẻ em dựa vào bảng

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ''"'"'■■''''^**phẫn cơ thể**  **Tuổi** | **Đầu và Mặt**  **(%)** | **Hai đùi**  **(%)** | **Hai cẳng chân**  **(%)** |
| 1 | 17 | 13 | 10 |
| 5 | 13 | 16 | 11 |
| 10 | 10 | 18 | 12 |

Các thành phần khác của cơ thể cách tính diện tích như ở người lớn

Phương pháp bàn tay người bệnh: tương đương 1%

Cách ghi chẩn đoán bỏng

Diện tích bỏng chung (độ sâu %) Tác nhân bỏng

Bỏng Thời gian, bệnh kèm theo

Độ bỏng Vị trí bỏng

Vẽ sơ đồ tổn thương kèm theo.

## **343. SƠ CỨU, CẤP CỨU TỔN THƯƠNG BỎNG NHIỆT**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Sơ cấp cứu người bệnh là những công việc vừa mang tính cộng đồng, vừa mang tính chất chuyên môn, bao gồm những can thiệp được tiến hành trong khoảng thời gian ngay sau khi bị nạn, trước khi người bệnh tới cơ sở y tế đầu tiên. Sơ cấp cứu đúng ngay sau bỏng làm giảm diện tích và độ sâu bỏng, làm diễn biến bệnh nhẹ hơn. Xử trí sai làm tăng diện tích, làm bệnh nặng hơn.

Trong sơ cứu bỏng, ngâm rửa vết bỏng càng sớm càng tốt ngay sau khi bị bỏng có nhiều lợi ích: Giảm được nhiệt độ tại chỗ ngay lập tức với bỏng nhiệt, hòa loãng và làm trôi tác nhân gây bỏng, giảm đau, hạn chế rối loạn vi tuần hoàn tại vùng bỏng, làm giảm phù nề và giảm độ sâu tổn thương bỏng.

Nên nhớ việc sử dụng nước lạnh sạch là rất cần thiết vì hiệu quả cao, có sẵn, bảo đảm được thời gian sớm nhất. Không nên bôi bất cứ cái gì lên vết bỏng khi chưa được bác sỹ khám đánh giá và chỉ định.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Bỏng do nhiệt trong vòng 1 giờ đầu sau bỏng, càng sớm càng tốt.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Chống chỉ định tuyệt đối: không có

Chống chỉ định tương đối: Không cần thiết trong một số trường hợp: bỏng nhiệt sau nhiều giờ, bỏng đã lâu ngày, người bị bỏng đang có các dấu hiệu nguy hiểm đe dọa tính mạng.

**IV. CHUẨN BỊ**

**Người bệnh**

Được giải thích mục đích của ngâm rửa và đề nghị hợp tác

**Dụng cụ, trang bị**

Nước lạnh, sạch: nước lọc, nước máy, nước giếng, nước mưa, trong trường hợp cần thiết có thể dùng nước hồ, sông

Chậu, xô, vòi nước, gáo nước

Khăn, chăn ủ ấm

Băng gạc sạch

**Người thực hiện sơ cấp cứu**

Tại hiện trường, người tham gia cấp cứu có thể là tình nguyện viên, hội viên hội chữ thập đỏ..., hoặc chính người bệnh.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

*Bước 1: Loại trừ tiếp xúc với tác nhân gây bỏng càng sớm càng tốt*

Nhanh chóng loại bỏ tác nhân gây bỏng ra khỏi nạn nhân: nhanh chóng đưa nạn nhân ra khỏi nơi hỏa hoạn, dập tắt lửa trên người nạn nhân...

Để nạn nhân nơi an toàn, thoáng, cao ráo để có thể thực hiện cứu chữa sơ bộ ban đầu có hiệu quả.

Cới hoặc cắt bỏ quần áo cháy, ngấm nước sôi. Nhanh chóng cởi quần áo chật, nhẫn hoặc đồng hồ trước khi phần bỏng sưng nề.

*Bước 2: Đánh giá ban đầu, bảo đảm những chức năng sống còn,*

Kiểm tra đánh giá trạng thái toàn thân, đặc biệt các chức năng sinh tồn:

Tình trạng ý thức (tỉnh hay không tỉnh)

Đường thở, tình trạng hô hấp (ngừng thở, khó thở không)

Tuần hoàn: mạch ngoại vi còn hay không, có ngừng tim hay không

Phát hiện chấn thương kết hợp, đặc biệt những gãy xương lớn hoặc chấn thương sọ não, chảy máu lớn.

Tiến hành cấp cứu tối khẩn cấp khi phát hiện những rối loạn trên.

*Bước 3: Nhanh chóng ngâm rửa vùng bỏng vào nước sạch*

Tiến hành ngâm vùng bỏng vào nước sạch càng sớm càng tốt (tốt nhất trong vòng 30-60 phút đầu).

Có thể ngâm rửa hoặc dội bằng nước sạch hay hứng dưới vòi nước sạch.

Vừa ngâm rửa vùng bỏng vừa cắt bỏ quần áo bị cháy, vừa dùng gạc lau nhẹ để làm trôi dị vật, bùn đất bám vào vết bỏng.

Có thể ngâm, rửa, dội hoặc đắp các khăn tẩm nước lên vùng bị bỏng.

Không sử dụng đá lạnh, nước đá lạnh để ngâm rửa hay chườm lên vết bỏng

Thời gian ngâm rửa thường từ 15-20 phút, 30-45 phút. Có thể ngâm rửa tới khi hết đau rát.

Kinh nghiệm cho thấy khi thôi không ngâm rửa nữa mà người bệnh vẫn đau tăng, ngâm trở lại người bệnh lại giảm đau có nghĩa là ngâm rửa vẫn còn tác dụng.

Sử dụng nước lạnh sạch, nhiệt độ từ 16 đến 20 độ là tốt nhất... Tận dụng nguồn nước sạch sẵn có ngay tại nơi bị nạn như nước máy, nước mưa, nước giếng... Nước vô trùng là không cần thiết.

Lưu ý: Chú ý chỉ ngâm rửa vùng bị bỏng còn những vùng khác của cơ thể cần được giữ ấm, nhất là mùa đông. Đặc biệt với trẻ em, người già, khi thời tiết lạnh, khi diện tích bỏng rộng: cần rút bớt thời gian ngâm, đề phòng nhiễm lạnh.

*Bước 4: Che phủ tạm thời vết bỏng*

Sau khi ngâm rửa, tiến hành che phủ vết bỏng bằng gạc sạch hoặc vải sạch,thậm chí khăn mặt, khăn tay, vải màn sạch.

Băng ép vừa phải vết bỏng

*Bước 5: Ủ ấm, bù nước điện giải sau bỏng*

Bù nước điện giải bằng đường uống (uống oréol, nước chè đường ấm, nước cháo loãng, nước khoáng...

Ủ ấm

Giảm đau cho người bệnh (nếu có thể) bằng các thuốc giảm đau toàn thân.

*Bước 6: Vận chuyển nạn nhân dến cơ sở y tế gần nhất.*

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG**

Ngừng thở, ngừng tim:

Do bỏng nặng, đau đớn quá mức nếu không được khám xét đánh giá đầy đủ mà vẫn tiến hành ngâm rửa thì trong quá trình ngâm rửa người bệnh có thể ngừng thở, ngừng tim. Do đó cần phải đánh giá chính xác chức năng sống và tình trạng toàn thân trước khi xử trí, nếu tình trạng nặng phải ưu tiên hồi sức cấp cứu nạn nhân trước. Nếu xảy ra ngừng thở, ngừng tim cần dừng việc ngâm rửa và tiến hành hồi sức tổng hợp.

Nhiễm lạnh, viêm phổi do ngâm rửa: đây là biến chứng hay gặp, đặc biệt vào mùa lạnh, với trẻ em, người già, phụ nữ; diện bỏng rộng. Để tránh, cần ngâm rửa vùng bỏng nhưng ủ ấm vùng lành, không dùng đá lạnh, nước lạnh, với trẻ nhỏ quá không nên ngâm rửa diện rộng, nên chọn nơi kín gió.

## **344. XỬ TRÍ TẠI CHỖ KỲ ĐẦU TỔN THƯƠNG BỎNG**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Xử trí vết thương bỏng kỳ đầu là việc xử trí vết bỏng tại cơ sở y tế đầu tiên khi người bệnh đến, nhằm đạt được 3 mục đích:

Loại trừ tác nhân gây bỏng còn lại, lấy bỏ chất bẩn và dị vật, cắt bỏ lớp mô hoại tử bỏng đã bong rời.

Chẩn đoán diện tích và độ sâu của tổn thương bỏng.

Làm sạch vết bỏng, sử dụng thuốc hoặc vật liệu che phủ tạm thời vết bỏng tại chỗ vết bỏng.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Tổn thương bỏng chưa được xử trí kì đầu.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Đang có sốc hoặc đe dọa sốc bỏng.

**IV. CHUẨN BỊ** (tương tự như cuộc thay băng bỏng)

**Người thực hiện**

Kíp thay băng: Tối thiểu 3 người, 1 bác sỹ, 2 điều dưỡng (1 điều dưỡng vô trùng, 1 điều dưỡng hữu trùng

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

**Phương tiện**

Dụng cụ **(**mỗi người bệnh cần thay băng theo khẩu phần riêng, cơ bản)

Khay quả đậu, bông, băng, gạc, vải vô khuẩn.

Nỉa có mấu và không mấu, kéo cong, kéo thẳng, găng tay. Nên có sẵn những dụng cụ cầm máu như pince, kìm cầm kim...

Xô đựng đồ bẩn.

Thuốc thay băng bỏng

Các dung dịch sát khuẩn dùng để rửa vết bỏng có thể sử dụng: dung dịch nước xà phòng, dung dịch Natri clorid 0,9%; dung dịch becberin 1%; dung dịch povidone iodine (PVP) 10%, acid boric 24%; 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;... Các thuốc nam có tác dụng kháng khuẩn như mỡ Maduxin; mỡ Eupoline; cream berberin,...

Các thuốc tạo màng che phủ vết bỏng mới như B76 (theo quy trình riêng).

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 hydrocoloid.

**Người bệnh**

Giải thích động viên người bệnh

Kiểm tra mạch, nhiệt độ, huyết áp, tình trạng hô hấp.

**Chuẩn bị hồ sơ bệnh án theo quy định, các xét nghiệm liên quan.**

Địa điểm thay băng

Buồng thay băng hoặc buồng bệnh (buồng bệnh nặng hoặc buồng bệnh hồi sức cấp cứu) có đủ các trang bị cấp cứu như nguồn cung cấp oxy; máy hút; monitor theo dõi; các dụng cụ và thuốc cấp cứu cần thiết khác.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

Nguyên tắc xử trí

Xử trí càng sớm càng tốt

Phải giảm đau tốt cho người bệnh

Bảo đảm vô khuẩn

**1.** **Vô cảm**

Tùy theo diện tích mà có thể dùng thuốc giảm đau hoặc gây mê (theo quy trình riêng).

**2. Kỹ thuật**

Những quy định vô khuẩn trong thay băng, xử trí kỳ đầu

Người thực hiện thay băng: rửa tay vô khuẩn theo quy trình, mặc quần áo, đội mũ, đeo găng vô khuẩn. Sau khi thay băng cho mỗi người bệnh, thay lại bộ mới.

Dụng cụ, phương tiện, vật liệu thay băng vô khuẩn. Mỗi người bệnh phải dùng khẩu phần riêng, tránh lây chéo.

Người bệnh trước khi cởi băng phải được lau sạch các phần không bị bỏng, cởi bỏ quần áo bẩn.

Rửa vết bỏng ở vùng sạch trước, vùng bẩn sau, vùng đầu mặt cổ trước, bàn chân, sinh dục ngoài rửa sau cùng.

Đánh giá chung tình trạng tổn thương bỏng để xác định diện tích và độ sâu của bỏng.

Vùng da lành xung quanh vết bỏng: rửa bằng nướcc đun sôi để nguội và nước xà phòng vô khuẩn, có thể sát trùng bằng cồn 70 độ.

Làm sạch vết bỏng: rửa vết bỏng bằng nước muối sinh lý vô trùng, trong một số trường hợp vết thương ô nhiễm nhiều có thể rửa bằng nước xà phòng vô khuẩn rồi rửa lại bằng nước muối sinh lý. Cũng có thể sử dụng một số dung dịch sát khuẩn nhẹ như dung dịch PVP 3%, dung dịch berberin, nước chè xanh...

Lấy bỏ dị vật, chọc thủng vòm nốt phỏng để tháo bỏ dịch nốt phỏng, cố gắng giữ lại các vòm nốt phỏng khi chưa có hiện tượng đông đặc huyết tương hoặc chưa bị nhiễm khuẩn (dịch đục, mủ.), cắt bỏ lớp mô hoại tử đã bong rời.

Rửa lại bằng dung dịch NaCl 0,9%, thấm khô vết bỏng bằng bông gạc vô khuẩn.

Chẩn đoán diện tích và độ sâu tổn thương bỏng trong quá trình xử trí. Nếu có hiện tượng phù nề chèn ép garo do bỏng sâu: rạch hoại tử (theo quy trình riêng).

Đắp thuốc điều trị tại chỗ hoặc sử dụng các màng che phủ tạm thời vết bỏng:

Vùng mặt, vùng tầng sinh môn: có thể bôi thuốc sát khuẩn, để bán hở hoặc để hở.

Các vùng khác: sử dụng các thuốc như gạc mỡ Maduxin, biafin, panthenol, Chitosan (polysan), kem silver sulfadiazin 1%... Sử dụng thuốc tạo màng nếu có chỉ định. Nếu có các vật liệu che phủ tạm thời vết bỏng có thể sử dụng như tấm trung bì da lợn, da ếch, các màng sinh học khác.Đắp gạc khô vô khuẩn, băng kín.

Thay băng 1 - 2 lần/ ngày tùy theo diễn biến tại chỗ.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**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 xứ 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.

Tình trạng đau đớn sau thay băng như kêu đau, rét run hoặc sốt cao: tiếp tục dùng giảm đau, ủ ấm, hạ sốt.

**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 bỏng: hay gặp khi thay băng trong 3 ngày đầu (vết bỏng vẫn tiếp tục phù nề): 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.

Tình trạng nhiễm khuẩn vết bỏng: tuân thủ nguyên tắc vô khuẩn khi thay băng, thuốc chống vi khuẩn tại chỗ, kháng sinh.

## **345. SƠ CẤP CỨU BỎNG DO VÔI TÔI NÓNG**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Bỏng do vôi tôi nóng là bỏng do tiếp xúc với vôi tôi còn nóng. Tổn thương bỏng do 2 yếu tố: nhiệt độ của phản ứng tôi vôi (1500 C) và kiềm do Ca(OH)2 (pH = 13,1). Vôi sẽ tạo thành mảng bám dính vào da gây khó rửa, thậm chí tới ngày thứ 3 vôi vẫn phát huy tác dụng gây bỏng.

Công tác sơ cấp cứu bỏng vôi nói riêng, bỏng do kiềm nói chung về cơ bản cũng bao gồm các bước như bỏng nhiệt, tuy nhiên cần thêm động tác trung hòa sau khi đã ngâm rửa vùng bỏng bằng nước sạch.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Người bệnh bỏng do vôi tôi nóng.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có.

**IV. CHUẨN BỊ**

**Người bệnh**

Được giải thích mục đích của ngâm rửa và đề nghị hợp tác

**Dụng cụ, trang bị**

Dụng cụ thay băng

Dung dịch amoni clorua 5 10%

Dung dịch trung hoà: các acid nhẹ: acid boric 35%, acid lactic 35%, nước dấm ăn ( acid acetic 0,56% ), nước đường 20%.

Dung dịch rửa vết thương: Nước muối sinh lý 0,9%

**Người thực hiện**

Tại hiện trường, người tham gia cấp cứu có thể là tình nguyện viên, hội viên hội chữ thập đỏ..., hoặc chính người bệnh.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

Sơ cấp cứu tại nơi xảy ra tai nạn

*Bước 1: nhanh chóng cứu người bệnh ra khỏi hố vôi*

Nhanh chóng đưa nạn nhân khỏi tiếp xúc với vôi tôi nóng. Cởi bỏ quần áo còn dính vôi, loại bỏ vôi cục bám dính trên cơ thể.

*Bước 2: Đánh giá nhanh chóng và duy trì các chức năng sống như hô hấp, tuần hoàn (đề phòng sặc vôi vào phổi, trụy mạch do bỏng rộng...).*

Với bỏng do vôi bột: cần lau sạch vôi bám.

*Bước 3: Ngâm rửa vùng bỏng bằng nước sạch càng sớm càng tốt*

Ngâm rửa kết hợp với gắp bỏ những mẩu hóa chất, dị vật đất cát.. còn bám lại. Thời gian ngâm rửa thường kéo dài hơn so với bỏng nhiệt.

*Bước 4: Trung hòa tác nhân gây bỏng bằng acid nhẹ.*

Thao tác này chỉ tiến hành sau khi đã ngâm rửa vùng bỏng bằng nước sạch. Nếu có thể vận chuyển sớm người bệnh tới cơ sở y tế thì không cần tiến hành thao tác này (ưu tiên động tác ngâm rửa, việc trung hòa dành cho tuyến y tế cơ sở) mà thực hiện ngay những thao tác tiếp theo.

*Bước 5: Che phủ tạm thời vết bỏng*

Có thể dùng vật liệu sạch để che phủ vết bỏng, sau đó băng ép nhẹ vùng bỏng. Vẫn tiếp tục tưới rửa nước sạch lên vùng bỏng

*Bước 6: Ủ ấm, bù nước điện giải sau bỏng.*

Bù nước điện giải bằng đường uống (uống oréol, nước chè đường ấm, nước cháo loãng, nước khoáng...

Ủ ấm

Giảm đau cho người bệnh (nếu có thể) bằng các thuốc giảm đau toàn thân.

*Bước 7: Vận chuyển nạn nhân dến cơ sở y tế gần nhất. Nếu thời gian vận chuyển kéo dài, có thể tiếp tục tưới rửa vùng bỏng*

**Tại cơ sở điều trị**

**1. Vô cảm**: tiêm thuốc giảm đau hoặc gây mê (theo quy trình riêng).

**2. Kỹ thuật**

Nhanh chóng đánh giá tổn thương toàn thân (lấy mạch, nhiệt độ, huyết áp...). Tiến hành cấp cứu như suy hô hấp, suy tuàn hoàn.

Thay băng xử trí kỳ đầu

Tính diện tích bỏng, chẩn đoán độ sâu.

Xử trí tại chỗ vết bỏng lần đầu:

Tiếp tục ngâm rửa nếu người bệnh đén sớm trong vòng 1 giờ sau bỏng.

Rửa da lành xung quanh vết bỏng bằng nước đun sôi để nguội, bằng nước xà phòng.

Rửa vết bỏng bằng nước xà phòng 5% làm sạch các vết bỏng.

Cắt mô hoại tử bong rời, cắt bỏ vòm nốt phồng, lấy bỏ dị vật.

Rửa dung dịch NaCl 0,9%. Sát khuẩn bằng dung dịch PVP, berberin...

Thấm khô

Đắp gạc tẩm các dung dịch trung hoà:; dung dịch acid boric 3%, acid acetic 0,56%, nước đường 20% hoặc mật ong... nếu có điều kiện: dùng dung dịch đệm natri citrat, đệm phosphat

Đắp gạc hút, băng ép vừa chặt

Thay băng hàng ngày: Có thể sử dụng các thuốc kháng khuẩn; các thuốc giúp chuyển hoại tử ướt thành hoại tử khô. Lưu ý vết thương bỏng do vôi tôi thường hoại tử ướt, tiết dịch nhiều, dễ nhiễm khuẩn gram âm (trực khuẩn mủ xanh...). Thuốc tại chỗ hay dùng với vết bỏng vôi là maduxin.

Cắt bỏ hoại tử sớm để hạn chế nhiễm khuẩn nhiễm độc khi có bỏng sâu.

Toàn thân

Chống sốc bỏng, chống nhiễm khuẩn, nhiễm độc bằng bù dịch, lợi tiểu; kháng sinh toàn thân; nuôi dưỡng tốt.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**Theo dõi tình trạng toàn thân**

Mạch, nhiệt độ, huyết áp, nước tiểu theo giờ, theo 24 giờ.

Tình trạng nhiễm độc cấp ở người bệnh bỏng vôi (sốt cao, rối loạn tinh thần.): giải độc, lợi niệu.

**Tại chỗ**

Tình trạng nhiễm khuẩn, đặc biệt là nhiễm khuẩn mủ xanh: dùng thuốc làm khô hoại tử, cắt hoại tử sớm, chống nhiễm khuẩn tại chỗ.

Tình trạng chèn ép kiểu ga rô do bỏng sâu chi thể: rạch hoại tử giải phóng chèn ép

## **346. SƠ CẤP CỨU BỎNG ACID**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Bỏng do acid là tổn thương da và các tổ chức dưới da do các acid mạnh và đậm đặc gây nên, theo cơ chế acid làm đông vón protein mô, tổ chức, làm mất nước nhanh chóng của tế bào gây hoại tử khô mô, tổ chức.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Người bệnh bị bỏng acid.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có.

**IV. CHUẨN BỊ**

**Người thực hiện**

Sơ cấp cứu tại hiện trường: tình nguyện viên, hội viên hội chữ thập đỏ, chính người bệnh.

Bác sĩ, điều dưỡng chuyên khoa bỏng và các chuyên khoa khác được đào tạo

**Phương tiện, dụng cụ**

Nước lạnh, sạch: nước lọc, nước máy, nước giếng, nước mưa, trong trường hợp cần thiết có thể dùng nước hồ, sông

Chậu, xô, vòi nước, gáo nước

Khăn, chăn ủ ấm

Băng gạc sạch, nếu có điều kiện: dụng cụ thay băng cho một người bệnh.

**Người bệnh**

Được giải thích. Được khám các vị trí tổn tương đặc biệt các hốc tự nhiên như mắt, tai, mũi họng.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

Công tác sơ cấp cứu bỏng acid cũng bao gồm các bước cơ bản như bỏng nhiệt, tuy nhiên cần thêm động tác trung hòa bằng dung dịch kiềm nhẹ sau khi ngâm rửa vết bỏng.

**Sơ cấp cứu tại nơi xảy ra tai nạn**

**Bước 1:** nhanh chóng đưa nạn nhân khái tiếp xúc với tác nhân bỏng.

**Bước 2:** đánh giá nhanh chóng và duy trì các chức năng sống như hô hấp, tuần hoàn

**Bước 3**: ngâm rửa vùng bỏng bằng nước sạch càng sớm càng tốt. Thời gian ngâm rửa bỏng acid thường kéo dài hơn so với bỏng nhiệt (30 - 60 phút).

Ngâm, dội vết bỏng bằng nước sạch, lạnh nhiều lần để giảm nồng độ acid bám trên da. Phải làm càng sớm càng tốt, nếu để muộn trên 30 phút mới xử trí sẽ kém hiệu quả. Trong trường hợp tại nơi bị nạn không có nước hoàn toàn sạch vẫn có thể sử dụng nước ao hồ, sông với mục đích làm rửa trôi nhanh acid bám trên da. Thời gian ngâm rửa, dội nước lạnh ít nhất phải 20 phút.

Trong trường hợp bị bỏng ở mặt nhưng acid chưa bắn vào mắt (không có cảm giác đau xót ở mắt) thì trong quá trình ngâm rửa cần nhắm chặt mắt. Nếu acid đã bắn vào mắt thì nên úp mặt vào chậu nước, bể nước sạch mở mắt và chớp nhiều lần để làm loãng và trôi acid khỏi mắt.

**Bước 4:** Trung hòa chỉ tiến hành sau khi ngâm rửa vùng bỏng bằng nước sạch. Nếu có thể vận chuyển sớm người bệnh tới cơ sở y tế thì không cần tiến hành thao tác này (ưu tiên động tác ngâm rửa, việc trung hòa dành cho tuyến y tế cơ sở) mà thực hiện ngay những thao tác tiếp theo.

Trung hoà tác nhân gây bỏng bằng kiềm nhẹ như nước xà phòng 5%, natri bicacbonat 2 - 3%, nếu không có thì dùng nước vôi trong để rửa.. Trong bất kỳ trường hợp nào, không được dùng base mạnh.

**Bước 5:** che phủ tạm thời vết bỏng. Có thể dùng các dung dịch trung hoà nhẹ tiếp tục đắp, tưới rửa lên vết bỏng.

Sau đó, băng bó nhẹ vết bỏng bằng băng sạch.

**Bước 6:** bù nước điện giải sau bỏng: cho uống nước oresol, uống nước chì ® êng ấm, nước cháo lỏng, nước hoa quả

**Bước 7**: Nhanh chóng chuyển nạn nhân tới cơ sở y tế gần nhất. Nếu thời gian vạn chuyển kéo dài, có thể tiếp tục tiến hành tưới rửa vùng bỏng.

**Tại cơ sở điều trị**

Nhanh chóng đánh giá tổn thương toàn thân (lấy mạch, nhiệt độ, huyết áp...). Tiến hành cấp cứu toàn thân nếu có.

Khám xét tại chỗ vết bỏng có chẩn đoán s bé, tiên lượng

Tiếp tục ngâm rửa nước sạch nếu bệnh nhân đến trước 1 giờ sau bỏng.

Xử trí bổ sung vết bỏng lần đầu:

Rửa lại vết bỏng bằng nước xà phòng.

Rửa vết bỏng bằng dung dịch NaCL 0,9%.

Rửa vết bỏng bằng dung dịch natri bicacbonat 1020% hoặc dung dịch đệm phốt phát có pH = 7,4.

Thấm khô.

Đắp gạc tẩm dung dịch natri bicacbonat 1020%

Nếu bệnh nhân đến muộn 2 - 3 ngày sau bỏng: xử trí t­ương tự như vết bỏng nhiệt.

Khi điều kiện cho phép (trang thiết bị, vô cảm, phẫu thuật viên bỏng): tiến hành cắt hoại tử sớm ghép da ngay do vết bỏng acid có đặc điểm hoại tử kh«. Ưu tiên ghép da dày toàn lớp, đặc biệt vùng thẩm mỹ.

Bỏng mắt

Rửa dung dịch NaCl 0,9% nhiều lần, tiếp đó rửa bằng dung dịch đệm phốt phát có pH bằng 7,4 nhỏ giọt mạnh.

Rửa sạch bằng dung dịch NaCL 0,9%.

Thấm khô.

Nhỏ thuốc mỡ tetracyclin. Mời chuyên khoa mắt khám và điều trị.

Bỏng thực quản dạ dày

Cho uống nước có pha loãng lòng trắng trứng gà (4 lòng trắng trứng gà trong 500ml nước) hoặc sữa lạnh.

Không được uống dung dịch Natri Bicacbonat 5% hoặc rửa dạ dày.

Truyền dịch nuôi dưỡng.

Các biện pháp dùng ống đặt qua mũi, miệng và thực quản, dạ dày, phải có chỉ định đúng để phòng gây thủng thực quản, dạ dày.

Kết hợp với chuyên khoa ngoại tiêu hóa theo dõi và điều trị

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**Theo dõi tình trạng toàn thân**

Mạch, nhiệt độ, huyết áp, nước tiểu theo giờ, theo 24 giờ.

Tình trạng sốc, nhiễm khuẩn, suy mòn bỏng: truyền dịch, kháng sinh, nuôi dưỡng...

**Tại chỗ**

Tình trạng nhiễm khuẩn, đặc biệt là nhiễm khuẩn mủ xanh: dùng thuốc làm khô hoại tử, cắt hoại tử sớm, chống nhiễm khuẩn tại chỗ...

Tình trạng chèn ép kiểu ga rô do bỏng sâu chi thể: rạch hoại tử giải phóng chèn ép.

Tình trạng thủng dạ dày,thực quản, hoại tử vành tai, thủng giác mạc (nếu có).: phối hợp chuyên khoa điều trị

## **347. SƠ CẤP CỨU BỎNG DO DÒNG ĐIỆN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Bỏng điện là tình trạng tổn thương tại chỗ và toàn thân do dòng điện dẫn truyền qua cơ thể, biến điện năng thành nhiệt năng và gây nên tình trạng rối loạn điện giải trong và ngoài tế bào dẫn đến tổn thương các tế bào (hiệu ứng đục lỗ).

Bỏng tia lửa điện không phải là bỏng điện mà là bỏng nhiệt khô.

Bỏng do dòng điện cao thế thường gây ngừng hô hấp trước ngừng tim, tình trạng nặng nề, tỷ lệ tử vong và tàn phế cao. Bỏng do dòng điện hạ thế (điện sinh hoạt) thường gây ngừng tim trước ngừng hô hấp, tỷ lệ tử vong và tàn phế ít hơn.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Người bệnh bị bỏng do dòng điện

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Dòng điện đi qua cơ thể (bị điện giật) nhưng không gây tổn thương bỏng tại chỗ và toàn thân hoặc bỏng do tia lửa điện.

**IV. CHUẨN BỊ**

**Người thực hiện**

Cấp cứu tại hiện trường: người cấp cứu là tình nguyện viên, hội viên Hội chữ thập đỏ

Tại cơ sở y tế : bá sỹ, điều dưỡng

**Phương tiện**

Các phương tiện cấp cứu ngừng hô hấp và tuần hoàn.

Địa điểm, buồng bệnh

Cấp cứu nạn nhân bị điện giật có ngừng tim, ngừng thở (sốc điện) ngay tại nơi xảy ra tai nạn

Điều trị nạn nhân bỏng điện tại buồng hồi sức cấp cứu; buồng điều trị bỏng; buồng bệnh ngoại khoa hay buồng bệnh khác có trang bị phương tiện theo yêu cầu.

**Người bệnh**

Cấp cứu người bệnh bị điện giật: Càng sớm càng tốt tách người bệnh ra khỏi nguồn điện, để ở nơi thoáng, trên nền cứng.

Điều trị bỏng điện: chỉ tiến hành sau khi nạn nhân đã được hồi sức cấp cứu sốc điện (nếu có), nạn nhân tim đập trở lại và tự thở lại.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**Sơ cấp cứu tại nơi xảy ra tai nạn**

**Bước 1:** bình tĩnh, nhanh chóng tách nạn nhân khỏi nguồn điện

Tìm mọi cách ngắt nguồn điện, tháo cầu chì, cắt cầu dao, kéo phích cắm khái ổ điện.

Dùng vật không dẫn điện tách người bệnh khỏi nguồn điện.

Khi cấp cứu nên gọi thêm người đến hỗ trợ, cả khi người cấp cứu là nhân viên y tế.

**Bước 2:** đánh giá và cấp cứu ban đầu

Tiến hành theo nguyên tắc vò cấp cứu ban đầu: ABCDE (theo hiệp hội cấp cứu chấn thương quốc tế primary trauma care foundation):

***A (airway):*** Đường thở. Cần nhận biết người bệnh có tỉnh không, tiếp xúc được không? Bảo bảo người bệnh thực sự lưu thông đường thở.

***B (breading): hô hấp***

Đánh giá rối loạn hô hấp dựa vào tần số thở, có gắng sức khi thở. Nếu ngừng thở phải tiến hành ngay hô hấp nhân tạo.

***C (circulation): tuần hoàn***

Kiểm tra mạch ngoại vi ở cổ tay, nếp bẹn, cổ. Kiểm tra phát hiện có ngừng tim hay không (ép tai vào lồng ngực để nghe nhịp tim). Nếu có ngừng tim: tiến hành Ép tim ngoài lồng ngực

***D (Disability): thần kinh.***

Cần đánh giá nhanh nạn nhân ở các mức độ nặng dần như sau: tỉnh, đáp ứng bằng lời khi hỏi, đáp ứng bằng kích thích đau (áp dụng khi hỏi mà không thấy trả lời), không đáp ứng bằng lời hoặc kích thích đau: nạn nhân hôn mê sâu

***E (eposure): bộc lộ***

Bộc lộ, kiểm tra tổn thương, kiểm tra tổn thương toàn thân khác có xử trí. Đặc biệt kiểm tra tình trạng gãy xương và chấn thương sọ não hay gặp ở bệnh nhân bỏng điện cao thế do hay kèm theo ngã

**Bước 3:** Hà hơi thổi ngạt ép tim ngoài lồng ngực khi nạn nhân ngừng thở ngừng tim: làm ngay, không được vận chuyển. **Gồm các động tác thứ tự sau**:

Vỗ mạnh 3-5 cái vùng ngực.

Đặt nạn nhân lên nền cứng (ván cứng, mặt đất), níi láng quần áo và các th0 ch»ng buéc làm cản trở h« hấp. Để nạn nhân nằm ngửa, cổ ngửa và nghiêng đầu sang 1 bên trên nền cứng, lau sạch đờm dãi và dị vật đường thở nếu có.

Tiến hành ép tim ngoài lồng ngực và hô hấp nhân tạo bằng thổi ngạt miệng miệng hay miệng mũi cho đến khi nào tim đập lại người bệnh tự thở được mới chuyển đến cơ sở điều trị.

**Bước 4:** chuyón tíi bệnh viện gần nhất khi nạn nhân thở và tim đập trở lại. Trên đường vận chuyển tiếp tục hồi sức.

**Xử trí vết bỏng** chỉ tiến hành sau khi nạn nhân tim đập, thở trở lại. Có thể dùng khăn mặt, khăn tay, vải màn... sạch để phủ lên. Băng bảo vệ vết bỏng bằng băng sạch. Với bỏng mặt, bỏng sinh dục: chỉ cần phủ một lớp gạc.

Tại cơ sở điều trị

Khám và phân loại người bệnh, chú ý khám kỹ cả toàn thân và tại chỗ.

Điều trị sốc bỏng (nếu có).

Phát hiện và điều trị chấn thương phối hợp (sọ não, bụng kín, ngực kín, gãy xương chi thể, xương chậu...) nên cần khám xét kỹ, tránh bỏ sót.

Khám tại chỗ xác định điểm vào và điểm ra của dòng điện; trên đường đi của dòng điện thường có hoại tử dưới da như cân, cơ, xương đặc biệt mạch máu, thần kinh.

Tổn thương tại chỗ tại điểm vào, điểm ra của bỏng điện ban đầu thường không tương ứng và không phản ánh đầy đủ tổn thương thật sự do dòng điện gây ra, do đó cần tiên lượng chính xác tổn thương.

Hoại tử bỏng thường sâu đến cân, cơ, mạch máu, thần kinh và dễ gây chèn ép khoang dẫn đến thiếu máu ngoại vi thứ phát. Do đó, nếu có hoại tử sâu, đặc biệt kín chu vi chi thể thì cần rạch hoại tử sớm để giải phóng chèn ép.

Bỏng điện dễ gây chảy máu thứ phát nên cần phải để garô chờ, nếu mạch máu dứt hoặc hoại tử thì khâu buộc thắt để cầm máu.

Tiến hành cắt lọc hoại tử càng sớm càng tốt, vết thương cần để hở, không khâu kín tránh hoại thư sinh hơi.

Các chi thể hoại tử nếu không có khả năng bảo tồn phải cắt cụt hay tháo khớp sớm tránh biến chứng suy thận cấp hay ngộ độc do hoại tử bỏng sâu.

Dùng các thuốc trợ tim mạch, hô hấp, lợi tiểu (khi đã bổ sung đủ dịch) và kháng sinh dự phòng, điều trị nhiễm khuẩn. Tiêm SAT dự phòng uốn ván sớm. Hạn chế sử dụng các thuốc gây độc cho thận.

Thay băng hàng ngày, chuyển vạt da che phủ khuyết hổng hay ghép da sau khi có mô hạt vùng bỏng sâu.

Phục hồi chức năng sớm ngay trong giai đoạn điều trị bỏng.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG**

**Toàn thân**

Ngừng thở, ngừng tim (sốc điện) đột ngột, tái phát: Hồi sinh tổng hợp. Ép tim ngoài lồng ngực, tiêm adrenalin buồng tim, bóp bóng hỗ trợ hô hấp, đặt nội khí quản thở máy.

Suy thận cấp: (do tan máu, tiêu cơ.): bù dịch thể, dịch kiềm bicacbonat, chạy thận nhân tạo, thẩm phân và lọc máu, lợi tiểu, cắt bỏ hoại tử sớm.

Nhiễmm khuẩn huyết: dự phòng hiệu quả nhất là loại hoại tử bỏng, kết hợp liệu pháp tổng hợp: tăng dinh dưỡng, truyền dịch, kháng sinh...

Theo dõi diễn biến của các chấn thương, tổn thương kết hợp nếu có

**Tại chỗ**

Tổn thương bỏng sâu chèn ép gây hội chứng khoang: rạch hoại tử giải phóng chèn ép.

Chảy máu thứ phát: Cần phải garo, cắt bỏ hoại tử tím. Nếu mạch máu đứt: cầm máu, thắt mạch.

Hoại tử thứ phát do tổn thong tiếp tục tiến triển làm lộ gân, cơ, xương, khớp, mạch máu, thần kinh, nội tạng (do tiếp tục tổn thương bởi dòng điện, do chảy máu hoại tử thứ phát mạch máu..): tranh thủ che phủ kín khi có điều kiện (ghép da, dùng vạt, nối vi phẫu...)

Nhiễm khuẩn; hoại thư sinh hơi: rạch rộng, rửa oxy già, cắt bỏ hoại tử, dùng kháng sinh tại chỗ và toàn thân.

## **348. CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ SỐC BỎNG**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Sốc bỏng là 1 trạng thái phản ứng toàn thân của cơ thể khi bị chấn thương bỏng với mức độ tổn thương mô lớn gây các rối loạn bệnh TRÍ: suy sụp tuần hoàn, rối loạn hô hấp, rối loạn cân bằng nước điện giải, rối loạn cân bằng kiềm toan...

Việc cấp cứu, dự phòng và điều trị sốc bỏng phải được tiến hành khẩn trương, đầy đủ từ tuyến cơ sở đến bệnh viện chuyên khoa theo các nguyên tắc: (1) Điều trị theo cơ chế bệnh sinh bao gồm giảm đau, bổ sung khối lượng máu lưu hành, điều chỉnh rối loạn nước điện giải, cân bằng kiềm toan, (2) chống nhiễm độc, dự phòng nhiễm khuẩn, điều trị triệu chứng, dự phòng và điều trị các biến chứng, (3) tổ chức tốt vận chuyển và điều trị theo tuyến.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Người già, trẻ nhỏ có diện bỏng bằng và trên 5% diện tích cơ thể; người lớn bằng và trên 15% diện tích cơ thể trong 3 ngày đầu sau bỏng.

Người bỏng có sốc cương, sốc nhược.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**: Không có

**IV. CHUẨN BỊ**

**Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa bỏng hoặc bác sĩ chuyên khoa hồi sức cấp cứu và y tá điều dưỡng được phân công.

**Phương tiện**

Buồng chống sốc: Đủ rộng, ấm, đủ ánh sáng để làm thủ thuật

Trang bị y tế:

Oxy, máy hút

Bóng bóp, dụng cụ đặt nội khí quản, mở khí quản, máy thở

Dụng cụ đo mạch, nhiệt độ, huyết áp

Máy sốc tim, monitor theo dõi (nếu có)

Các sonde: sonde hút, sonde dạ dày, sonde foley, túi nước tiểu

Dụng cụ truyền dịch: dây truyền, kim luồn, catheter.

Dụng cụ xét nghiệm

Dịch truyền:

Dịch tinh thể: Ringerlactat, Natri chlorid 0,9%, Natri chlorid 10%..

Dịch keo: Dextran, Gelousin, Refortan.

Dịch cân bằng kiềm toan: Natri bicarbonat 1,25%, 4,2%, 8,4%

Thuốc cấp cứu: các epinerphrine, thuốc vận mạch, trợ hô hấp, giãn cơ trơn phế quản, dự phòng loét do stress, kháng histamine...

**Người bệnh**

**Hồ sơ bệnh án**, có vẽ hình tổn thương bỏng

Nằm trên giường hồi sức cấp cứu, được cân nặng nếu có thể

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

Chẩn đoán sốc bỏng (cần khám toàn diện người bệnh), lưu ý:

**Khám toàn thân**: ý thức, da niêm mạc, nhiệt độ, môi tím, vã mồ hôi, lạnh.

**Khám tuần hoàn**: mạch, huyết áp động mạch, huyết áp tĩnh mạch trung tâm; nghe tim...

**Khám hô hấp**: tần số thở, nghe phổi.

**Khám tiêu hoá**: nôn, buồn nôn, chướng bụng, khám lưỡi.

**Khám tiết niệu**: cầu bàng quang, theo dõi nước tiểu, lượng nước tiểu 24 giờ, màu, sắc, mùi, tỉ trọng.

**Khám tổn thương bỏng**, vẽ mô tả tổn thương.

Làm các xét nghiệm cấp cứu: hồng cầu, huyết sắc tố, hematocrit, bạch cầu, công thức bạch cầu, tiểu cầu, nhóm máu, ure, glucose, creatinin, protit máu; albumin, điện giải đồ, khí máu, xét nghiệm động máu, nước tiểu. X quang, điện tim, siêu âm nếu cần và có điều kiện trang bị.

Ghi các chỉ số vào bảng theo dõi sốc bỏng

**Theo dõi các biến chứng**

Suy thận

Suy hô hấp

Tràn máu phế nang

Liệt dạ dày ruột cấp

Chảy máu đường tiêu hoá, rối loạn đông máu.

Điều trị sốc bỏng

Cấp cứu và điều trị sốc bỏng

Lấy bệnh phẩm xét nghiệm: máu, nước tiểu

Thở oxy

Truyền dịch: 1 2 đường truyền ngoại vi hoặc/và đặt catheter tĩnh mạch trung tâm, bộc lộ tĩnh mạch (nếu cần)

Đặt sonde dạ dày

Đặt sonde bàng quang theo dõi nước tiểu

Giảm đau toàn thân

Dự phòng loét do stress

Kháng histamin

Thuốc khác: trợ tim mạch, vitamin.

Thuốc corticoid, giãn phế quản, thuốc vận mạch...: dùng khi có II. CHỈ ĐỊNH.

Điều chỉnh đơn thuốc theo kết quả xét nghiệm và tình trạng lâm sàng

Xử trí vết bỏng: thay băng kỳ đầu, cắt lọc, rạch hoại tử chỉ làm khi tình trạng huyết động, hô hấp cho phép, giảm đau tốt.

**Các chỉ tiêu theo dõi sốc bỏng**

Ý thức

Mạch, nhiệt độ, huyết áp: 1h/lần, giãn cách tuỳ theo diễn biến bệnh

Nước tiểu: số lượng (1h/lần quy ra ml/kg/h), màu sắc, mùi

Nhịp thở, tình trạng hô hấp, chỉ số cân bằng kiềm toan (khí máu nếu có thể)

Điện giải: Na, K, Ca, Cl­

Cân nặng hàng ngày

Cấy khuẩn vết thương bỏng

**Đánh giá kết quả cấp cứu và điều trị sốc bỏng (thoát sốc)**

Người bệnh tỉnh, cảm giác tốt

Nhịp tim < 120chu kỳ/phút ở người lớn

Nhịp tim < 160 chu kỳ/phút ở trẻ em < 2 tuổi

Huyết áp trung bình > 65 mmmHg và huyết áp tâm thu > 100 mmHg ở người lớn. Huyết áp trung bình > 40 mmmHg ở trẻ em.

Mạch ngoại vi rõ.

Nước tiểu 3050 ml/giờ (75 00ml/giờ khi bỏng điện cao thế hoặc có Hb niệu) ở người lớn.

Nước tiểu 1ml/kg/giờ (2ml/kg/giờ khi bỏng điện cao thế hoặc có Hb niệu) ở trẻ em

Điện giải huyết thanh và nước tiểu về mức bình thường, hết toan chuyển hoá.

**VI.** **THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Suy thận cấp

Suy hô hấp cấp, phù phổI cấp

Chảy máu đường tiêu hoá

Đông máu rải rác trong lòng mạch

## **349. CHẨN ĐOÁN VÀ CẤP CỨU BỎNG ĐƯỜNG HÔ HẤP**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Bỏng đường hô hấp là một thể bỏng đặc biệt có tỷ lệ tử vong cao. Bỏng đường hô hấp là tình trạng tổn thương niêm mạc đường hô hấp ở các mức độ khác nhau do nhiều tác nhân gây ra. Tác nhân bỏng gây tổn thương trực tiếp cơ quan hô hấp hoặc nạn nhân thở hít phải khói khí nóng và các sản phẩm hóa học hình thành từ các chất bị cháy. Cũng có trường hợp nạn nhân bị sặc bởi nước hoặc thức ăn nóng. Tỷ lệ gặp bỏng đường hô hấp do thở hít các khói khí trong số người bệnh từ 2,563% tùy thuộc vào hoàn cảnh và tác nhân gây bỏng.

Kết quả điều trị bỏng đường hô hấp, đặc biệt bỏng đường hô hấp dưới khí quản còn rất hạn chế, tỷ lệ tử vong rất cao tới 50%.

**II. CHẨN ĐOÁN BỎNG ĐƯỜNG HÔ HẤP**

Theo hướng dẫn của Hội bỏng Hoa Kỳ (2007), các yếu tố sau đây gợi ý chẩn đoán bỏng đường hô hấp (11 chỉ tiêu) trong đó nội soi hô hấp là tiêu chuẩn vàng quyết định chẩn đoán. (Nếu không có nội soi thì phải có tối thiếu 3/11 dấu hiệu) **Hoàn cảnh, tác nhân**: bỏng lửa, hơi nóng, trong phòng kín

Bỏng vùng mặt.

Lông mũi, lông mi, lông mày cháy.

Nói khàn

Khó thở: thở nhanh, thở rít, huy động cơ hô hấp phụ.

Khạc đờm màu bồ hóng, có muội than

Hốt hoảng, lo âu, rối loạn định hướng

Rối loạn ý thức, hôn mê

Hầu họng: phù nề xung huyết, có nốt phỏng, trợt loét

Chỉ số SPO2 < 90%

Chỉ số PaO2 < 70%

Biến chứng phổi sau bỏng hô hấp:

Thường do tổn thương trực tiếp bởi tác nhân bỏng nhiệt, hoá chất, hoặc do hoạt hoá các yếu tố gây viêm tại phổi.

Tổn thương thứ phát do nhiễm khuẩn hoặc viêm phổi

Viêm phổi do thở máy (ventilator asociated pneumoniae)

Hội chứng tổn thương phổi cấp (ALI)/Suy hô hấp cấp tiến triển (ARDS)

**III. ĐIỀU TRỊ BỎNG ĐƯỜNG HÔ HẤP**

Theo phác đồ hướng dẫn điều trị bỏng đường hô hấp của Shriner Burns Hospital Galveston (Hoa Kỳ 2005), cần tiến hành các bước sau đây:

Thở oxy ẩm duy trì SaO2 > 92%

Tập ho, thở sâu mỗi 2giờ/lần

Trở mình người bệnh 2 giờ /lần

Vật lý trị liệu ngực 4 giờ/lần

Khí dung 3ml N acetyl cystein 20% 4 giờ /lần trong 7 ngày

Khí dung 5000 UI Heparin/3ml HTM 0,9% 4 giờ /lần x 7 ngày

Bơm rửa, vệ sinh mũi miệng, hầu họng

Vận động sớm

Cấy đờm 3 lần /tuần: 2 4 6

Đo chức năng phổi khi điều trị, trước khi xuất viện và sau đó

Giáo dục cho người bệnh/gia đình tập thở, chăm sóc và hiểu về bệnh lý

Chiến thuật thông khí nhân tạo trong điều trị bỏng đường hô hấp:

Chiến thuật thông khí bảo vệ nhu mô phổi:

Thông khí Vt thấp: 6ml/kg duy trì P plateaux < 30cmH2O

Thông khí tần số cao HFO

Thông khí APRV

Bilevel

Trao đổi oxy ngoài cơ thể (ECMO: extracorporeal membrance oxygenation): tăng cường oxy cho cơ thể, áp dụng cho bỏng hô hấp rất nặng đe doạ tử vong.

Liệu pháp Nitric oxide (NO): giảm co mạch gây thiếu oxy, tăng tưới máu phổi và tổ chức

**Chỉ định đặt nội khí quản trong bỏng hô hấp:**

Suy hô hấp cấp

Bỏng diện rộng và sâu vùng mặt cổ

Người bệnh có dấu hiệu cò cử

Có các dấu hiện bít tắc đường thở

Nội soi: thanh môn hẹp do phù nề

Rối loạn nặng huyết động

Thời điểm mở khí quản

Chưa thống nhất thời điểm: sớm hoặc muộn Nhiều trung tâm mở sớm

Mở sớm: Dễ cố định và chăm sóc, an toàn Chưa chứng minh ưu việt hơn về: thời gian thở máy, ngày điều trị và tỷ lệ tử vong.

Kỹ thuật ưa chuộng: mở qua da

**IV. KẾT LUẬN**

Bỏng đường hô hấp đơn thuần rất hiếm khi xảy ra, nếu đơn thuần chỉ có thể là tổn thương do hít phải khí, khói độc. Trên lâm sàng, hay gặp bỏng da kết hợp với bỏng đường hô hấp. Đây là một thể bỏng rất nặng và hay gặp, nhất là trong thời kỳ hiện đại hoá và công nghiệp hoá của đất nước hiện nay. Kết quả đìêu trị bỏng đường hô hấp còn rất hạn chế, tỷ lệ tử vong rất cao (tới 50%) tuỳ mức độ.

## **350. CHẨN ĐOÁN VÀ CẤP CỨU BỎNG ĐƯỜNG TIÊU HÓA**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Bỏng đường tiêu hóa là một thể bỏng khá đặc biệt do tổn thương niêm mạc đường tiêu hóa ở các mức độ khác nhau do nhiều tác nhân gây ra.

Bỏng đường tiêu hóa thường là do nạn nhân uống nhầm (hoặc cố ý) phải hóa chất (axit, base) hoặc uống nhầm phải nước hay thức ăn nóng.

Tổn thương bỏng trên đường tiêu hóa khá đa dạng, về mặt sinh lý bệnh thì tổn thương nặng nhất là vùng niêm mạc miệng, hầu họng, tiếp đến càng đi xuống thực quản, dạ dày thì tổn thương càng nhẹ hơn...

Điều trị bỏng đường tiêu hóa còn khá phức tạp, tỷ lệ tử vong tới 1020% (tùy mức độ bỏng, tùy tác nhân), di chứng sau bỏng khá nặng nề, nhiều khi là thủng thực quản, dạ dày. Nguy cơ để lại sẹo co kéo gây hẹp thực quản là cao.

**II. CHẨN ĐOÁN BỎNG ĐƯỜNG TIÊU HÓA**

Dựa vào :

Hỏi bệnh: người bệnh hoặc người nhà người bệnh sẽ thông báo uống phải loại hóa chất hay thức ăn gì, có khi biết được nồng độ hóa chất và thời gian từ khi uống cho tới khi tới bệnh viện. Đã được xử trí gì ngay tại chỗ và tuyến trước đã xử trí gì?

Khám bệnh: Triệu chứng nổi bật là kêu đau rát vùng miệng, vùng hầu họng, tùy từng loại tác nhân, tùy thuộc vào nồng độ hóa chất mà người bệnh có thể không nói được hoặc nói không rõ tiếng do đau, do phù nề vùng hầu họng. Có trường hợp người bệnh không nuốt được, rớt dãi chảy từ miệng xuống mép hoặc xuống cằm.

Kêu đau dọc theo sau xương ức, đau tới vùng thượng vị.

Rất sợ ăn uống vì đau

Khám thấy vùng môi miệng có thể tổn thương ở các mức độ khác nhau như viêm, trợt, có khi có giả mạc trắng tùy thuộc vào tác nhân, có khi thấy nốt phỏng vùng hầu họng, dây thanh âm có thể phù nề gây hẹp khít làm khó nói, nói khàn, vùng hầu họng tăng tiết gây khó thở, đôi khi nhầm với bỏng hô hấp.

Ấn vùng thượng vị thấy đau, có khi có phản ứng thành bụng nhẹ.

Hội chứng xuất huyết tiêu hóa: đôi khi người bệnh có thể nôn ra máu hoặc đi ngoài phân đen phụ thuộc vào tác nhân gây bỏng.

Hội chứng thủng đường tiêu hóa: hiếm gặp

**III. CẤP CỨU VÀ ĐIỀU TRỊ BỎNG ĐƯỜNG TIÊU HÓA**

Tùy thuộc vào loại tác nhân mà có thái độ xử trí khác nhau:

Nếu uống nhầm phải nước sôi hoặc thức ăn nóng sôi thì nhanh chóng bảo người bệnh uống hoặc xúc miệng bằng nước nguội hoặc nước lạnh nhiều lần.

Nếu uống nhầm phải hóa chất: xúc miệng bằng nước nguội hoặc nước lạnh nhiều lần; cho người bệnh uống lòng trắng trứng (vài ba quả nếu có thể), sữa, mật ong. Không rửa dạ dày.

Do người bệnh bỏng đường tiêu hóa nên đau, sợ ăn, sợ uống nên tùy mức độ có thể phải nuôi dưỡng ngoài đường tiêu hóa: bù dịch, điện giải, đường, đạm...

Với vết thương vùng miệng họng có thể bôi mật ong, xúc miệng hàng ngày bằng dung dịch nước sát khuẩn, có thể đặt sonde dạ dày để nuôi dưỡng (tuy nhiên phải hết sức cẩn thận và nhẹ nhàng).

Theo dõi hàng ngày chất nôn và phân của người bệnh đề phòng chảy máu. Theo dõi tình trạng bụng của người bệnh đề phòng thủng dạ dày, ruột cần phải mổ cấp cứu.

Nhiều trường hợp người bệnh bỏng vùng miệng họng gây phù nề vùng hầu họng và dây thanh âm, gây hẹp khe thanh môn, tăng tiết dẫn đến suy hô hấp, cần theo dõi nếu cần có thể đặt ống nội khí quản cho người bệnh dễ thở, vài ngày sau nếu thấy giảm nề sẽ rút ống nội khí quản.

Thuốc bảo vệ niêm mạc đường tiêu hóa

**IV. KẾT LUẬN**

Bỏng đường tiêu hóa là một thể bỏng nặng, phương pháp điều trị còn nghèo nàn và gặp nhiều khó khăn do đặc điểm lâm sàng của tổn thương, điều trị bảo tồn là chính, biến chứng gây tử vong có thể là suy hô hấp hoặc thủng tạng rỗng. Di chứng sau bỏng để lại còn nặng nề nhất là sẹo gây co kéo hẹp thực quản.

## **351. MỞ KHÍ QUẢN CẤP CỨU QUA TỔN THƯƠNG BỎNG**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Phù nề đường thở xuất hiện nhanh chỉ vài giờ sau bỏng ở người bệnh bỏng sâu vùng đầu mặt cổ hoặc bỏng hô hấp gây tình trạng suy hô hấp cấp.

Mở khí quản cấp cứu ở những người bệnh này có những đặc điểm cần chú ý do vùng cổ trước thường bị phù nề gây khó khăn cho việc xác định các mốc giải phẫu, thêm vào đó do hiện tượng xung huyết, viêm nề do vậy nguy cơ chảy máu thường lớn. Do bỏng hô hấp, phù nề lớn vùng hầu họng, việc đặt nội khí quản cấp cứu cũng không thuận lợi ở những người bệnh này. Công tác chuẩn bị để mở khí quản cần chu đáo và nên tiến hành bởi các kỹ thuật viên có kinh nghiệm.

**II. CHUẨN BỊ**

**Người thực hiện**

Bác sỹ khoa Hồi sức cấp cứu; bác sỹ Tai mũi họng hoặc bác sỹ chuyên khoa Bỏng và điều dưỡng phụ giúp.

**Người bệnh**

Người bệnh nằm ngửa, kê gối dưới vai để đỉnh đầu tỳ xuống giường, bộc lỗ rõ khí quản, cố định hai tay người bệnh vào thành giường. Cố gắng đặt ống nội khí quản trước khi mở khí quản, hút đờm, thở oxy 5 10 phút. Gây tê tại chỗ bằng Lidocain 2%.

Phẫu thuật viên đứng bên phải người bệnh, trợ thủ đứng bên trái, trợ thủ khác đứng trên đầu giữ cho đầu ngay ngắn đúng theo đường giữa người.

**Dụng cụ**

Bộ dụng cụ mở khí quản gồm: dao mổ; farabeuf, kìm cầm máu có mấu và không mấu; kéo thẳng, kéo cong; kim chỉ phẫu thuật.

Canun nội khí quản

Máy hút; ống nội khí quản; bóng bóp, máy thở...

Xăng gạc vô khuẩn

**III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

*Thì 1: rạch phần mềm trước khí quản:*

Dùng ngón tay cái và ngón tay thứ ba bên trái đặt hai bên sụn giáp để cố định thanh quản. Ngón tay trỏ tìm sụn nhẫn (ngay dưới sụn giáp).

Rạch da ngay chính đường giữa cổ, bắt đầu từ bờ dưới sụn nhẫn, dài 3­5cm. Đường rạch chính giữa, người phụ mổ lấy 2 banh Farabeuf kéo hai mép vết

mổ, để lộ khí quản. Nếu gặp các tĩnh mạch cũng banh theo, nếu chúng cản trở thì kẹp và cắt chúng giữa hai kìm cầm máu.

Kéo eo tuyến giáp xuống dưới để lộ các sụn khí quản 1, 2, 3. Nếu eo tuyến ức che lấp các sụn khí quản thì luồn hai kìm kocher vào hai bên eo kẹp và cắt eo theo đường giữa, khâu buộc hai đầu bằng chỉ catgut.

Với người lớn có thể tiêm 1ml lidocain 1% hoặc 2ml novocain 5% vào trong lòng khí quản để tránh phản xạ ho.

*Thì 2: Rạch khí quản*: Dùng dao sắc chọc sâu vào khí quản 5mm, rạch đứt sụn khí quản 2, 3 theo đường giữa dài 1,5 cm (đứt cả sụn và niêm mạc, có thể rạch ngang khí quản ở khe liên sụn 23)

*Thì 3: lắp canuyn*: dùng kìm nong ba chạc hoặc kìm kocher cong không mấu đưa vào lỗ rạch banh rộng. Cầm canuyn thẳng góc với khí quản, chiều lõm hướng về phí người mổ, đưa canuyn vào theo ba động tác: luồn nghiêng đầu canuyn vào khí quản, quay canuyn 900 sao cho chiều lõm hướng lên trên, đầu canuyn hướng xuống dưới, đẩy nhẹ canuyn xuống phía phổi hết cỡ rồi rút nhanh nòng ra cho người bệnh thở.

*Thì 4:* cầm máu, khâu hẹp bớt phần mềm phía trên và dưới canuyn, lớp cơ bằng catgut và lớp da bằng chỉ lanh, không nên khâu lớp da quá khít phía dưới chân canuyn vì có thể tràn khí dưới da. Chèn gạc lót quanh vết mổ, buộc dây vòng quanh cổ tránh tụt canuyn.

**IV. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC SAU MỞ KHÍ QUẢN**

**Toàn thân**

Cần theo dõi tình trạng hô hấp, kịp thời pahst hiện suy hô hấp để xử trí

**Tại chỗ**

Tình trạng chảy máu tại chỗ vết mổ, tụt canuyn mở khí quản.

Hút đờm: ngày đầu hút 20 30 phút/lần, những ngày sau 1 giờ/lần cần đảm bảo vô khuẩn, đúng quy cách.

Làm sạch và loãng đờm: sau mỗi lần hút nên nhỏ vào canuyn 1ml dung dịch nabica 1,4% hoặc 0,5ml alphachymotrypsin (dung dịch 1mg trong 10ml nước cất) để làm loãng đờm và hạn chế nhiễm khuẩn. Truyền dịch đủ cho người bệnh cũng rất quan trọng.

Thay băng tại chỗ mở khí quản, thay canuyn: trong ngày đầu nên thay 2 3 lần và rửa vết mổ, rửa quanh canun bằng dung dịch sát khuẩn, những ngày sau, rửa và thay băng 1lần/ngày; thay canuyn có thể thực hiện sau 48 giờ.

## **352. ĐẶT CATHETER TĨNH MẠCH TRUNG TÂM BÙ DỊCH**

**I. KHÁI NIỆM**

Đặt catheter tĩnh mạch trung tâm là đặt catheter ở các tĩnh mạch lớn như tĩnh mạch dưới đòn, tĩnh mạch cảnh, tĩnh mạch bẹn nhằm để đưa vào cơ thể một khối lượng dịch thể tương đối lớn, trong một khoảng thời gian nhất định để điều trị sốc bỏng. Đặt catheter tĩnh mạch dưới đòn còn cho phép đo áp lực tĩnh mạch trung tâm để đánh giá huyết động của người bệnh trong sốc bỏng.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Người bệnh bỏng nặng: bỏng diện tích lớn, bỏng sâu diện rộng, bỏng hô hấp có sốc hoặc đe dọa sốc mà bằng đường tĩnh mạch ngoại vi không bảo đảm hoặc khó bảo đảm bù một khối lượng lớn dịch thể trong một khoảng thời gian nào đó.

Người bệnh sốc bỏng hoặc đe dọa sốc mà không thể truyền được bằng các đường tĩnh mạch ngoại vi hoặc các vị trí truyền ngoại vi đã bị bỏng hết.

Người bệnh bỏng nặng, có sốc bỏng, cần đo áp lực tĩnh mạch trung tâm

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Bỏng nhẹ, có thể bù dịch thỏa đáng bằng đường truyền các tĩnh mạch ngoại vi.

Nhân viên y tế không có kinh nghiệm.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sỹ được đào tạo. Điều dưỡng viên phụ giúp

**2. Người bệnh**

Được giải thích về mục đích và tính chất của kỹ thuật

**3. Dụng cụ**

Catheter các cỡ to, nhỏ tuỳ theo người bệnh.

Bộ dây truyền dịch và dịch truyền đã xuống dịch sẵn.

Găng vô khuẩn.

Xăng lỗ vô khuẩn.

Bông, gạc, cồn 700, cồn iod, băng dính.

Kim khâu da, chỉ lanh, kìm mang kim.

Thuốc gây tê: Novocain, lidocain, thuốc khác: atropin, nước cất, giảm đau...

Bơm tiêm 3 cái, nỉa có mấu: 01 cái.

Đèn gù

Bóng bóp ambu, máy sốc tim.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

Tư thế người bệnh: đầu thấp ưỡn cổ nếu dùng tĩnh mạch dưới đòn hoặc cảnh trong; kê mông, dạng đùi, đầu gối thẳng nếu dùng tĩnh mạch đùi.

Sát trùng rộng da vùng tiến hành kỹ thuật.

Gây tê tại chỗ.

**1. Tĩnh mạch đùi:**

Tìm động mạch đùi ở tam giác Scarpa, phía dưới cung đùi 2cm. Khi thấy mạch đập, lấy hai hoặc ba ngón tay giữ động mạch và chọc kim ở đầu ngón tay phía trong trong động mạch 5mm. Vừa đẩy kim vừa hút bơm tiêm cho đến khi thấy máu tĩnh mạch phụt ra, tháo bơm tiêm, đưa catheter vào tĩnh mạch, rút kim hoặc vỏ kim, khâu cố định bằng mối túi quanh chân catheter.

**2. Tĩnh mạch dưới đòn:**

Chọc kim ở điểm sát bờ dới xương đòn ở 1/3 trong, đẩy kim từ từ theo hướng chếch lên trên và sang bên đối diện tạo một góc 450 với trục nằm ngang qua điểm giữa xương đòn. Vừa đẩy kim vừa hút bơm tiêm cho đến khi thấy máu tĩnh mạch phụt ra, tháo bơm tiêm, đưa catheter vào tĩnh mạch, rút kim hoặc vỏ kim, khâu cố định bằng mối túi quanh chân catheter.

**3. Tĩnh mạch cảnh trong: có 3 kỹ thuật**

**Kỹ thuật Mostert J,W**:  Đầu người bệnh quay sang một bên, tìm vị trí của động mạch cảnh bằng cách bắt mạch, lấy hai ngón tay tách động mạch cảnh và bờ trong của cơ ức đồn chũm. Chọc kim vào giữa hai ngón tay ở vị trí 5cm trên xương đòn (thường lấy sụn phễu làm điểm chuẩn) trêm một mặt phẳng dọc, hướng đầu kim về phía điểm nối 1/3 trong và 2/3 ngoài của xương đòn, và tạo thành một góc 300 với mặt phẳng của người bệnh.

**Kỹ thuật Jernigan W. R**.: Đầu người bệnh quay sang một bên, chọc kim ở vị trí 2 khoát ngón tay trên xương đòn, thẳng góc với cơ ức đòn chũm, trên bờ ngoài của cơ, phải dùng catheter mềm hoặc dùng dây dẫn vì kim chọc thẳng góc với tĩnh mạch.

**Kỹ thuật O.Daily**: Điểm chọc là đỉnh tam giác Sedillot hợp thành bởi 2 bó cơ ức đòn chũm và xương đòn. Chọc kim trên một mặt phẳng dọc, hướng mũi kim từ đỉnh xuống đáy tam giác (xương đòn) làm một góc 300 với mặt phẳng của người bệnh.

**VI. CÁC TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ**

Người bệnh ngừng tim, ngừng thở do phản xạ: ngừng thủ thuật, tiến hành hồi sức tổng hợp (sốc tim, bóp bóng hỗ trợ hô hấp, thở máy…)

Chọc kim vào khí quản, màng phổi, đỉnh phổi gây tràn khí dưới da (đặt catheter tĩnh mạch dưới đòn): Rút kim, ngừng thủ thuật. Nếu tràn khí màng phổi làm ảnh hưởng tới hô hấp cần dẫn lưu khí màng phổi vô trùng; nếu tràn khí dưới da hầu hết sẽ tự hấp thu

Chọc kim vào động mạch: rút kim, ấn chặt vùng chọc kim 3-5 phút.

Nhiễm khuẩn: thao tác phải bảo đảm vô khuẩn, không sử dụng lại các catheter đã dùng rồi.

Đưa khí vào lòng mạch: hay gặp khi người bệnh trong trạng thái shock nặng, áp lực tĩnh mạch trung tâm âm tính. Cần tuân thủ đúng các quy trình đặt catheter.

## **353. ĐẶT DÂY TRUYỀN DỊCH NGOẠI VI ĐIỀU TRỊ NGƯỜI BỆNH BỎNG**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Ở người bệnh bỏng, đặc biệt những người bệnh bỏng nặng, khối lượng máu lưu hành thường bị giảm (có thể giảm tới 30 40%), do thoát dịch, huyết tương từ lòng mạch ra khoảng gian bào; mất dịch qua vết bỏng do bốc hơi; mất dịch qua đường hô hấp, qua chất nôn, do sốt cao, ...

Do đó, một trong những nhiệm vụ quan trọng trong điều trị người bệnh bỏng là bồi phụ lượng dịch đã mất qua đường tiêu hoá hoặc đường tĩnh mạch, ưu tiên hàng đầu là thiết lập đường truyền dịch qua các tĩnh mạch ngoại vi.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Người bệnh bỏng người lớn có diện bỏng chung > 20% diện tích cơ thể (DTCT), trẻ em bỏng > 10%.

Theo chỉ định điều trị.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có chống chỉ định tuyệt đối. Thận trọng khi người bệnh bỏng có phù phổi cấp, bệnh tim nặng.

**IV. CHUẨN BỊ**

**Người thực hiện**: điều dưỡng, kỹ thuật viên

Địa điểm: buồng bệnh.

**Phương tiện**

Dịch truyền theo y lệnh, phiếu truyền dịch

Khay vô khuẩn, khay quả đậu.

Kìm Kocher, ống cắm kìm, bông, gạc, hộp đựng bông cồn vô khuẩn.

Găng tay, dây garo, gối kê tay, cọc truyền, bộ dây truyền, kéo, băng dính, băng cuộn.

Hộp thuốc chống sốc, huyết áp kế, nhiệt kế, hộp đựng vật sắc nhọn, hộp đựng rác thải, .

**Người bệnh**

Giải thích để người bệnh yên tâm và phối hợp với chuyên môn.

Cho người bệnh đi đại tiện, tiểu tiện trước khi truyền dịch.

**Hồ sơ bệnh án**

Chuẩn bị hồ sơ bệnh án theo quy định

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

Nhân viên y tế đội mũ, rửa tay, mang khẩu trang.

Giải thích, động viên người bệnh.

Kiểm tra dịch truyền, đặt quang treo vào chai dịch, sát khuẩn nút chai, pha thuốc (nếu có).

Cắm dây truyền vào chai dịch, khoá lại.

Chọn tĩnh mạch, thường chọn tĩnh mạch nông ở chi, tốt nhất là ở xa vùng bị bỏng, đặt gối kê dưới vùng truyền.

Treo chai dịch, đuổi khí qua dây, khoá lại.

Đi găng, buộc dây garo trên vùng truyền 3 5 cm.

Sát khuẩn vùng truyền từ trong ra ngoài 2 lần, sát khuẩn tay điều dưỡng.

Căng da, cầm kim ngửa mũi vát chếch 300 đưa kim vào tĩnh mạch thấy máu trào ra, tháo dây garo.

Mở khoá cho dịch chảy, cố định kim và dây truyền, che kim bằng gạc vô khuẩn, cố định bằng nẹp (nếu cần).

Điều chỉnh tốc độ theo y lệnh, ghi phiếu theo dõi truyền dịch.

Theo dõi và phát hiện tai biến.

Thu dọn dụng cụ, tháo găng, rửa tay.

Thực hiện truyền dịch theo y lệnh.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**Toàn thân**

Hướng dẫn người bệnh và gia đình không được tự ý thay đổi tốc độ truyền dịch.

Theo dõi tình trạng ý thức, mạch, nhiệt độ, huyết áp, hô hấp của người bệnh, phát hiện các dấu hiệu bất thường như sốt, rét run, khó thở, ...

Nếu có sốc phản vệ: Xử trí theo phác đồ cấp cứu sốc phản vệ (thở oxy, kháng histamin, corticoid, adrenalin.).

**Tại chỗ**

Nhiễm khuẩn: thay vị trí truyền, kháng sinh, trích rạch ổ nhiễm khuẩn...

Huyết khối tĩnh mạch, tắc mạch phổi: hiếm gặp. Điều trị bằng Heparin.

Viêm hoặc tắc tĩnh mạch: chườm ấm, thay vị trí truyền.

Chệch ven: truyền dịch ra ngoài ven. Cần dừng truyền, chuyển vị trí khác

## **354. BỘC LỘ TĨNH MẠCH NGOẠI VI ĐỂ TRUYỀN DỊCH ĐIỀU TRỊ NGƯỜI BỆNH BỎNG**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Đối với người bệnh bỏng, đặc biệt bỏng nặng, một trong những nhiệm vụ cấp thiết của người thầy thuốc là phải thiết lập được đường truyền dịch nhằm bổ sung khối lượng máu lưu hành, cũng như đưa các thuốc đường tĩnh mạch để cấp cứu & điều trị người bệnh.

Ưu tiên hàng đầu là các đường truyền tĩnh mạch ngoại vi, tiếp đến là các tĩnh mạch trung tâm. Có thể đặt 2 3 đường truyền cùng một lúc. Tuy nhiên, trong những trường hợp khó khăn (hay gặp ở trẻ em), phải bộc lộ tĩnh mạch ngoại vi, hoặc truyền qua xương xốp, thể hang ... để đưa dịch và thuốc điều trị người bệnh.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Người bệnh bỏng có chỉ định truyền dịch mà không thể hoặc không có điều kiện đặt được đường truyền tĩnh mạch ngoại vi hoặc tĩnh mạch trung tâm.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có chống chỉ định tuyệt đối. Thận trọng khi người bệnh bỏng có: phù phổi cấp, bệnh tim nặng.

**IV. CHUẨN BỊ**

**Người thực hiện**: bác sỹ, điều dưỡng.

Địa điểm: buồng tiểu thủ thuật.

**Phương tiện**

Dịch truyền theo y lệnh, cọc truyền, bộ dây truyền, kim luồn tĩnh mạch

Khay vô khuẩn, khay quả đậu.

Hộp tiểu phẫu.

Găng tay vô khuẩn, băng dính, băng cuộn.

Phiếu truyền dịch.

Hộp thuốc chống sốc, huyết áp kế, nhiệt kế ..

Hộp đựng vật sắc nhọn, hộp đựng rác thải, .

**Người bệnh**

Giải thích để người bệnh yên tâm và phối hợp với chuyên môn.

Cho người bệnh đi đại tiện, tiểu tiện trước khi truyền dịch.

**Hồ sơ bệnh án**

Chuẩn bị hồ sơ bệnh án theo quy định, các xét nghiệm liên quan.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

Nhân viên y tế đội mũ, rửa tay, mang khẩu trang.

Giải thích, động viên người bệnh.

Kiểm tra dịch truyền, đặt quang treo vào chai dịch, sát khuẩn nút chai, pha thuốc (nếu có).

Cắm dây truyền vào chai dịch, treo chai dịch, đuổi khí qua dây, khoá lại.

Chọn tĩnh mạch bộc lộ, thường chọn tĩnh mạch hiển ở chi dưới (hiển trong: ở trước trong mắt cá trong; tĩnh mạch hiển ngoài: trên mắt cá ngoài), tốt nhất là ở xa vùng bị bỏng.

Người bệnh được giảm đau, an thần hoặc tê tại chỗ.

Đi găng vô khuẩn, buộc dây garo trên vùng bộc lộ 3 5 cm.

Sát khuẩn vùng bộc lộ từ trong ra ngoài 2 lần. Trải xăng lỗ ở vùng bộc lộ.

Nếu bộc lộ ở tĩnh mạch hiển: Rạch da ngang trên phía trước mắt cá trong hoặc ngang trên mắt cá ngoài, bộc lộ tĩnh mạch.

Thắt đầu ngoại vi tĩnh mạch bộc lộ. Mở thân tĩnh mạch phía trên chỗ thắt, luồn kim luồn tĩnh mạch, buộc cố định.

Nối kim luồn tĩnh mạch với dây truyền dịch, tháo dây garo.

Mở khoá cho dịch chảy. Khâu che phủ tĩnh mạch và phục hồi vết rạch da, cố định kim luồn và dây truyền, che vết mổ bằng gạc vô khuẩn, cố định bằng nẹp (nếu cần).

Điều chỉnh tốc độ theo y lệnh, ghi phiếu theo dõi truyền dịch.

Theo dõi và phát hiện tai biến.

Thu dọn dụng cụ, tháo găng, rửa tay.

Thực hiện truyền dịch theo y lệnh.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**Toàn thân**

Hướng dẫn người bệnh và gia đình không được tự ý thay đổi tốc độ truyền dịch.

Theo dõi tình trạng ý thức, mạch, nhiệt độ, huyết áp, hô hấp của người bệnh, phát hiện các dấu hiệu bất thường như sốt, rét run, khó thở, ...

Nếu có sốc phản vệ: Xử trí theo phác đồ cấp cứu sốc phản vệ (thở oxy, kháng histamin, corticoid, adrenalin,.).

**Tại chỗ**

Nhiễm khuẩn: thay vị trí truyền, điều trị kháng sinh, trích rạch ổ nhiễm khuẩn...

Huyết khối tĩnh mạch, tắc mạch phổi: hiếm gặp. Điều trị bằng Heparin.

Viêm hoặc tắc tĩnh mạch: chườm ấm, thay vị trí truyền.

Chệch ven: truyền dịch ra ngoài ven. Cần dừng truyền, chuyển vị trí khác

## **355. THEO DÕI CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH BỎNG NẶNG**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Bệnh nhân bỏng nặng và sốc bỏng cần được điều trị tại khoa hổi sức cấp cứu hoặc ở buổng bệnh nhân nặng nên cần khu điều trị bỏng riêng.

Theo dõi và chăm sóc người bệnh bỏng nặng nhằm 2 mục đích:

Dự phòng các biến chứng ở người bệnh bỏng nặng và khắc phục sớm các biến chứng.

Chăm sóc toàn diện nâng cao thể trạng người bệnh, tạo điều kiện cho việc phẫu thuật các tổn thương bỏng sâu và khả năng liền vết thương của vết thương bỏng nông.

Việc chăm sóc theo dõi đòi hỏi phải toàn diện, chính xác. Ngoài những theo dõi chung như bất kì 1 người bệnh nặng nào, bài viết nhấn mạnh một số theo dõi đặc thù hay gặp ở bệnh nhân bỏng.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Bỏng diện rộng, diện bỏng sâu lớn.

Bỏng ở người già yếu; bỏng ở người có kèm bệnh nội khoa nặng hoặc có chấn thương kết hợp.

Bỏng trên trẻ suy dinh dưỡng.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có

**IV. CHUẨN BỊ**

**Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa bỏng, điều dưỡng.

**Phương tiện**

Máy thở, máy hút, monitor theo dõi người bệnh; máy sốc tim; bơm tiêm điện; máy truyền dịch; máy khí dung, bình oxy, thước dây, cân, đệm chống loét.

Dụng cụ đo huyết áp động mạch, đo áp lực tĩnh mạch trung tâm, nhiệt kế, dụng cụ thay băng, bông băng gạc, thuốc thay băng, các lọai ống thông, túi đựng và định lượng nước tiểu theo giờ.

**Người bệnh**

**Hồ sơ bệnh án, các xét nghiệm cần thiết**

Giải thích và động viên người bệnh và gia đình phối hợp chăm sóc, giữ gìn vệ sinh trật tự buồng bệnh.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**Toàn thân**

Theo dõi thân nhiệt, phát hiện tình trạng sốt. Các vấn đề cần theo dõi khi sốt: Tính chất cơn sốt, mức độ sốt, thời gian kéo dài của cơn sốt. Hạ nhiệt khi sốt cao bằng chườm mát, xoa cồn vùng da lành, cho dây trưyền qua bọc nước đá, uống thuốc hoặc tiêm thuốc hạ nhiệt, duy trì nhiệt độ phòng hợp lý (2325 độ C).

Có thể gặp thân nhiệt hạ khi dùng thuốc hạ sốt quá mạnh, khi sốc quá nặng, khi bệnh nhân đe doạ tử vong. Xử lý: ủ ấm, lò s ởi...

Đánh giá sự thay đổi da và niêm mạc, cân nặng hàng ngày.

Tâm thần kinh

Phát hiện tình trạng kích thích vật vã hoặc li bì ức chế. Cho thuốc an thần, khám chuyên khoa thần kinh, tâm trí liệu pháp.

Cơ quan tuần hoàn

Đo tần số và khám trương lực mạch, huyết áp động mạch, huyết áp tĩnh mạch trung tâm theo giờ, ghi chép vào bảng theo dõi chức năng sống của người bệnh. Theo dõi liên tục qua monitor.

Theo dõi lưu thông của dây ống thông truyền dịch, máu, đạm...

Thay băng chân ống thông 1 lần/ngày, rửa bằng dung dịch PVP 10% hoặc cồn iode 2%

Bồi phụ khối lượng máu lưu hành, truyền dịch keo, máu, trợ tim hoặc cho thuốc nâng huyết áp nếu sốc nhiễm khuẩn nhiễm độc.

Làm các xét nghiệm huyết học, hóa sinh, đông máu, xử trí kịp thời khi có thay đổi hằng hố sinh lý.

Cơ quan hô hấp

Đánh giá kiểu thở, tần số thở, mức độ khó thở. Khám phát hiện các ran bệnh lý.

Thở oxy, tính liều lượng cho phù hợp, cho thở oxy ngắt quãng.

Khí dung: kháng sinh, corticoid, chống phù nề, chống co thắt, giảm tiết đờm rãi.

Hút đờm rãi qua miệng, mũi, qua ống nội khí quản hay qua lỗ mở khí quản. Sử dụng các thuốc giúp làm loãng đờm khi hút.

Đặt ống nội khí quản, mở khí quản khi khó thở mức độ nặng. Chăm sóc lỗ mở khí quản hàng ngày.

Cho thở máy, hô hấp hỗ trợ nếu rối loạn nhịp thở, không tự thở được.

Tập thở hàng ngày.

Cơ quan tiêu hóa

Cho người bệnh ăn sớm 12 giờ sau bỏng bằng các dung dịch nuôi dưỡng, sữa.

Cho người bệnh nằm nghiêng đầu để tránh chất nôn tràn vào khí quản.

Đặt ống thông dạ dày và đặt ống thông hậu môn nếu chướng bụng, liệt da dày, ruột cấp.

Đánh giá tính chất, mầu sắc phân; nếu phân có màu đen chú ý xuất huyết tiêu hóa.

Cho thuốc nhuận tràng ở người bệnh nằm lâu có táo bón.

Nếu người bệnh không ăn được: cho ăn qua ống thông các thức ăn dễ tiêu như súp, cháo hoặc các dung dịch nuôi dưỡng, sữa cho ăn 68 lần/ ngày, mỗi lần từ 50 150 ml, đảm bảo 3000 4000 Kcal/ 24giờ.

Cơ quan tiết niệu

Theo dõi số lượng nước tiểu từng giờ và 24 giờ.

Màu sắc, tính chất và tỉ trọng nước tiểu.

Thông tiểu hoặc đặt dẫn lưu bàng quang qua niên đạo, nếu bí đái

Cho thuốc lợi tiểu nếu thiểu niệu hoặc vô niệu.

**Tại chỗ vết bỏng**

Diện tích, độ sâu, vị trí tổn thương báng.

Tình trạng dịch tiết, dịch mủ: mứcc độ tiết dịch, màu sắc dịch

Tình trạng viêm nề vết thương và viền mép: khi nhiễm trùng nặng, vết bỏng có biểu hiện viêm nề lan cả da lành, đặc biệt vùng hay gặp sinh độc (khi bỏng ở chi dưới).

Tình trạng xung huyết, xuất huyết vết thương.

Tình trạng chèn ép garo vết bỏng: khi bỏng kín chu vi chi thể. Cần rạch hoại tử giải phóng chèn ép, theo dâi tình trạng chảy máu sau rạch.

Biểu hiện hoại tử thứ phát vết thương: vết thương sẽ chuyển màu tím rồi nâu đen, mùi rất hôi...

Chăm sóc tại chỗ vết thương:

Giữ vệ sinh ngoài da, đặc biệt ở trẻ em, ở bệnh nhân bỏng vùng sinh dục, chi dưới.

Vệ sinh khi thay băng, đặc biệt vùng da lành lân cận, viền mép vết thương.

Chăm sãc vùng lấy da, vùng ghép da theo quy trình.

Giữ tư thế cơ năng chi thể khi bị bỏng, tránh tì đè khi ngồi, nằm nghiêng, ở mặt sau chi thể bỏng kê cao.

Sẵn sàng sau thay băng: ủ ấm

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

1.Viêm phổi do người bệnh nằm lâu, ứ đọng đờm rãi: cho người bệnh thay đổi tư thế, ngồi dậy, vỗ lưng, tập ho, tập thở.

Loét các điểm tì: thay đổi tư thế 2 giờ/1 lần, đối với những vùng đe dọa loét cần xoa bóp, chườm ấm, xoa bột talc, cho nằm đệm chống loét hoặc nằm giường xoay chống loét. Rửa vết loét hàng ngày, sát khuẩn xung quanh vết loét bằng cồn 700 , rửa nước oxy già vùng loét, đắp kem biafin hoặc dung dịch kháng sinh; khi có mô hạt: mổ ghép da mảnh mỏng hoặc chuyển vạt da tại chỗ che phủ ổ loét

## **356. TẮM ĐIỀU TRỊ NGƯỜI BỆNH BỎNG**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Tắm là một trong những biện pháp hỗ trợ điều trị vết thương bỏng rất hiệu quả. Mục đích của tắm điều trị bỏng là làm sạch vết thương bỏng, loại bỏ các chất bẩn, dị vật, các hoại tử đang bong rụng, làm sạch dịch đồng thời cũng làm sạch vùng da lành để hạn chế nhiễm khuẩn từ vùng da lành vào vết bỏng.

Tắm bỏng phải bảo đảm nguyên tắc vô khuẩn: nước tắm vô khuẩn, bồn tắm vô khuẩn, người tắm vô khuẩn.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Đối với các người bệnh bỏng vừa mới nhập viện: Tắm để làm sạch vết bỏng và cơ thể từ đầu, loại bỏ dị vật, bùn đất, hóa chất nhằm hạn chế nhiễm khuẩn và nhiễm độc cho người bệnh. Sau tắm đưa về buồng điều trị vô khuẩn.

Đối với người bệnh đã nằm điều trị tại Viện: tắm để làm sạch vết thương vết bỏng hỗ trợ cho công tác điều trị, tắm trước khi thay băng bỏng.

Tắm người bệnh bỏng sâu trước phẫu thuật cắt bỏ hoại tử, ghép da

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Người bệnh đang có các dấu hiệu đe dọa chức năng sống

Không đảm bảo công tác vô khuẩn và an toàn khi tắm cho người bệnh

**IV. CHUẨN BỊ**

**Người thực hiện**

Bác sỹ điều trị, điều dưỡng viên, kíp tắm tối thiểu có 3 người (2 người vô trùng, một người giúp ngoài); bác sỹ gây mê (nếu có gây mê)

**Người bệnh**

Giải thích quy trình, chuẩn bị tâm lý

**Trang thiết bị, thuốc**

Phòng tắm: điều hòa ấm 28 320C

Nước sạch dưới áp lực

Hệ thống tắm điều trị (bể tắm chuyên dụng, hệ thống vận chuyển, nâng đỡ người bệnh...).

Hệ thống theo dõi chức năng sống: monitor theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở, SPO2.

Hệ thống cấp cứu: oxy, máy hút, máy thở, thuốc cấp cứu.

Thuốc: xà phòng tắm, bàn chải mềm, bông băng, thuốc giảm đau toàn thâ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**Quy trình kỹ thuật tắm**

Đưa người bệnh lên xe đẩy chuyển đến phòng tắm điều trị.

Tiêm thuốc giảm đau hoặc gây mê nếu có điều kiện (theo quy trình riêng)

Thử và điều chỉnh nhiệt độ nước tắm.

Bảo vệ các vùng đặt catheter, kim luồn, ống nội khí quản bằng vật liệu không thấm nước.

Cắt băng.

Xả nước tắm cho ngấm hết vùng tổn thương.

Bóc băng, gạc bộc lộ tổn thương.

Dùng gạc, bàn chải mềm tẩm nước xà phòng đã pha cọ nhẹ nhàng lên vùng tổn thương sau đó ra vùng da lành toàn thân

Loại bỏ các dịch mủ, dị vật trên vết bỏng và vùng da lành

Gội đầu bằng xà phòng

Thấm khô vết bỏng và toàn thân, sấy khô tóc

Thay băng: theo quy trình riêng

Theo dõi người bệnh trong khi tắm điều trị

Theo dõi ý thức

Theo dõi nhịp thở, SPO2.

Theo dõi mạch, huyết áp

Thở oxy, hút dịch và đờm dãi nếu có tăng tiết

Theo dõi và xử trí chảy máu tại chỗ vết thương bỏng

**VI. TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ**

**Toàn thân**

Theo dõi trạng thái toàn thân, mạch, nhiệt độ, huyết áp... sau tắm chặt chẽ, kịp thời phát hiện trạng thái sốc, đe dọa sốc để xứ lý.

Suy hô hấp, tụt huyết áp trong quá trình tắm: Dừng tắm, đưa người bệnh lên cáng hay giường, thấm khô, ủ ấm và tiến hành hồi sức cấp cứu: bù dịch, thuốc nâng huyết áp, thở oxy.

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.

Tình trạng đau đớn sau thay băng như kêu đau, rét run hoặc sốt cao: tiếp tục dùng giảm đau, ủ ấm, hạ sốt.

Nhiễm lạnh do tắm lâu: tắm từng bộ phận cơ thể một, bảo đảm nhiệt độ phòng (28 đến 32 độ C), ủ ấm cho người bệnh sau tắm.

**Tại chỗ**

Chảy máu: kiểm tra chảy máu, đắp nước muối ấm, băng ép hoặc khâu cầm máu nếu cần, lấy sạch máu cục, đắp lại gạc thuốc, gạc khô, băng ép.

Nhiễm khuẩn vết bỏng, nhiễm khuẩn chéo: phải tuân thủ vô trùng, có quy trình tiệt trùng hệ thống tắm bỏng sau mỗi người bệnh, bảo đảm nguồn nước vô khuẩn.

## **357. KHÁM DI CHỨNG BỎNG**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Người bệnh sau khi khỏi bỏng thường để lại nhiều di chứng bỏng. Đó là các lọai sẹo: lồi, phì đại, co kéo, dính, loét lâu liền, loét ung thư hoa.. .Di chứng có thể chỉ ở da và có thể tổn thương cả gân, cơ, xương, khớp.Những di chứng này làm ảnh hưởng chức năng lao động, thẩm mỹ, rối loạn cảm giác.

Khám di chứng bỏng là khám xét để đánh giá mức độ ảnh hưởng (di chứng) của tổn thương bỏng trước đó đến sức khỏe, chức năng, thẩm mỹ, tâm lý của người bệnh từ đó có biện pháp điều trị phục hồi sức khỏe, phục hồi chức năng, phục hồi thẩm mỹ, phục hồi tâm lý cho người bệnh.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Tất cả người bệnh điều trị sau bỏng

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có

**IV. CHUẨN BỊ**

**Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa bỏng được đào tạo.

**Phương tiện**

Buồng khám bệnh đủ ánh sáng

Thước dây, thước đo góc

**Người bệnh**

Nằm, ngồi, đứng thuận tiện cho việc khám bệnh

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**Thứ tự khám**

Khám toàn thân để đánh giá tình trạng sức khỏe nói chung

Khám, hỏi, trao đổi.để xác định mức độ tổn thương tâm lý

Khám tại chỗ vùng di chứng bỏng để đánh giá tình trạng chức năng (vận động, cảm giác, các giác quan.), khám và ghi chép từng vị trí di chứng bỏng.

Khám vận động chủ động, thụ động, đo các góc vận động của chi thể.

Đánh gía thẩm mỹ

Đánh giá các tình trạng khác do sẹo bỏng để lại: đau đớn, ngứa, viêm nhiễm...

Tình trạng sẹo: vị trí, diện tích, tính chất sẹo, biểu hiện sẹo, rối loạn cảm giác, rối loạn dinh dưỡng vùng sẹo.

**Chẩn đoán**

Sẹo lồi, sẹo phì đại, sẹo co kéo, sẹo dính, sẹo loét lâu liền, loét ung thư hóa.

Vị trí sẹo

Thời gian sau khỏi bỏng

Sẹo đơn thuần hoặc kết hợp

Rối loạn sắc tố... (Ví dụ chẩn đoán: Sẹo lồi, loét, co kéo khoeo chân phải di chứng bỏng vôi tôi năm thứ hai)

**Theo dõi và hướng dẫn người bệnh**

Tập vận động tại nhà, tại khoa phục hồi chức năng.

Hẹn sau 1 thời gian đến kiểm tra lại.

Cần nhập viện để phẫu thuật.

Xác định để giải quyết thương tật, chính sách.

## **358. CẮT SẸO KHÂU KÍN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Cắt sẹo khâu kín là kỹ thuật tạo hình đơn giản nhất nhưng thường xuyên được sử dụng trong phẫu thuật điều trị sẹo sau bỏng. Kỹ thuật có thể được thực hiện ở các tuyến cơ sở không đòi hỏi trang thiết bị hiện đại cũng như trình độ phẫu thuật viên.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Sẹo bỏng kích thước nhỏ, sẹo ổn định và không gây co kéo.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Sẹo kích thước lớn

Sẹo chưa ổn định

Sẹo gây co kéo

Toàn trạng người bệnh chưa cho phép phẫu thuật

**IV. CHUẨN BỊ**

**Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa bỏng, bác sĩ ngoại chung được đào tạo.

**Kíp gây mê (nếu có mê):** bác sỹ gây mê, kỹ thuật viên gây mê, 1 điều dưỡng vô trùng, 1 điều dưỡng hữu trùng

**Phương tiện**

Bộ dụng cụ phẫu thuật thông thường, vật tư tiêu hao trong mổ...

**Người bệnh**

Hồ sơ bệnh án theo quy định cho một cuộc mổ.

Giải thích cho người bệnh biết ý nghĩa phương pháp điều trị và kết quả sau phẫu thuật.

Vệ sinh toàn thân. Người bệnh cần nhịn ăn trước cuộc mổ từ 46 giờ. Nếu người bệnh quá lo lắng: có thể cho an thần (seduxen, rotunda...) đêm trước mổ.

Kiểm tra lại toàn trạng người bệnh (mạch, nhiệt độ, huyết áp..) trước mổ.

Vệ sinh vùng mổ.

Dự trù máu trước mổ (nếu cần)

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**Vô cảm**

Gây mê , gây tê vùng hoặc tê tại chỗ.

**Kỹ thuật**

Thiết kế đường mổ sao cho trùng các nếp lằn da hoặc song song với các nếp lằn da.

Cắt bỏ sẹo theo đường thiết kế

Bóc tách ngầm hai bên mép khuyết da, diện tích bóc tách tương đương diện tích khuyết da

Cầm máu Kỹ bằng dao đốt điện

Đóng vết mổ bằng khâu hai lớp: lớp dưới da dùng chỉ tự tiêu, lớp ngoài da bằng chỉ nylon

Có thể cần đặt dẫn lưu tránh tụ máu

Thay băng một ngày sau mổ. Cắt chỉ sau 7 14 ngày sau mổ.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**Toàn thân**

Theo dõi các biến chứng của gây mê nếu có suy hô hấp, tụt huyết áp, nôn...: truyền dịch, nâng huyết áp, thở oxy, để đầu thấp nghiêng 1 bên, lau sạch đờm dãi.

Đau nhiều sau phẫu thuật: cho thuốc giảm đau sau mổ 1 2 ngày.

**Tại chỗ**

Tình trạng chảy máu tại vùng mổ (máu thấm băng.): kê cao chân, băng ép bổ sung. Nếu không được: tiến hành mở băng, xác định điểm chảy máu và khâu, đốt cầm máu bổ sung.

Băng ép quá chặt: nới bớt băng.

Nhiễm khuẩn: cần nặn ép dịch mủ. Thay băng vô khuẩn, đắp thuốc kháng khuẩn tại chỗ và kháng sinh toàn thân.

## **359. THAY BĂNG ĐIỀU TRỊ VẾT THƯƠNG MẠN TÍNH**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Bình thường, vết thương sẽ liền trong vòng 4 6 tuần. Tuy nhiên có nhiều vết thương chưa liền trong vòng 6 tuần và người ta xếp các vết thương đó vào nhóm vết thương khó lành, vết thương mạn tính. Các vết thương khó lành, vết thương mạn tính ngày càng phổ biến trong đời sống theo cùng sự phát triển của kinh tế xã hội và tuổi thọ của dân chúng, thường gặp trong bỏng nặng, vết thương ngoại khoa có biến chứng, vết thương là hậu quả của bệnh lý mạch máu, đái đường, xạ trị, tỳ đè, bệnh lý miễn dịch da, ...

Điều trị vết thương mạn tính rất khó khăn, phức tạp, là một thách thức lớn, đòi hỏi tổng hợp nhiều biện pháp điều trị trong một thời gian dài, trong đó vấn đề thay băng đóng vai trò quan trọng.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Tất cả các loại vết thương mạn tính, mục đích nhằm:

Loại bỏ tổ chức hoại tử, dịch tiết, dịch mủ, .

Đưa thuốc và vật liệu vào điều trị tại chỗ

Bổ xung chẩn đoán, theo dõi tiến triển của vết thương.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có chống chỉ định tuyệt đối. Cần chú ý trong các trường hợp bị suy hô hấp, tuần hoàn đe dọa tính mạng người bệnh.

**IV. CHUẨN BỊ**

**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 sỹ gây mê và kỹ thuật viên gây mê.

**Phương tiện**

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.

Nỉa có mấu và không mấu, kéo cong, kéo thẳng, găng tay. Nên có sẵn những dụng cụ cầm máu như pince, kìm cầm kim...

Xô đựng đồ bẩn.

Thuốc thay băng

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 cã thó dùng dung dịch acid boric 24%; 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 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 hydrocoloid.

**Người bệnh**

Giải thích động viên người bệnh

Dặn người bệnh nhịn ăn trước 6 giờ nếu phải gây mê.

**Hồ sơ bệnh án**

Chuẩn bị hồ sơ bệnh án theo quy định, các xét nghiệm liên quan.

Địa điểm thay băng

Buồng thay băng hoặc buồng bệnh (buồng bệnh nặng hoặc buồng bệnh hồi sức cấp cứu).

Yêu cầu: 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**

**Vô cảm**

Dùng thuốc giảm đau hoặc gây mê, gây tê đám rối thần kinh (nếu cần).

**Kỹ thuật**

Nhân viên đội mũ, đeo mạng, rửa tay và đi găng vô khuẩn.

Mở hộp dụng cụ và xắp xếp dụng cụ thuận tiên cho việc thay băng.

Trải tấm nylon lót dưới vùng thay băng

Bộc lộ vùng tổn thương. Dùng cồn 700, ete lau rửa vùng da lành quanh vết thương.

Lau rửa vết thương bằng nước muối sinh lý, dung dịch sát khuẩn.

Cắt lọc tổ chức hoại tử, lấy bỏ máu tụ, giả mạc, dịch tiết mủ, cầm máu.

Rửa lại vết thương 2 3 lần bằng nước muối sinh lý, dung dịch thuốc sát khuẩn, thấm khô

Đặt gạc thuốc hoặc các loại vật liệu sinh học (theo chỉ định)

Phủ 4 6 lớp gạc khô, băng ép vừa phải

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**Toàn thân**

Theo dõi trạng thái toàn thân, mạch, nhiệt độ, huyết áp.. .sau thay băng. Theo dõi sau gây mê chặt chẽ, kịp thời để xứ 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.

Tình trạng đau đớn sau thay băng như kêu đau, rét run hoặc sốt cao: tiếp tục dùng giảm đau, ủ ấm, hạ sốt.

**Tại chỗ**

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.

Nhiễm khuẩn: kháng sinh, thuốc chống nhiễm khuẩn tại chỗ.

## **360. KHÁM NGƯỜI BỆNH PHỤC HỒI CHỨC NĂNG SAU BỎNG**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Phục hồi chức năng là quá trình sử dụng mọi khả năng của một cá thể ở mức độ cao nhất để tạo thuận cho sự phát triển của cơ thể và hoạt động chức năng. Đây là một quá trình động và bao gồm sự tham gia của người bệnh và gia đình. Mục đích chủ yếu của phục hồi chức năng là:

Tạo cho cá thể đạt được mức độ hoạt động chức năng tối đa

Ngăn ngừa tàn tật, duy trì khả năng còn lại và bảo tồn mức độ chức năng tới mức tối đa

Kế hoạch phục hồi chức năng được hình thành ngay khi thông tin được thu thập đầy đủ thông qua toàn bộ những lượng giá ban đầu của người bệnh, bác sĩ vật lý trị liệu phục hồi chức năng sẽ xác định và đưa ra chương trình phù hợp

**II. CHỈ ĐỊNH**

Người bệnh bỏng hoặc sau bỏng độ III, IV, V

Người bệnh bỏng hoặc sau bỏng ở các vùng khớp

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**: Không có

**IV. CHUẨN BỊ**

**Người bệnh**

Giải thích cho người bệnh và người nhà kết hợp điều trị

**Người thực hiện**

Bác sĩ vật lý trị liệu phục hồi chức năng

**Phương tiện**

Thước đo tầm vận động khớp, lực kế đo sức cơ, thước dây...

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

Lượng giá người bệnh bỏng và di chứng bỏng

Vị trí bỏng: bề mặt nào của khớp bị tổn thương và ảnh hưởng như thế nào, đặc biệt tổn thương ở bàn tay

Độ sâu bỏng ở những vị trí khác nhau

Tư thế khi nghỉ ngơi và tư thế các chi có ở trong tư thế cho phép co rút tiến triển hay không

Tình trạng phù nề hiện tại ảnh hưởng đến tuần hoàn, cảm giác và khả năng vận động của người bệnh

Tầm vận động chủ động và thụ động của khớp

Lượng giá toàn thân

Tình trạng tri thức

Sức cơ

Điều hợp

Vị thế (nằm ngửa, ngồi và đứng)

Cảm giác

Đau (ở đâu và mức độ như thế nào)

Vận động (thay đổi tư thế và các hoạt động di chuyển)

Thăng bằng (ngồi, đứng)

Tiền sử (gãy xương, bệnh khớp, những vấn đề về tim phổi)

Tình trạng thể chất và những hạn chế về khả năng của người bệnh khi di chuyển hay trong các hoạt động sống hàng ngày

Sở thích

Vai trò xã hội

Mục tiêu cần đạt được và những ưu tiên

Chẩn đoán

Lập kế hoạch và thực hiện

Thiết lập mục tiêu:

Mục tiêu trước mắt

Mục tiêu lâu dài

Thiết kế chương trình điều trị

Đưa ra một chương trình thử nghiệm và điều chỉnh biện pháp áp dụng cần thiết

Động viên khuyến khích và hướng dẫn cho người bệnh giải quyết những khó khăn để người bệnh có thể độc lập trong sinh hoạt và thực hiện mọi hoạt động sống một cách dễ dàng

Thiết kế chương trình cho trẻ em điều cần thiết là phải quan tâm đến các bài tập có mang tính chất vui chơi, sử dụng các đồ chơi khác nhau và thiết kế các hoạt động vui chơi mà những hoạt động bao gồm các bài tập theo tầm vận động, tư thế, vận động và các bài tập kéo dãn sẽ tạo khả năng cho chương trình thành công

Đánh giá kết quả

**CHÚ Ý**

Thường xuyên đánh giá và xem xét hiệu quả của các biện pháp kỹ thuật, thay đổi chúng nếu thấy cần thiết

Chọn kỹ thuật hoặc cách thức điều trị phù hợp với kế hoạch và mục tiêu điều trị

## **361. TẬP VẬN ĐỘNG PHỤC HỒI CHỨC NĂNG SAU BỎNG**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Một khi sự sống của người bệnh đã được đảm bảo, chức năng và thẩm mỹ trở thành nhân tố lớn nhất đối với chất lượng tiếp theo của cuộc sống. Tập vận động là một yếu tố quan trọng của phục hồi chức năng bỏng, thường xuyên vận động tay chân bị thương là cần thiết để giảm bớt số lượng mô sẹo và để đảm bảo tầm vận động của khớp. Thông thường, người bệnh được khuyến khích để bắt đầu vận động tay chân của họ ngay sau khi các phẫu thuật đã được hoàn thành và ghép da đã được thực hiện. Tập vận động ở giai đoạn này có thể là đau đớn, nhưng nó là quan trọng trong việc phục hồi chức năng vận động để thực hiện hoạt động sinh hoạt hàng ngày, là nền tảng cho việc thực hiện được các hoạt động sinh hoạt hàng ngày giúp người bệnh có lòng tự tin tăng, giá trị bản thân, và ý thức độc lập

**II. CHỈ ĐỊNH**

Người bệnh bỏng độ III; IIIs, IV, V

Hạn chế tầm vận động khớp

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Điều kiện sức khỏe toàn thân người bệnh không cho phép

Người bệnh có tổn thương cơ, gân, mạch máu thần kinh phối hợp

Người bệnh không hợp tác

**IV. CHUẨN BỊ**

**Người bệnh**

Giải thích để người bệnh và người nhà kết hợp điều trị

**Người thực hiện**

Kỹ thuật viên vật lý trị liệu phục hồi chức năng

**Phương tiện**

Nạng, khung tập đi, băng thun, găng tay, tạ, bộ tập bàn ngón tay.. .tùy thuộc vào từng người bệnh sẽ quyết định

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

Kiểm tra hồ sơ bệnh án, phiếu điều trị

Tập vận động có nhiều phương pháp, mỗi người bệnh có một phương pháp tập khác nhau. Trước khi tập phải khám, đánh giá được những khó khăn và nhu cầu mà người bệnh cần, chọn xem cách tập nào phù hợp và tốt nhất, theo dõi xem người bệnh có phản ứng với phương pháp tập đó không

Dạy kỹ thuật hít thở để giảm bớt sự lo lắng từ các cơn đau có thể làm co cơ bắp bảo vệ và cứng khớp

Vận động thụ động

Vận động chủ động có hỗ trợ

Vận động chủ động

Vận động chống lại sự co kéo bằng bài tập kéo dãn

Tập tư thế

Tập đứng

Tập đi lại

Nẹp

Tập các bài tập sinh hoạt hàng ngày

Hướng dẫn cho người nhà và người bệnh hiểu và nắm bắt được cách chăm sóc sẹo, phương pháp tập vận động sau khi ra viện

Thời gian: 2-3 lần mỗi ngày và duy trì 6-12 tháng

**CHÚ Ý**

Biến chứng có thể xảy ra trong khi kéo dãn là có thể rách sẹo, khi đó vết thương cần được băng ngay lại và báo cho cả nhóm phục hồi biết

Trước khi tiến hành tập làm tăng tầm vận động của khớp nào đó phải cân nhắc thật kỹ xem nếu khớp đó được tăng tầm vận động thì khả năng làm việc và thực hiện chức năng của người bệnh với khớp đó có tốt hơn không?

## **362. SỬ DỤNG GEL SILICOL ĐIỀU TRỊ SẸO BỎNG**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Silicon được nghiên cứu và ứng dụng trong điều trị sẹo đặc biệt sẹo bỏng từ những năm 1980 và ngày càng được ứng dụng rộng rãi trong điều trị các loại sẹo

Silicol thường được sử dụng để ngăn ngừa và điều trị sẹo phì đại. Với dạng các tấm silicol ứng dụng xung quanh các khớp có thể gây ra giảm vận động khớp và một số vị trí gây bất tiện. Để khắc phục những vấn đề này, người ta đã sử dụng silicol dạng gel bôi trực tiếp

Silicol có tác dụng làm mềm và phẳng dần những vết sẹo, giảm ngứa và đau, hạn chế sự thẫm màu tại vùng sẹo...

**II. CHỈ ĐỊNH**

Những vết sẹo ở các độ tuổi khác nhau và ở những vị trí khác nhau

Sẹo phì đại, sẹo lồi

Sẹo sau phẫu thuật và điều trị dự phòng sẹo lồi

Những vết sẹo gây hạn chế các hoạt động của các khớp

Trong việc ngăn ngừa sẹo co kéo của ghép da

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Dị ứng khi sử dụng silicol

Vết thương hở

**IV. CHUẨN BỊ**

**Người bệnh**

Giải thích để người bệnh và người nhà kết hợp điều trị

**Người thực hiện:**

Kỹ thuật viên vật lý trị liệu phục hồi chức năng

**Phương tiện:**

silicol gel, silicol dạng tấm; dao cạo, khăn, kéo

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

Sử dụng silicol sau khi vết thương đã khỏi khoảng 1 tuần

Rửa sạch vùng sẹo và da xung quanh. Nếu lông trên vết sẹo quá nhiều tiến hành cạo sạch để đảm bảo rằng các tấm gel tiếp xúc trực tiếp với các mô sẹo. Dùng khăn sạch thấm khô hoàn toàn

Lấy Silicol Gel ra khỏi gói. Xác định kích thước chính xác cần thiết để che vết sẹo bằng cách đặt một tấm silicol gel trực tiếp vào mô sẹo đánh dấu lại rồi sử dụng kéo cắt đúng kích thước đã xác định

Loại bỏ miếng lót trên miếng silicol gel rồi đặt lên vùng sẹo. Mặc dù tự dính, nhưng tốt nhất là dùng kết hợp với băng đàn hồi hoặc quần áo áp lực thì thành công tăng gấp ba đến bốn lần

Nếu dạng gel thì bôi trực tiếp lên vùng sẹo sao cho gel silicol phủ kín vùng sẹo

Để các tấm silicol và gel silicol ít nhất là 12 giờ mỗi ngày. Nếu có thể nên sử dụng suốt cả ngày, trừ những khi cần vệ sinh vùng sẹo. Điều trị nên kéo dài trong nhiều tháng (6 12 tháng).

**CHÚ Ý**

Rửa miếng silicol bằng xà phòng nhẹ không dầu, ít nhất hai lần mỗi ngày. Lau sạch bằng khăn sạch. Cho phép để khô hoàn toàn trong không khí.

Trong một số người bệnh, phát ban xuất hiện trên da, điều này có thể do vệ sinh kém. Nếu phát ban xuất hiện, giảm thời gian silicol điều trị nếu phát ban vẫn tồn tại, không tiếp tục sử dụng.

Nếu dạng gel thì khi bôi lần 2 có thể bóc bỏ lớp gel silicol cũ

## **363. TẬP VẬN ĐỘNG CHO NGƯỜI BỆNH ĐANG ĐIỀU TRỊ BỎNG ĐỂ DỰ PHÕNG CỨNG KHỚP VÀ CO KÉO CHI THỂ**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Bỏng có thể để lại một người bệnh bị suy nhược và biến dạng co rút, có thể dẫn đến khuyết tật đáng kể khi không được điều trị. Do vậy, một trong những yêu cầu của phục hồi chức năng bỏng là tập vận động trên người bệnh đang điều trị bỏng để dự phòng cứng khớp và co kéo chi thể

Vận động để phục hồi chức năng là một phần thiết yếu không thể thiếu trong điều trị bỏng, tập vận động phải được tiến hành sớm bắt đầu từ ngày nhập viện và tiếp tục trong nhiều tháng, thậm chí nhiều năm sau khi bị bỏng.

Vận động phục hồi chức năng bỏng không chỉ được thực hiện bởi một hoặc hai cá nhân, mà phải là một đội phục hồi chức năng, kết hợp với người bệnh và gia đình của họ.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Bỏng độ IIIs, IV, V

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Điều kiện sức khỏe toàn thân người bệnh không cho phép

Ghép da (ít nhất 57 ngày bất động, nên phối hợp với bác sĩ phẫu thuật)

Người bệnh có tổn thương cơ, gân, mạch máu thần kinh phối hợp

Người bệnh không hợp tác

**IV. CHUẨN BỊ**

**Người bệnh**

Chuẩn bị người bệnh: giải thích để người bệnh kết hợp điều trị

**Người thực hiện**

Kỹ thuật viên vật lý trị liệu phục hồi chức năng

**Phương tiện**

Tùy thuộc vào từng người bệnh sẽ quyết định dụng cụ trợ giúp

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

Kiểm tra hồ sơ bệnh án, phiếu điều trị, người bệnh

Lượng giá mức độ tổn thương và tiên lượng hạn chế vận động

Lập kế hoạch tập cho từng giai đoạn

Thực hiện kỹ thuật: bài tập rõ ràng là tùy thuộc vào kích thước và mức độ nghiêm trọng của vết bỏng, tuổi của người bệnh và các yếu tố khác trước khi bị bỏng để quyết định, nhưng cần phải thường xuyên theo dõi và thay đổi cho phù hợp để đạt được hiệu quả cao.

Có nhiều bài tập luyện:

Đặt tư thế đúng và nẹp được bắt đầu từ ngày đầu tiên bị bỏng và có thể tiếp tục trong nhiều tháng sau chấn thương để phòng chống lại sự co kéo của sẹo, nguyên nhân dẫn đến làm giảm hàng loạt vận động của khớp. Áp dụng cho tất cả các người bệnh cho dù có được ghép da hay không. Đặt nẹp khớp sớm ở các tư thế bảo vệ tốt nhất đối với các khớp dễ bị biến dạng do co rút đặc biệt là khớp nhỏ của bàn tay và ngón

Tập luyện với sự giúp đỡ của nhân viên vật lý trị liệu nhằm duy trì tầm vận động khớp và sức cơ.

Tập luyên thể chất bằng các động tác vận động chủ động nhằm cải thiện tuần hoàn và trao đổi chuyển hóa

Tập duỗi để tránh sự co kéo, tránh teo cơ và phục hồi lại sự nhớ của các động tác vận động nhờ sự giúp đỡ của nhân viên y tế

Tập luyện trong các trường hợp tổn thương thần kinh nhằm phục hồi lại các vận động một cách chính xác tới mức có thể được

Tập luyện hoạt động của các cơ chủ động và thụ động

Tập luyện vận động nhằm giúp người bệnh phục hồi phân tích vận động, sau đó là tập tư thế (nằm, nghiêng sang bên, ngồi thẳng chân, ngồi vắt chân khỏi giường). Nên sử dụng băng thun ở chi dưới

Có hai sự lựa chọn tùy thuộc vào trình trạng người bệnh: chuyển từ giường bệnh sang xe lăn, hoặc ngồi trên giường. Người bệnh đã nằm lâu trên giường bệnh đòi hỏi các động tác tập luyện phân bố trọng lượng và kiểm soát thân mình

Có nhiều phương tiện dụng cụ có thể sử dụng trong giai đoạn sớm sau bỏng. Các hoạt động nhằm mục đích đạt được sự vận động thể chất. Nhân viên vật lý trị liệu cần hướng dẫn người bệnh cách đi lại, đầu tiên là với các dụng cụ, sau đó là đi một mình không cần dụng cụ. Việc chăm sóc phải thận trọng sau khi ghép da hoặc có tổn thương thần kinh hoặc phẫu thuật chỉnh hình. Đi lại giúp định hướng lại vị trí của các mảnh da ghép

Tập luyện chức năng tĩnh có tác dụng ngăn chăn thiểu dưỡng và co kéo cơ bằng cách sử dụng các lực làm giãn gân một cách thường xuyên, và có hiệu chỉnh. Các bài tập này trong trường hợp có tổn thương thần kinh có thể bù trừ được các vận động đã mất

Bài tập nên được thực hiện với những giai đoạn tập ngắn thường xuyên (3­5 phút) mỗi giờ. Nếu người bệnh dung nạp được chương trình tập như vậy mà không quá mệt trong 23 ngày, thời gian mỗi giai đoạn có thể tăng chậm và giảm tần số

**CHÚ Ý**

Chương trình tập luyện cần bắt đầu sớm

Một chương trình chăm sóc nên tránh thời gian kéo dài không nhúc nhích, và bất kỳ một phần cơ thể nào có thể di chuyển tự do nên di chuyển thường xuyên

Loạt các bài tập vận động nên được bắt đầu từ ngay sau bỏng

Nên có một chương trình kế hoạch hoạt động hàng ngày và chăm sóc phục hồi. Bản kế hoạch nên được xem xét lại hàng ngày như là thay đổi các nhu cầu phục hồi.

## **364. ĐẶT VỊ THẾ CHO NGƯỜI BỆNH BỎNG**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Chương trình bài tập tư thế là kỹ thuật để đề phòng những biến chứng và tạo thuận cho việc giải quyết các vấn đề khó khăn gặp phải. Để chương trình đạt được hiệu quả thì đòi hỏi phải có sự chủ động tham gia tích cực của điều dưỡng, chuyên viên vật lý trị liệu và đặc biệt quan trọng là người bệnh. Bắt đầu bài tập vị thế trong suốt 24 giờ đầu là đặc biệt quan trọng, nhất là đối với người bệnh bỏng sâu ở phần các chi thể

**II. CHỈ ĐỊNH**

Người bệnh bỏng vừa, nặng, rất nặng cần phải đặt đúng vị thế để dự phòng loét do nằm lâu, cứng khớp, ứ đọng

Người bệnh bỏng cần đặt đúng tư thế để giảm phù nề

Người bệnh bỏng cần đặt đúng tư thể để phòng co rút cơ, mô sẹo tiến triển gây co kéo chỉ thể, vùng vận động, nếp gấp

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Người bệnh cần Hồi sức cấp cứu ở các tư thế hồi sức cấp cứu bắt buộc

Người bệnh đang cần nằm ở một tư thế bắt buộc theo chỉ định của điều trị

**IV. CHUẨN BỊ**

**1.** **Người bệnh**

Giải thích cho người bệnh những lợi ích nhận được và tác hại nếu không được điều trị

**2.** **Người thực hiện**

Kỹ thuật viên vật lý trị liệu phục hồi chức năng

**3.** **Phương tiện**

Túi cát, túi nước, xốp, miếng đệm...

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

Kiểm tra bệnh án, phiếu điều trị, người bệnh

Tùy thuộc vào vị trí bỏng sẽ tiến hành đặt thân mình hay chi thể ngược hướng với hướng những lực làm co kéo vết thương, kéo dãn sẹo đang lành và những vùng lân cận lực kéo. Trong hầu hết các trường hợp bỏng, vị thế lý tưởng là:

Đặt gối dưới vai với đầu ở tư thế nghỉ ngơi thoải mái trên túi hoặc găng tay chứa nước, cổ ở tư thế duỗi không xoay hay gập về bất cứ hướng nào

Thân mình thẳng không gập hoặc xoay về bất cứ hướng nào

Chi trên dạng ngang 90 và nâng lên 30

Khớp khuỷu duỗi và quay ngửa

Bàn tay nâng lên và đặt ở tư thế chức năng; Cổ tay duỗi từ 1520

Khớp bàn ngón gập 5070 và dạng; Ngón cái thẳng và dạng

Khớp háng duỗi hoàn toàn, gối và các ngón chân chỉ thẳng lên trần nhà và dạng 20.

Khớp gối duỗi hoàn toàn

Khớp cổ chân ở tư thế trung gian

**CHÚ Ý**

Thời điểm tốt nhất để điều chỉnh lại tất cả các vị thế của các khớp là trong quá trình thay băng hoặc ngay sau khi sẹo mới lành, sau khi làm mềm sẹo bằng thuốc làm mềm sẹo.

# L. UNG BƯỚU

## **365. CẮT CÁC LOẠI U VÙNG DA ĐẦU, CỔ CÓ ĐƯỜNG KÍNH DƯỚI 5CM**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

U vùng da đầu – cổ thường gặp như ung thư da, u hắc tố, u hạch, u máu… có đường kính dưới 5cm

**II. CHỈ ĐỊNH**

- U có bản chất là ung thư hoặc nghi ngờ ung thư

- U lành tính, to gây cộm vướng, ảnh hướng đến chức năng sống hoặc thẩm mĩ

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- U không có chỉ định phẫu thuật ( VD ung thư da kích thước lớn, dự đoán không có đủ da tạo vạt che phủ…)

- Người bệnh quá già yếu, người bệnh suy tim, suy thận nặng không có khả năng chịu đựng được phẫu thuật lớn.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**: Phẫu thuật viên chuyên khoa đầu cổ

**2. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ phẫu thuật phần mềm.

- Phương tiện vô cảm, nội khí quản (Nếu cần)

**3. Người bệnh**

- Được chuẩn bị đầy đủ chu đáo về tinh thần, giải thích cho người bệnh hiểu được cách thức tiến hành phẫu thuật.

- Vệ sinh sạch sẽ, cạo lông tócvùng phẫu thuật (nếu có)

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Theo quy định của Bộ Y tế

- Chú ý mô tả khối u, kích thước, các bệnh toàn thân khác phối hợp nếu có (bệnh tim mạch, tiểu đường…).

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm**: Tê tại chỗ hoặc nội khí quản

**2. Tư thế người bệnh**

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

**3. Đường rạch da**

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

- Nếu ung thư thì đường rạch phải rỗng rãi theo nguyên tắc phẫu thuật ung thư

**4. Phẫu tích, cắt u**

- Phẫu tích u ra khỏi tổ chức lành xung quanh, đặc biệt là thần kinh – mạch máu

- Căt u khi phẫu tích xong

- Cầm máu kỹ: Cầm máu bằng Bibolar hoặc dao điện. Trường hợp cần thiết có thể đặt dẫn lưu kín hút liên tục

**5. Đóng vết mổ:**theo các lớp giải phẫu

**VI. THEO DÕI TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

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

## **366. CẮT CÁC LOẠI U VÙNG DA ĐẦU, CỔ CÓ ĐƯỜNG KÍNH 5 ĐẾN 10 CM**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

U vùng da đầu – cổ thường gặp như ung thư da, u hắc tố, u hạch, u máu… có đường kính dưới 5cm

**II. CHỈ ĐỊNH**

- U có bản chất là ung thư hoặc nghi ngờ ung thư

- U lành tính, to gây cộm vướng, ảnh hướng đến chức năng sống hoặc thẩm mĩ

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- U không có chỉ định phẫu thuật ( VD ung thư da kích thước lớn, dự đoán không có đủ da tạo vạt che phủ…)

- Người bệnh quá già yếu, người bệnh suy tim, suy thận nặng không có khả năng chịu đựng được phẫu thuật lớn.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**: Phẫu thuật viên chuyên khoa đầu cổ

**2. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ phẫu thuật phần mềm.

- Phương tiện vô cảm, nội khí quản (Nếu cần)

**3. Người bệnh**

- Được chuẩn bị đầy đủ chu đáo về tinh thần, giải thích cho người bệnh hiểu được cách thức tiến hành phẫu thuật.

- Vệ sinh sạch sẽ, cạo lông tócvùng phẫu thuật (nếu có)

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Theo quy định của Bộ Y tế

- Chú ý mô tả khối u, kích thước, các bệnh toàn thân khác phối hợp nếu có (bệnh tim mạch, tiểu đường…).

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm**: Tê tại chỗ hoặc nội khí quản

**2. Tư thế người bệnh**

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

**3. Đường rạch da**

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

- Nếu ung thư thì đường rạch phải rỗng rãi theo nguyên tắc phẫu thuật ung thư

**4. Phẫu tích, cắt u**

- Phẫu tích u ra khỏi tổ chức lành xung quanh, đặc biệt là thần kinh – mạch máu

- Cắt u khi phẫu tích xong

- Cầm máu kỹ: Cầm máu bằng Bibolar hoặc dao điện. Trường hợp cần thiết có thể đặt dẫn lưu kín hút liên tục

**5. Đóng vết mổ:**Sát khuẩn lại vết mổ. Đóng vết mổ theo các lớp giải phẫu

**VI. THEO DÕI TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

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

## **367. CẮT CÁC LOẠI U VÙNG DA ĐẦU, CỔ CÓ ĐƯỜNG KÍNH TRÊN 10 CM**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

U vùng da đầu – cổ thường gặp như ung thư da, u hắc tố, u hạch, u máu… có đường kính dưới 5cm

**II. CHỈ ĐỊNH**

- U có bản chất là ung thư hoặc nghi ngờ ung thư

- U lành tính, to gây cộm vướng, ảnh hướng đến chức năng sống hoặc thẩm mĩ

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- U không có chỉ định phẫu thuật ( VD ung thư da kích thước lớn, dự đoán không có đủ da tạo vạt che phủ…)

- Người bệnh quá già yếu, người bệnh suy tim, suy thận nặng không có khả năng chịu đựng được phẫu thuật lớn.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**: Phẫu thuật viên chuyên khoa đầu cổ

**2. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ phẫu thuật phần mềm.

- Phương tiện vô cảm, nội khí quản (Nếu cần)

**3. Người bệnh**

- Được chuẩn bị đầy đủ chu đáo về tinh thần, giải thích cho người bệnh hiểu được cách thức tiến hành phẫu thuật.

- Vệ sinh sạch sẽ, cạo lông tócvùng phẫu thuật (nếu có)

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Theo quy định của Bộ Y tế

- Chú ý mô tả khối u, kích thước, các bệnh toàn thân khác phối hợp nếu có (bệnh tim mạch, tiểu đường…).

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm**: Tê tại chỗ hoặc nội khí quản

**2. Tư thế người bệnh**

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

**3. Đường rạch da**

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

- Nếu ung thư thì đường rạch phải rỗng rãi theo nguyên tắc phẫu thuật ung thư

**4. Phẫu tích, cắt u**

- Phẫu tích u ra khỏi tổ chức lành xung quanh, đặc biệt là thần kinh – mạch máu

- Cắt u khi phẫu tích xong

- Cầm máu kỹ: Cầm máu bằng Bibolar hoặc dao điện. Trường hợp cần thiết có thể đặt dẫn lưu kín hút liên tục

- Chuyển vạt da tại chỗ, tạo hình vạt da che phủ.

**5. Đóng vết mổ:**Sát khuẩn lại vết mổ. Đóng vết mổ theo các lớp giải phẫu.

**VI. THEO DÕI TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

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

## **368. CẮT CÁC LOẠI U VÙNG MẶT CÓ ĐƯỜNG KÍNH DƯỚI 5 CM**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

U vùng mặt thường gặp như ung thư da, u hắc tố, u hạch, u máu… có đường kính dưới 5cm

**II. CHỈ ĐỊNH**

- U có bản chất là ung thư hoặc nghi ngờ ung thư

- U lành tính, to gây cộm vướng, ảnh hướng đến chức năng sống hoặc thẩm mĩ

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- U không có chỉ định phẫu thuật ( VD ung thư da kích thước lớn, dự đoán không có đủ da tạo vạt che phủ…)

- Người bệnh quá già yếu, người bệnh suy tim, suy thận nặng không có khả năng chịu đựng được phẫu thuật lớn.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**: Phẫu thuật viên chuyên khoa đầu cổ

**2. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ phẫu thuật phần mềm.

- Phương tiện vô cảm, nội khí quản (Nếu cần)

**3. Người bệnh**

- Được chuẩn bị đầy đủ chu đáo về tinh thần, giải thích cho người bệnh hiểu được cách thức tiến hành phẫu thuật.

- Vệ sinh sạch sẽ, cạo lông tócvùng phẫu thuật (nếu có)

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Theo quy định của Bộ Y tế

- Chú ý mô tả khối u, kích thước, các bệnh toàn thân khác phối hợp nếu có (bệnh tim mạch, tiểu đường…).

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm**: Tê tại chỗ hoặc nội khí quản

**2. Tư thế người bệnh**

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

**3. Đường rạch da**

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

- Nếu ung thư thì đường rạch phải rỗng rãi theo nguyên tắc phẫu thuật ung thư

**4. Phẫu tích, cắt u**

- Phẫu tích u ra khỏi tổ chức lành xung quanh, đặc biệt là thần kinh – mạch máu

- Căt u khi phẫu tích xong

- Cầm máu kỹ: Cầm máu bằng Bibolar hoặc dao điện. Trường hợp cần thiết có thể đặt dẫn lưu kín hút liên tục

**5. Đóng vết mổ:**theo các lớp giải phẫu

**VI. THEO DÕI TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

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

## **369. CẮT CÁC LOẠI U VÙNG MẶT CÓ ĐƯỜNG KÍNH 5 ĐẾN 10 CM**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

U vùng mặt thường gặp như ung thư da, u hắc tố, u hạch, u máu… có đường kính 5cm - 10 cm

**II. CHỈ ĐỊNH**

- U có bản chất là ung thư hoặc nghi ngờ ung thư

- U lành tính, to gây cộm vướng, ảnh hướng đến chức năng sống hoặc thẩm mĩ

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- U không có chỉ định phẫu thuật ( VD ung thư da kích thước lớn, dự đoán không có đủ da tạo vạt che phủ…)

- Người bệnh quá già yếu, người bệnh suy tim, suy thận nặng không có khả năng chịu đựng được phẫu thuật lớn.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**: Phẫu thuật viên chuyên khoa đầu cổ

**2. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ phẫu thuật phần mềm.

- Phương tiện vô cảm, nội khí quản (Nếu cần)

**3. Người bệnh**

- Được chuẩn bị đầy đủ chu đáo về tinh thần, giải thích cho người bệnh hiểu được cách thức tiến hành phẫu thuật.

- Vệ sinh sạch sẽ, cạo lông tócvùng phẫu thuật (nếu có)

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Theo quy định của Bộ Y tế

- Chú ý mô tả khối u, kích thước, các bệnh toàn thân khác phối hợp nếu có (bệnh tim mạch, tiểu đường…).

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm**: Tê tại chỗ hoặc nội khí quản

**2. Tư thế người bệnh**

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

**3. Đường rạch da**

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

- Nếu ung thư thì đường rạch phải rỗng rãi theo nguyên tắc phẫu thuật ung thư

**4. Phẫu tích, cắt u**

- Phẫu tích u ra khỏi tổ chức lành xung quanh, đặc biệt là thần kinh – mạch máu

- Cắt u khi phẫu tích xong

- Cầm máu kỹ: Cầm máu bằng Bibolar hoặc dao điện. Trường hợp cần thiết có thể đặt dẫn lưu kín hút liên tục

**5. Đóng vết mổ:**Sát khuẩn lại vết mổ. Đóng vết mổ theo các lớp giải phẫu

**VI. THEO DÕI TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

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

## **370. CẮT CÁC U LÀNH VÙNG CỔ**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- U vùng cổ thường gặp như ung thư da, u hắc tố, u hạch, u máu, u nang giáp móng, u tuyến nước bọt….

**II. CHỈ ĐỊNH**

- U có bản chất là ung thư hoặc nghi ngờ ung thư

- U lành to gây cộm vướng, ảnh hướng đến chức năng sống hoặc thẩm mĩ

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- U kích thước to, xâm lấn nhiều cơ quan, tiên lượng phẫu thuật khó khăn…

- Người bệnh quá già yếu, người bệnh suy tim, suy thận nặng không có khả năng chịu đựng được phẫu thuật lớn.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**: Phẫu thuật viên chuyên khoa đầu cổ

**2. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ phẫu thuật phần mềm.

- Phương tiện vô cảm, nội khí quản (Nếu cần)

**3. Người bệnh**

- Được chuẩn bị đầy đủ chu đáo về tinh thần, giải thích cho người bệnh hiểu được cách thức tiến hành phẫu thuật.

- Vệ sinh sạch sẽ, cạo lông tóc vùng phẫu thuật (nếu có)

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

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm**: Tê tại chỗ hoặc nội khí quản

**2. Tư thế người bệnh**: Tùy từng loại u, vị trí của u mà chuẩn bị tư thế cho phù hợp, có dùng gối kê cao vai

**3. Đường rạch da**

- Tùy từng loại u có thể rạch quanh u hoặc trên u hoặc theo nếp lằn cổ

- Nếu ung thư thì đường rạch phải rỗng rãi theo nguyên tắc phẫu thuật ung thư

**4. Nong vạt da**: nếu là các u ở dưới da như u nang giáp móng. Vạt da nong theo lớp, nong đủ rộng để cho cuộc mổ thuận lợi nhất.

**5. Phẫu tích, cắt u**

- Phẫu tích u ra khỏi tổ chức lành xung quanh, đặc biệt là thần kinh – mạch máu

- Cắt u khi phẫu tích xong

- Cầm máu kỹ: Cầm máu bằng Bibolar hoặc dao điện. Trường hợp cần thiết có thể đặt dẫn lưu kín hút liên tục

**6. Đóng vết mổ:**theo các lớp giải phẫu.

**VI. THEO DÕI TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

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

**2. Tổn thương thần kinh**: Nối lại bằng vi phẫu

## **371. CẮT CÁC U LÀNH TUYẾN GIÁP**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Tuyến giáp là một tuyến nội tiết, nằm ở phần khí quản cổ, có 2 thùy phải và trái, nối với nhau bởi một eo tuyết giáp, có một phần tuyến giáp hình tam giác lên trên gọi là thùy tháp.

- Động mạch có 2 động mạch chính nuôi tuyến giáp.

+ Động mạch giáp trên: Xuất phát từ động mạch cảnh ngoài.

+ Động mạch giáp dưới xuất phát từ động mạch thân giáp cổ.

Ngoài ra có thể có động mạch giáp giữa từ thân động mạch tay đầu hay cung động mạch chủ đi lên phía trước khí quản vào eo giáp trạng.

- Tĩnh mạch tuyến giáp tạo nên đám rối ở mặt trước mỗi thùy, từ đó xuất phát các tĩnh mạch giáp trên và tĩnh mạch giáp giữa đổ vào tĩnh mạch cảnh trong

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Bướu nhân đơn độc hoặc đa nhân nhưng ranh giới rõ, dễ bóc tách

- Khối u nang kích thước < 4cm hoặc bướu đa nang trong thùy giáp.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh có u giáp trạng đang có dấu hiệu cường giáp, suy giáp.

- Người bệnh quá già yếu, người bệnh suy tim, suy thận nặng không có khả năng chịu đựng được phẫu thuật lớn.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**: Phẫu thuật viên chuyên khoa đầu cổ, có kiến thức vững vàng về giải phẫu sinh lý chức năng tuyến giáp. Cần một phẫu thuật viên và hai phụ mổ có kinh nghiệm.

**2. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ phẫu thuật phần mềm.

- Phương tiện vô cảm, nội khí quản.

**3. Người bệnh**

- Được chuẩn bị đầy đủ chu đáo về tinh thần, giải thích cho người bệnh hiểu được cách thức tiến hành phẫu thuật.

- Vệ sinh sạch sẽ, cạo lông tócvùng phẫu thuật (nếu có)

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

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm**: Nội khí quản.

**2. Tư thế người bệnh**

Người bệnh nằm ngửa, đầu ngửa ra sau, độn gối dưới vai để ưỡn cổ, đầu cao, chân thấp, mặt nhìn thẳng lên trần để đường rạch đi đúng giữa cổ, bọc tóc trong mũ.

**3. Đường rạch da**

- Đường rạch hình chữ “U”, hoặc theo nếp lằn cổ, đáy quay xuống dưới, cách phía trên hõm ức 2cm. Hai đầu đường rạch sang tới 2 cơ ức đòn chũm kéo dài lên 2 bên 3-4 cm.

- Đường rạch qua da, tổ chức dưới da và cân cơ cổ nông.

**4. Bóc tách vạt da**

Bóc tách vạt da đến bờ trên sụn giáp và xuống tới hõm ức.Nếu U to thì có thể tách rộng lên cao.Banh rộng trường mổ bằng khâu sợi chỉ kéo lên trên hoặc bằng banh tự động.

**5. Bộc lộ tuyến giáp**

Mở dọc chính giữa theo các thớ của cơ ức đòn móng, tiếp theo là cơ ức giáp (thường cơ ức giáp dính vào bao tuyến giáp). Nếu u quá to có thể cắt ngang các thớ cơ này.Thường cắt ngang cơ dưới móng ở 1/3 trên để khỏi làm thương tổn thần kinh các cơ này.Bộc lộ tuyến giáp dưới các cơ dưới móng bằng banh Farabeuf.Buộc cầm máu các tĩnh mạch cổ trước. Toàn bộ tuyến giáp được bộc lộ và có thể đánh giá tổn thương bằng tay.

**6. Cắt u**

***- Thì một***: Xác định vị trí u

***- Thì hai***:

+ Bóc tách sao cho phẫu trường tại vị trí u đủ rộng rãi để tiến hành cắt thuận tiện nhất.

+ Kẹp, buộc mạch máu tại vị trí u

***-Thì ba***:

+ Tiến hành cắt u, nếu u nằm sâu trong nhu mô có thể tiến hành mở nhu mô tuyến giáp lấy u. Khâu lại nhu mô sau khi mở lấy u.

+ Cầm máu kỹ

+ Đặt 1 Sonde dẫn lưu, đóng vết mổ theo các lớp giải phẫu. Rút dẫn lưu sau khi dịch không còn chảy ra qua dẫn lưu, thông thường rút dẫn lưu sau 72 giờ.

**VI. THEO DÕI TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

**1. Chảy máu**: Có thể chảy từ động mạch hoặc tĩnh mạch do khi mổ buộc cầm máu không tốt. Thường xuất hiện sau mổ trong vòng 4 - 6 giờ, vết mổ nề căng ra dần, dẫn lưu ra máu đỏ tươi, máu thấm ướt đẫm băng.Nếu chảy máu nhiều chèn ép gây khó thở cấp tính.

***Xử trí***: Cắt ngay chỉ khâu, lấy khối máu tụ rồi đưa ngay vào phòng mổ, đừng cố đặt ống nội khí quản vì lúc này khí quản bị đẩy lệch và có thể xẹp do khối máu tụ, mổ lại cầm máu.

**2. Tổn thương dây thần kinh quặt ngược**: Bằng cách xem giọng nói có thay đổi không.

***Xử trí***: Nếu đứt dây thần kinh quặt ngược thì mổ lại nối dây thần kinh.

## **372. CẮT U XƠ VÙNG HÀM MẶT ĐƯỜNG KÍNH DƯỚI 3 CM**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

U xơ vùng hàm mặt thường lành tính. Phẫu thuật cắt cắt u nhằm mục đích cắt chọn khối u và đảm bảo thẩm mĩ cho bệnh nhân.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- U to gây cộm vướng, ảnh hướng đến chức năng sống hoặc thẩm mĩ

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- U không có chỉ định phẫu thuật (VD Khối u ở những vị trí dự đoán không có đủ da tạo vạt che phủ…)

- Người bệnh quá yếu, người bệnh suy tim, suy thận nặng không có khả năng chịu đựng được phẫu thuật lớn.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**: Phẫu thuật viên chuyên khoa đầu cổ

**2. Người bệnh**: được giải thích kĩ về phương pháp phẫu thuật, tai biến, biến chứng. Dặn nhịn ăn uống đêm trước phẫu thuật. Kí cam đoan mổ.

**3. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ phẫu thuật đầu mặt cổ

- Phương tiện vô cảm, nội khí quản.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Theo quy định của Bộ Y tế

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm**: Tê tại chỗ hoặc nội khí quản

**2. Tư thế người bệnh**: Tùy từng loại u, vị trí của u mà chuẩn bị tư thế cho phù hợp

**3. Đường rạch da**

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

**4. Phẫu tích, cắt u**

- Phẫu tích u ra khỏi tổ chức lành xung quanh, đặc biệt là thần kinh – mạch máu

- Cắt u khi phẫu tích xong

- Cầm máu kỹ: Cầm máu bằng Bibolar hoặc dao điện. Trường hợp cần thiết có thể đặt dẫn lưu kín hút liên tục

- Chuyển vạt da trong những trường hợp khuyết hổng tổ chức không thể khâu khép.

**5. Đóng vết mổ:**theo các lớp giải phẫu

**VI. THEO DÕI TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

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

## **373. CẮT NANG RĂNG ĐƯỜNG KÍNH DƯỚI 2 CM**

## **374. CẮT U TUYẾN NƯỚC BỌT MANG TAI**

## **375. CẮT U MỠ, U BÃ ĐẬU VÙNG HÀM MẶT ĐƯỜNG KÍNH TRÊN 5 CM**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

U xơ vùng hàm mặt thường lành tính. Phẫu thuật cắt cắt u nhằm mục đích cắt chọn khối u và đảm bảo thẩm mĩ cho bệnh nhân.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- U to gây cộm vướng, ảnh hướng đến chức năng sống hoặc thẩm mĩ

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- U không có chỉ định phẫu thuật (VD Khối u ở những vị trí dự đoán không có đủ da tạo vạt che phủ…)

- Người bệnh quá yếu, người bệnh suy tim, suy thận nặng không có khả năng chịu đựng được phẫu thuật lớn.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**: Phẫu thuật viên chuyên khoa đầu cổ

**2. Người bệnh**: được giải thích kĩ về phương pháp phẫu thuật, tai biến, biến chứng. Dặn nhịn ăn uống đêm trước phẫu thuật. Kí cam đoan mổ.

**3. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ phẫu thuật đầu mặt cổ

- Phương tiện vô cảm, nội khí quản.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Theo quy định của Bộ Y tế

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm**: Tê tại chỗ hoặc nội khí quản

**2. Tư thế người bệnh**: Tùy từng loại u, vị trí của u mà chuẩn bị tư thế cho phù hợp

**3. Đường rạch da**

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

**4. Phẫu tích, cắt u**

- Phẫu tích u ra khỏi tổ chức lành xung quanh, đặc biệt là thần kinh – mạch máu

- Cắt u khi phẫu tích xong

- Cầm máu kỹ: Cầm máu bằng Bibolar hoặc dao điện. Trường hợp cần thiết có thể đặt dẫn lưu kín hút liên tục

- Chuyển vạt da trong những trường hợp khuyết hổng tổ chức không thể khâu khép.

**5. Đóng vết mổ:**theo các lớp giải phẫu

**VI. THEO DÕI TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

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

## **376. CẮT U MỠ, U BÃ ĐẬU VÙNG HÀM MẶT ĐƯỜNG KÍNH DƯỚI 5 CM**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

U xơ vùng hàm mặt thường lành tính. Phẫu thuật cắt cắt u nhằm mục đích cắt chọn khối u và đảm bảo thẩm mĩ cho bệnh nhân.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- U to gây cộm vướng, ảnh hướng đến chức năng sống hoặc thẩm mĩ

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- U không có chỉ định phẫu thuật (VD Khối u ở những vị trí dự đoán không có đủ da tạo vạt che phủ…)

- Người bệnh quá yếu, người bệnh suy tim, suy thận nặng không có khả năng chịu đựng được phẫu thuật lớn.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**: Phẫu thuật viên chuyên khoa đầu cổ

**2. Người bệnh**: được giải thích kĩ về phương pháp phẫu thuật, tai biến, biến chứng. Dặn nhịn ăn uống đêm trước phẫu thuật. Kí cam đoan mổ.

**3. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ phẫu thuật đầu mặt cổ

- Phương tiện vô cảm, nội khí quản.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Theo quy định của Bộ Y tế

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm**: Tê tại chỗ hoặc nội khí quản

**2. Tư thế người bệnh**: Tùy từng loại u, vị trí của u mà chuẩn bị tư thế cho phù hợp

**3. Đường rạch da**

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

**4. Phẫu tích, cắt u**

- Phẫu tích u ra khỏi tổ chức lành xung quanh, đặc biệt là thần kinh – mạch máu

- Cắt u khi phẫu tích xong

- Cầm máu kỹ: Cầm máu bằng Bibolar hoặc dao điện. Trường hợp cần thiết có thể đặt dẫn lưu kín hút liên tục

- Chuyển vạt da trong những trường hợp khuyết hổng tổ chức không thể khâu khép.

**5. Đóng vết mổ:**theo các lớp giải phẫu

**VI. THEO DÕI TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

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

**377. CẮT POLYP ỐNG TAI**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật lấy đi Polyp lành tính của ống tai ngoài gây chít hẹp ống tai.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Polyp ống tai ngoài lành tính.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Dị ứng với thuốc gây tê.

- Bệnh về rối loạn đông cầm máu.

- U ác tính ống tai ngoài

- Viêm tai ngoài, viêm tai giữa cấp tính

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ chuyên khoa I tai mũi họng có kinh nghiệm phẫu thuật tai.

**2. Phương tiện**

- Ống nội soi cứng 0 độ.

- Kính hiển vi phẫu thuật.

- Bộ phẫu thuật vi phẫu, khoan điện.

- Thuốc gây tê.

**3. Người bệnh**

- Được giải thích kỹ về bệnh và tai biến phẫu thuật và ký cam đoan phẫu thuật.

- Bệnh nhân nằm nghiêng,tai bệnh ở phía trên.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Làm đầy đủ xét nghiệm cơ bản: công thức máu, sinh hóa (chức năng gan, thận), đông máu toàn bộ, HIV, HbsAg, phim chụp tim phổi thẳng.

- Xét nghiệm chuyên khoa: thính lực đồ, nhĩ lượng, phim Schuller hoặc CT scan xương đá (là tốt nhất).

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm**

- Gây mê toàn thân hoặc tiền mê + gây tê tại chỗ.

**2. Tư thế bệnh nhân**

- Người bệnh nằm đầu nghiêng sang bên đối diện và đặt đầu sao cho mặt xương chũm nằm ngang để có thể thao tác dễ dàng. Sát khuẩn tai và vùng quanh tai mổ.

**3. Các bước tiến hành**

- Tiêm tê trong ống tai: tiêm thấm sao da ống tai sát chân u chuyển màu trắng, không phồng rộp.

- Quan sát qua kính hiển vi hoặc dùng nội soi nếu ống tai rộng, rạch da ống tai trên bề mặt Polyp bóc tách da ống tai sang hai bên bộc lộ toàn bộ Polyp đế chân bám.

- Dùng khoan điện mài polyp đến hết chân u, bơm rửa cầm máu kỹ

- Đặt lại vạt da ống tai đảm bảo phủ kín hốc mổ, cắt bỏ vạt da thừa nếu có, đặt merocell tai.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Theo dõi**

- Viêm nhiễm sau mổ: kháng sinh, chống viêm.

- Rút merocel ngày thứ 7.

**2. Xử trí**

- Hẹp ống tai đặt merocel tai thêm 7 ngày.

- Trượt mép da ống tai, vuốt lại vạt da phủ kín hốc mổ.

**378. CẮT POLYP MŨI**

**I. ĐỊNH NGHĨA**

Phẫu thuật lấy đi những polyp xuất phát từ niêm mạc hốc mũi.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Polyp gây ngạt tắc mũi.

- Polyp gây rối loạn thông khí vòi nhĩ.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Cơ địa hen hay trạng thái hen (tạm thời, điều trị nội khoa trước phẫu thuật).

- Nhiễm khuẩn mũi hoặc viêm xoang mủ (tạm thời, điều trị trước phẫu thuật).

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Phương tiện**

- Kìm Luc, kìm mỏ vịt, Lubet-Barbon.

- Thòng lọng cắt polyp.

- Banh mũi (Puplan, Killian).

- Dao cắt hút (micro debrider).

**2. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng

**3.** Người bệnh

- Khám tai, mũi, họng, làm xét nghiệm đầy đủ:

- Khám trước mổ: bác sĩ Gây mê hồi sức

- Giải thích về cách thức phẫu thuật, tai biến có thể xảy ra.

**4.** Hồ sơ bệnh án:

Làm đầy đủ mô tả tình trạng chung và các bệnh khác vùng tai, mũi, họng. Các xét nghiệm cần thiết: công thức máu, máu chảy, máu đông, đường máu, urê máu, đường niệu, protein niệu, phim phổi, phim CT mũi xoang

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1.** Vô cảm

Phẫu thuật thực hiện dưới gây mê toàn thân.

**2.** Tư thế

- Người bệnh nằm ngửa, có gối đầu

- Phẫu thuật viên chính đứng bên phải, người phụ đứng bên đối diện.

**3.Kỹ thuật**

**3.1. Cắt polyp bằng thòng lọng**

***3.1.1. Chỉ định***

Polyp là một khối riêng biệt có cuống ở phần trước hốc mũi, và khe giữa có thể tách thòng lọng vào được.

***3.1.2. Kỹ thuật***

- Banh mũi bằng banh Killian.

- Thăm dò bằng que thăm dò.

- Đặt thòng lọng vào giữa polyp và vách mũi xoang.

- Đưa dần thòng lọng đến sát chân polyp ở phía trên trước hốc mũi.

- Thắt dần thòng lọng để chẹn cuống polyp.

**3.2. Cắt polyp bằng kìm Luc**

***3.2.1. Chỉ định***

- Các polyp trải rộng trong lòng khe giữa.

- Polyp do thoái hóa cuốn.

***3.2.2. Kỹ thuật***

- Cắt polyp bằng kìm Luc bẹt các cỡ.

- Tách riêng các cuống polyp, lấy lần lượt từ trước ra sau.

- Kiểm tra hốc mũi, lấy mảnh vụn niêm mạc (bảo vệ cuốn giữa).

- Đặt bấc mũi hai bên.

**3.3. Cắt polyp bằng dao cắt hút (Micro-debrider)**

***3.3.1. Chỉ định***

Tất cả các loại polyp mũi.

***3.3.2. Kỹ thuật***

- Dùng mũi cắt thẳng hoặc khuỷu 300 cắt hút khối polyp từ trước ra sau, lấy hết chân.

- Đặt bấc mũi/merocel.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Chảy máu: kiểm tra vùng chảy máu và nhét bấc.

- Viêm nhiễm sau mổ: kháng sinh toàn thân và thuốc chống viêm.

- Cơn hen kịch phát sau mổ: điều trị nội khoa tích cực trước mổ để tránh tai biến.

- Rút bấc/merocel ngày thứ 2 sau mổ.

**379. CẮT U XƯƠNG SƯỜN 1 XƯƠNG**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

– U xương sườn là u phát triển từ xương sườn, có thể là u nguyên phát hoặc thứ phát do di căn từ ung thư phổi, ung thư vú…

– Trong nội dung bài này nói về các loại u nguyên phát tại xương sườn. U xương sườn nguyên phát ít gặp chiếm khoảng 5-10% các loại u xương. Y văn mô tả thường gặp các loại u ác tính hơn là lành tính.

– Triệu chứng thường gặp là đau ngực tương ứng với vị trí u, chỉ định chụp Xquang ngực hoặc CT Scanner lồng ngực giúp chẩn đoán

**II. CHỈ ĐỊNH**

– Người bệnh được chẩn đoán U xương sườn trên lâm sàng và Chẩn đoán hành ảnh.

**III. CHUẨN BỊ**

**1. Người được thực hiện:**

– Bác sỹ được đào tạo cơ bản về phẫu thuật tim mạch lồng ngực.

– Phải nắm vững các nguyên tắc sơ cứu, xử trí thì đầu.

– Giải thích cho người bệnh và gia đình người bệnh về tình trạng bệnh và các nguy cơ có thể xảy ra khi vận chuyển hoặc phẫu thuật.

**2. Phương tiện:**

-Dụng cụ phẫu thuật chuyên khoa tim mạch lồng ngực

**3. Người bệnh:**

-Được giải thích rõ về bệnh, các nguy cơ rủi ro trong và sau phẫu thuật.

-Đồng ý phẫu thuật và ký giấy cam đoan phẫu thuật.

**4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 120 phút**

**IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

1. Tư thế: Người bệnh nằm nghiêng 90°(cung bên) hoặc nằm sấp (cung sau) Trước khi mổ cần hỏi bệnh xác định chính xác vị trí bệnh nhân đau tương ứng với tổn thương trên Xquang/ CT và đánh dấu bằng bút không xóa trước

2. Vô cảm: Gây mê nội khí quản

3. Kỹ thuật:

– Rạch da tương ứng vị trí xương sườn bệnh

– Tách qua lớp cơ ngực tiếp cận xương sườn

– Dùng dao nhọn rạch theo chiều dọc ở chính giữa xương sườn

– Dùng dụng cụ róc màng xương để tách rồi xương sườn và màng xương

– Cắt xương sườn ở hai đầu cách xa vị trí u ít nhất 3 cm

– Nếu quá trình thao tác gây rách màng phổi thì phải dẫn lưu màng phổi kèm theo

**V. THEO DÕI TAI BIẾN**

– Chảy máu: Do tổn thương động mạch liên sườn, khâu cầm máu hai đầu xương sườn.  
– Tràn máu tràn khí màng phổi: Do rách màng phổi. Dẫn lưu màng phổi.

## **380. MỞ THÔNG DẠ DÀY RA DA DO UNG THƯ**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Mở thông dạ dày là phẫu thuật tạo ra một lỗ mở trực tiếp vào dạ dày để hút dạ dày hoặc nuôi dưỡng người bệnh tạm thời hay vĩnh viễn.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Nuôi dưỡng trong: ung thư thực quản, hầu họng, không có khả năng phẫu thuật.

- Nuôi dưỡng tạm thời: hẹp thực quản do bỏng, viêm và sau phẫu thuật lớn ở bụng cần được nuôi dưỡng bổ sung.

- Hút dịch dạ dày - ruột để giảm áp lực đường tiêu hóa trong một thời gian.

**III. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**: Phẫu thuật viên chuyên khoa Ngoại Ung bướu, Ngoại Tiêu Hóa

**2. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ phẫu thuật

- Ống thông: chọn một trong các loại Malecot, Pezzer, Nelaton, cỡ 22- 24 Ch

**3. Người bệnh**

- Các xét nghiệm cơ bản

- Giải thích cho người bệnh và gia đình người bệnh hiểu cũng cách chăm sóc về sau.

**4. Hồ sơ bệnh án**: được bác sỹ gây mê kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế**: người bệnh nằm ngửa, đầu hơi cao.

**2. Vô cảm**: Có thể gây mê nội khí quản, tĩnh mạch hoặc gây tê tại chỗ.

**3. Kỹ thuật**

- Yêu cầu kỹ thuật:

+ Đặt dẫn lưu vào lòng dạ dày càng cao càng tốt (phình vị)

+ Cố định dẫn lưu lâu ngày. Không được tuột ít nhất 10 ngày.

- Tiến hành:

+ Mở bụng: đường trắng giữa trên rốn hay bờ ngoài cơ thẳng to bên trái.

+ Vào ổ bụng, tìm phình vị, đục lỗ qua thành dạ dày. Đặt ống dẫn lưu vào, cố định bằng 2 - 3 mối khâu túi. Theo phương pháp Witzel: khâu ép dẫn lưu trên dọc thành dạ dày dài 8 - 10 cm. Khâu đính đường hầm vào thành bụng.

Đưa dẫn lưu ra ngoài bằng lỗ đối chiếu trên thành dạ dày. Cố định ống dẫn lưu vào thành bụng. Khâu lại thành bụng và da.

**V. THEO DÕI**

- Thay băng hàng ngày

- Bắt đầu bơm cho ăn qua ống thông 24 giờ: thức ăn lỏng, sữa, dung dịch nuôi dưỡng. Người bệnh cần nằm cao đầu, sau ăn rửa ống thông bằng 20 ml nước nguội hay nước muối đẳng trương để tránh tắc. Từ ngày thứ 10 sau phẫu thuật có thể thay ống thông mới (nếu cần).

**VI. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Rơi ống dẫn lưu quá sớm, đường hầm chưa hình thành: phẫu thuật đặt lại

- Hẹp đường hầm

Viêm phúc mạc do dò dịch dạ dày thức ăn vào ổ bụng: phẫu thuật lại

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

**1**.Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Ung bướu, Quyết định số 3338/QĐ-BYT của Bộ Y tế ban hành, 09/09/2013.

**2**.Quy trình kỹ thuật Ung Bướu, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh, 28/11/2017.

## **381. LÀM HẬU MÔN NHÂN TẠO**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Hậu môn nhân tạo (HMNT) là hậu môn ở đại tràng do phẫu thuật viên tạo ra để dẫn lưu một phần hay toàn bộ phân ở trong đại tràng ra ngoài ổ bụng.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Thủng đại tràng do:

+ Phẫu thuật viên gây ra trong khi mổ,

+ Chấn thương hay vết thương đại tràng,

+ Bệnh lý: Ung thư, loét, bệnh Crohn, viêm loét đại trực tràng chảy máu...

- Vết thương tầng sinh môn, đứt cơ thắt do chấn thương hoặc trong sản khoa (HMNT để bảo vệ, giữ cho vết mổ bên dưới sạch)...

- Tắc ruột do u đại tràng.

- Chuẩn bị cho việc cắt bỏ đại tràng có khối u.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh lý toàn thân nặng không cho phép can thiệp phẫu thuật.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:** Phẫu thuật viên ngoại tiêu hoá hay ung bướu.

**2. Phương tiện:** Bộ dụng cụ đại phẫu.

**3. Người bệnh:**

- Xét nghiệm chẩn đoán, đánh giá bệnh phối hợp, toàn trạng người bệnh...

- Người bệnh và gia đình phải được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những 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.

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định bộ y tế, được bác sỹ kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:**

- Người bệnh nằm ngửa.

- Phẫu thuật viên đứng bên phải hoặc bên trái tuỳ theo thói quen hay vị trí tổn thương ở đại - trực tràng.

- Phụ mổ thứ 1 đứng đối diện phẫu thuật viên.

- Dụng cụ viên đứng bên phải phụ mổ thứ nhất.

**2. Vô cảm:** Gây mê nội khí quản hay tê vùng (ngoài màng cứng, tê tại chỗ).

**3. Kỹ thuật:**

a. Đường vào ổ bụng: Đường giữa hoặc bờ ngoài cơ thẳng.

b. Kiểm tra vị trí khối u, tìm đại tràng trên u (thường là đại tràng ngang hoặc đại tràng xích ma) đoạn di động nhất để đưa ra thành bụng. Không nên để HMNT ngay tại vết mổ bụng hoặc sát ngay cạnh vết mổ vì dễ làm nhiễm trùng vết mổ và toác vết mổ.

Nếu tách thớ cơ thành bụng chưa đủ rộng để quai đại tràng chui qua thì có thể dùng kéo khoét cân và cơ thành một lỗ tròn hoặc bầu dục để đại tràng không bị kẹt và sau này phân ra được dễ dàng.

c. Cho đại tràng ra ngoài thành bụng: Kéo quai đại tràng ra khoảng 4-6cm. Xác định đại tràng xích ma hoặc đại tràng ngang dựa vào kích thước và dải cơ dọc. Nếu là đại tràng ngang thì cần tách mạc nối lớn ra khỏi đại tràng ngang ở đoạn cần làm HMNT. Nếu đưa 2 đầu ruột riêng biệt thì khâu 2 cạnh lại với nhau trước khi đưa ra.

d. Đặt que thuỷ tinh (có thể dùng hoặc không dùng que thủy tinh): chọn chỗ mạc treo không có mạch máu sát thành đại tràng, chọc thủng một lỗ. Cho qua lỗ thủng này một que thuỷ tinh hoặc nhựa cứng dài 10-15cm. Đại tràng sẽ gập trên que đấy theo hình chữ ômêga (Ω).

e. Khâu tạo cựa bằng 2 - 3 mũi rời ở mỗi bên thành ruột (trong trường hợp HMNT có cựa).

f. Cố định đoạn trên và đoạn dưới đại tràng vào phúc mạc: đảm bảo đoạn trên không bị xoắn, gấp và 2 đoạn trên, dưới không bị căng.

g. Mở đại tràng: mở đại tràng ngay sau khi đóng thành bụng hoặc sau 24 giờ. Mở dọc theo cơ dọc hoặc ngang quá nửa đại tràng

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Theo dõi:**

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

- Theo dõi tình trạng lưu thông và tại chỗ của HMNT.

**2. Xử trí tai biến:**

a. Tai biến - biến chứng sớm:

- Tổ chức dưới da quanh hậu môn bị nhiễn khuẩn: sau mổ ngày thứ 5, thứ 6. Da quanh HMNT tấy đỏ, sưng to và đau. Sốt 38-38,5 độ. Tách mũi chỉ cố định HMNT vào da ngay ổ áp xe để dẫn lưu mủ ra.

- Rò: Sau mổ một đến hai tuần, quanh hậu môn có thể có một hay nhiều áp xe vỡ ra tạo thành đường rò. Nếu đường rò chưa vào HMNT thì có thể chỉ cần rạch rộng lỗ rò; nếu rò vào HMNT ở người bệnh làm HMNT vĩnh viễn nên làm lại.

- Thoát vị thành bụng cạnh HMNT: thường do đường rạch thành bụng (vị trí đưa ruột ra làm HMNT) quá rộng. Xử trí bằng cách mổ lại để cho ruột hay mạc nối lớn vào trong ổ bụng, cố định lại HMNT và khâu lại thành bụng bằng chỉ không tiêu.

- Tụt HMNT: Hậu môn có thể tụt toàn bộ hoặc hoàn toàn do cố định HMNT không chắc chắn, mạch máu nuôi không tốt, mạc treo căng, thể trạng người bệnh suy kiệt...Muốn tránh biến chứng này, khi làm HMNT phải cố định phúc mạc quanh đại tràng, cố định thêm đại tràng vào cân, da bằng nhiều mũi rời và không để đại tràng bị căng.

- Hoại tử HMNT: Phát hiện màu sắc của hậu môn bị biến đổi (mất đi màu hồng bóng của niêm mạc mà chuyển sang màu nhợt đỏ có những chấm đen) sau đó toàn bộ đại tràng trở nên tím đen. Nguyên nhân do đại tràng không được nuôi dưỡng do vết mổ quanh hậu môn quá hẹp hay hậu môn nhân tạo quá căng hay mạch máu nuôi dưỡng đoạn đại tràng đưa ra bị tổn thương. Người bệnh phải được phát hiện sớm và mổ làm lại HMNT.

- Tắc ruột sớm: Thường xảy ra 2 - 3 tuần sau mổ, sau khi HMNT đã hoạt động tốt. Nguyên nhân thương do ruột non chui vào khe giữa thành bụng bên và quai đại tràng đưa ra làm HMNT. Để tránh biến chứng này khi làm HMNT nên cố định đoạn đại tràng và mạc treo với thành bụng.

b. Tai biến - biến chứng muộn:

- Hậu môn và vùng da xung quanh trũng xuống: Nhìn nghiêng thấy hậu môn và da thành bụng trũng xuống làm thành một cái hõm và lâu dần hậu môn sẽ bị thu hẹp. Nguyên nhân gây tai biến này là quai đại tràng được chọn dùng làm hậu môn quá ngắn. Xử trí nếu hậu môn bị hẹp sẽ phẫu thuật làm lại hậu môn.

- Niêm mạc hậu môn và da quanh hậu môn bị thương tổn:

+ Niêm mạc lòi ra ngoài hậu môn: Nếu niêm mạc lòi quá 1cm và viêm nhiễm lâu ngày, đẩy vào không được. Điều trị bằng tiêm xơ dưới niêm mạc hay cắt bỏ đoạn niêm mạc lòi ra.

+ Da và niêm mạc bị tổn thương do phân hay hồ dán gây hỏng da. Trên da thấy những mụn hay những ổ loét nhỏ. Mỗi khi lau chùi hậu môn hay dán túi mới, người bệnh thấy xót và đau. Thay dụng cụ HMNT (vòng sắt,...) và vệ sinh sạch quanh HMNT.

- Chức năng của hậu môn bị rối loạn:

+ Phân đóng cục ở trong đoạn đại tràng dưới: thường gặp trong trường hợp HMNT không có cựa. Mỗi khi phân đùn ra, một ít lọt vào đoạn dưới, dần dần phân đóng cục và có thể gây tắc đoạn dưới. Nguyên nhân do không làm cựa, làm không đúng hay làm đúng nhưng rút que thuỷ tinh dưới cựa quá sớm. Có thể xử trí bằng khâu niêm mạc đầu dưới.

+ Phân lỏng: Có thể do chế độ ăn hoặc do thuốc (bột than, bột bismut).

+ Phân tự động đùn ra: Hầu hết các trường hợp phân đều tự đùn ra, có thể điều chỉnh chế độ ăn táo bón hoặc hướng dẫn cho người bệnh tự thụt tháo.

- Hẹp HMNT: Khó cho ngón tay vào HMNT. Nguyên nhân do viêm thanh mạc đại tràng hoặc viêm thành bụng. Xử trí bằng nong HMNT. Nếu không được thì làm lại HMNT.

- Sa niêm mạc đại tràng qua HMNT: đại tràng thoát qua hậu môn ra ngoài.

## **382. CẮT U MẠC TREO KHÔNG CẮT RUỘT**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- U mạc treo ruột là những khối u trong phúc mạc không xuất phát từ các mạc treo ruột.

- Phẫu thuật có giá trị trong chẩn đoán và điều trị u mạc treo ruột

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Các khối u mạc treo ruột.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh lý toàn thân nặng không cho phép can thiệp phẫu thuật.

- Ung thư di căn xa, không còn khả năng cắt bỏ.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Phẫu thuật viên chuyên khoa ngoại ung bướu, Tiêu hóa

**2. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ đại phẫu ổ bụng

- Máy hút, dao điện,...

**3. Người bệnh**

- Các xét nghiệm cơ bản phục vụ cho phẫu thuật: công thức máu, nhóm máu, chức năng đông máu, điện tâm đồ, chụp phổi, chụp cắt lớp ổ bụng, giải phẫu bệnh (sinh thiết u, nếu có thể)

- Giải thích cho người bệnh và gia đình người bệnh hiểu, biết trước các nguy cơ bệnh tật cũng cách chăm sóc về sau và đồng ý ký giấy xin phẫu thuật.

- Kháng sinh dự phòng trước phẫu thuật.

- Chuẩn bị kỹ đại tràng trước mổ: thụt tháo, uống thuốc tẩy (Fortrans)

- Dự trù máu (với u to, nguy cơ mất máu nhiều)

**4. Hồ sơ bệnh án:** được bác sỹ gây mê kiểm tra đầy đủ các xét nghiệm, có chữ ký thông qua mổ và giấy cam đoan mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:** người bệnh nằm ngửa, đầu hơi cao.

**2. Vô cảm:** gây mê nội khí quản.

**3. Kỹ thuật:**

- Đường rạch: rộng rãi, bọc vết mổ cẩn thận. Đường rạch là đường trắng giữa trên và dưới rốn (có thể kéo dài khi cần, có thể mở thêm đường ngang hay dưới bờ sườn)

- Thăm dò: đây là bước đầu tiên quan trọng trong mổ để đánh giá vị trí xuất phát khối u trên đại thể cũng như tình trạng xâm lấn các tạng xung quanh mà quyết định chiến lược phẫu thuật.

- Phẫu thuật:

+ Phẫu thuật lấy u trong vỏ

+ Phẫu thuật lấy u đơn thuần

+ Phẫu thuật lấy u có hoặc không kèm theo cắt một phần của ruột.

+ Khi u to, xâm lấn vào thành ruột non hay đại tràng, cần phải cắt u kèm theo cắt đoạn ruột non bị xâm lấn và tái lập lưu thông tiêu hóa

- Lau rửa bụng, dẫn lưu, đóng bụng.

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

1. Theo dõi

- Theo dõi người bệnh sau phẫu thuật

- Thay băng hàng ngày.

- Cho ăn trở lại với người bệnh phẫu thuật không kèm theo phẫu thuật ống tiêu hóa khi người bệnh có trung tiện.

- Chú ý: thủng tạng, nhồi máu mạc treo để kịp thời xử trí

2. Xử trí

- Chảy máu: khâu kỹ , cầm máu vùng mổ, thận trọng với khối u lớn, nhiều mạch tăng sinh.

- Việc điều trị sau mổ như xạ trị, hóa trị phụ thuộc vào mô bệnh học sau mổ.

## **383. CẮT U SÙI ĐẦU MIỆNG SÁO**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Là phẫu thuật nhằm lấy bỏ các u sùi đầu miệng sáo

**II. CHỈ ĐỊNH**

- các u sùi đầu miệng sáo

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Điều kiện toàn thân không cho phép phẫu thuật

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- 03 bác sĩ: 01 phẫu thuật viên chính là bác sỹ chuyên khoa Tiết niệu và 02 phụ mổ

- 02 điều dưỡng: 1 điều dưỡng đưa dụng cụ, 01 phục phụ bên ngoài.

**2. Phương tiện**

- Dung dịch betadin sát trùng: 01 lọ

- Thuốc gây tê lidocain 2%: 04 ống

- Nước muối sinh lý 0,9%: 500ml

- Bơm, kim tiêm 5ml: 01 chiếc

- Bông băng gạc vô trùng: 04 gói

- Bộ áo thủ thuật + mũ + khẩu trang vô khuẩn: 03 bộ

- Găng tay vô trùng: 03 đôi

- Săng vô khuẩn: 04 chiếc

- Panh kẹp săng: 04 chiếc.

- Cán dao mổ

- Lưỡi dao mổ số 10

- Kéo phẫu tích

- Kéo cắt băng, chỉ

- Ống hút

- Kẹp mang kim

- Sonde tiểu folley số 16

- Chỉ tiêu chậm 3.0 hay 2.0 để khâu vạt, chỉ tiêu chậm 1.0 đóng cân cơ, chỉ không tiêu khâu da

**3. Người bệnh**

- Gia đình và người bệnh được giải thích rõ về phẫu thuật, cũng như các nguy cơ có thể xảy ra và ký vào giấy cam kết đồng ý làm thủ thuật

- Bệnh nhân được tắm rửa, vệ sinh sạch sẽ vùng mổ, đánh dấu vị trí mổ.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Đầy đủ các xét nghiệm cơ bản, điện tim, Xquang phổi

- Giấy cam đoan phẫu thuật.

- 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.**Tư thế:**  nằm ngửa

2.**Vô cảm:** tê tại chỗ

**3.Kỹ thuật**

-Rạch da quanh u, cắt bỏ toàn bộ khối u

-Khâu đóng trực tiếp, ghép da hoặc xoay vạt tại chỗ

**VI.THEO DÕI CÁC TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG VÀ NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ**

-Tai biến của gây tê, máu tụ, nhiễm trùng, sốt, sẹo lồi

- Xử trí theo từng nguyên nhân

## **384. CẮT U NANG THỪNG TINH**

## **385. CẮT NANG THỪNG TINH MỘT BÊN**

## **386. CẮT NANG THỪNG TINH HAI BÊN**

## **387. CẮT U LÀNH DƯƠNG VẬT**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Là phẫu thuật nhằm lấy bỏ các u ở dương vật

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Các khối u lành tính của dương vật

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Điều kiện toàn thân không cho phép phẫu thuật

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- 03 bác sĩ: 01 phẫu thuật viên chính là bác sỹ chuyên khoa Tiết niệu và 02 phụ mổ

- 02 điều dưỡng: 1 điều dưỡng đưa dụng cụ, 01 phục phụ bên ngoài.

**2. Phương tiện**

- Dung dịch betadin sát trùng: 01 lọ

- Thuốc gây tê lidocain 2%: 04 ống

- Nước muối sinh lý 0,9%: 500ml

- Bơm, kim tiêm 5ml: 01 chiếc

- Bông băng gạc vô trùng: 04 gói

- Bộ áo thủ thuật + mũ + khẩu trang vô khuẩn: 03 bộ

- Găng tay vô trùng: 03 đôi

- Săng vô khuẩn: 04 chiếc

- Panh kẹp săng: 04 chiếc.

- Cán dao mổ

- Lưỡi dao mổ số 10

- Kéo phẫu tích

- Kéo cắt băng, chỉ

- Ống hút

- Kẹp mang kim

- Sonde tiểu folley số 16

- Chỉ tiêu chậm 3.0 hay 2.0 để khâu vạt, chỉ tiêu chậm 1.0 đóng cân cơ, chỉ không tiêu khâu da

**3. Người bệnh**

- Gia đình và người bệnh được giải thích rõ về phẫu thuật, cũng như các nguy cơ có thể xảy ra và ký vào giấy cam kết đồng ý làm thủ thuật

- Phải thụt tháo phân tối hôm trước mổ.

- Bệnh nhân được tắm rửa, vệ sinh sạch sẽ vùng mổ, đánh dấu vị trí mổ.

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Đầy đủ các xét nghiệm cơ bản, điện tim, Xquang phổi

- Giấy cam đoan phẫu thuật.

- 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.**Tư thế:**  nằm ngửa

2.**Vô cảm:** tê tại chỗ

**3.Kỹ thuật**

-Rạch da quanh u, cắt bỏ toàn bộ khối u

-Khâu đóng trực tiếp, ghép da hoặc xoay vạt tại chỗ

**VI.THEO DÕI CÁC TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG VÀ NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ**

-Tai biến của gây tê, máu tụ, nhiễm trùng, sốt, sẹo lồi

- Xử trí theo từng nguyên nhân

## **388. CẮT U VÚ LÀNH TÍNH**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật cắt u vú lành tính là phẫu thuật ngoại khoa cắt bỏ một phần tuyến vú bị bệnh.

**II. CHỈ ĐỊNH**

* + Tiết dịch, tiết máu núm vú đã có chụp ống tuyến vú nghi quá sản hoặc papillom tuyến vú
  + Tuyến vú có nhiều khối u

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Ung thư vú hoặc lao tuyến vú

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa phụ sản, bác sĩ ngoại khoa có kinh nghiệm

**2. Phương tiện**

Bộ trung phẫu chuyên ngành phẫu thuật vú

**3.Người bệnh**

Khám toàn thân và chuyên khoa để đánh giá bệnh lý phối hợp

Tư vấn cho người bệnh và gia đình về cuộc phẫu thuật, ký giấy cam đoan phẫu thuật

**4.Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định

1. **CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**Thì 1:** Bơm xanh methylen vào ống tuyến vú tiết dịch, tiết máu (trong trường hợp u tuyến vú)

**Thì 2:** Rạch da: theo bờ quầng vú hoặc đường rạch nan hoa song song dọc

đường đi của nang tiết dịch

**Thì 3:** Bóc tách da ở vùng tuyến vú có tổn thương (có màu xanh chỉ dẫn)

**Thì 4:** Cắt bỏ một phần tuyến vú theo hình nan hoa xe đạp, cắt rộng hết vùng tuyến vú có u hoặc có màu xanh chỉ dẫn

Cầm máu kỹ

**Thì 5:** Khâu lại vết cắt tuyến vú làm cho tuyến vú tròn lại

Đặt ống dẫn lưu

**Thì 6:**Khâu da

Có thể băng ép và hút dẫn lưu liên tục

**VI.  TAI BIẾN**

Nhiễm khuẩn

Tụ máu

## **389. MỔ BÓC NHÂN XƠ VÚ**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Tỷ lệ các tổn thương vú lành tính có thể gặp ở khoảng 50% phụ nữ trong đó nhiều nhất là nang xơ vú và nhân xơ vú.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Các nang xơ lành tính hoặc nguy cơ thoái triển xấu dẫn đến ung thư.

- Người bệnh có nguyện vọng được bóc bỏ.

- Tổn thương nghi ngờ khi làm sinh thiết

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Tổn thương nghi bất thường nhiều hơn (ví dụ ung thư).

- Người bệnh chưa có con (tương đối), có thể để theo dõi, điều trị nội khoa.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Phẫu thuật viên được đào tạo về phẫu thuật vú, cả thẩm mỹ và giữ được chức năng vú (nếu chỉ bóc bỏ nhân vú lành tính).

**2. Phương tiện**

- Cồn 70 hoặc dung dịch sát trùng như Betadin

- Bơm tiêm 5ml

- Thuốc gây tê tại chỗ bằng Xylocain 1% hoặc gây mê

- Bộ dụng cụ để phẫu thuật

- Các khăn trải phẫu thuật vô khuẩn

- Bàn phẫu thuật thông thường

**3. Người bệnh**

- Người bệnh cởi bỏ áo

- Tư thế nằm ngửa duỗi thẳng

**4. Hồ sơ bệnh án:**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**⮚ Thì 1.**

- Sát trùng rộng vùng phẫu thuật từ trong ra ngoài

- Dùng khăn vô trùng để baobọc xung quanh phẫu trường

**⮚Thì 2.**

- Xác định vị trí khối u cần cắt bỏ, nếu nhỏ có thể dùng kim để xác định mốc tốt nhất là làm dưới gây mê, nếu không có điều kiện thì gây tê tại chỗ.

- Sau khi rạch qua da và tổ chức dưới da dùng kéo bóc tách để đi thẳng vào khối u tránh làm nát các tổ chức xung quanh gây chảy máu.

- Lấy bỏ khối u qua vết rạch sau khi đã bóc tách và cầm máu kĩ các tổ chức xung quanh khối u bằng chỉ tiêu. Nếu khối u ở sâu thì sau đó cần khâu ép lại tổ chức đã rạch sau khi đã kiểm tra kĩ không thấy chảy máu

**⮚ Thì 3.**

- Khâu phục hồi lại da bằng chỉ lin hoặc khâu luồn dưới da bằng chỉ tiêu Vicryl 2.0. Băng lại vết mổ có thể băng ép bằng băng chun quanh ngực nếu nghi ngờ diện bóc tách còn có thể chảy máu, sẽ tháo bỏ sau 12-24 giờ.

- Sau khi bóc xong tổ chức bóc bỏ phải được gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh.

**VI. THEO DÕI**

**1. Người bệnh**

Được dùng thuốc giảm đau thêm và thuốc kháng sinh và thuốc chống phù nề.Có thể ăn uống trở lại bình thường sau phẫu thuật và xuất viện sau phẫu thuật 6 giờ nếu là gây tê tại chỗ và vết mổ không chảy máu.

**2. Theo dõi chảy máu**

Tại vết mổ hoặc có thể gây tụ máu dưới da làm bầm tím cả một vùng vú, trong ca này thì tùy theo mức độ chảy máu mà có thể phải mở vết mổ để cầm máu lại hoặc dùng băng chun băng ép chặt để cầm máu.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

**1. Chảy máu**

Vì tổ chức vú là tổ chức mỡ lỏng lẻo dễ chảy máu nên trong quá trình phẫu thuật phải vừa bóc tách vừa cầm máu và nên khâu ép hết đáy diện bóc tách.

**2. Tụ máu**

Cắt chỉ, khâu cầm máu, dùng tiếp kháng sinh.

**3. Nhiễm trùng vết mổ**

Nếu có thường xảy ra vào ngày thứ 4 hoặc thứ 5 sau phẫu thuật với triệu chứng sưng đau đỏ tấy vùng vết mổ. Trong trường hợp này phải dùng thêm kháng sinh và tách vết mổ để mủ chảy ra ngoài rửa vết mổ bằng Betadin hàng ngày.

## **390. CẮT POLYP CỔ TỬ CUNG**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Polyp cổ tử cung là khối u lành tính phát triển từ mô đệm cổ tử cung và được che phủ bởi biểu mô, xuất phát từ ống cổ tử cung, có chân hoặc không có chân, kích thước có thể thay đổi từ vài mm đến vài cm, thường gặp ở phụ nữ sinh đẻ nhiều lần. Người bệnh có polyp cổ tử cung thường không có triệu chứng nhưng cũng có thể ra khí hư nhiều, rong huyết, ra máu sau giao hợp. Thường lành tính, nhưng khoảng 1% các ca có chuyển dạng ác tính.

**II. CHỈ ĐỊNH**

* + Polyp cổ tử cung to.
  + Polyp cổ tử cung có triệu chứng: ra khí hư nhiều, rong huyết, ra máu sau giao hợp.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Đang viêm âm đạo: trì hoãn đến khi điều trị khỏi viêm âm đạo.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Kíp gây mê hồi sức.

- Kíp phẫu thuật: phẫu thuật viên chính là bác sĩ chuyên ngành phụ sản hoặc   
bác sĩ chuyên ngành ung thư phụ khoa đã được đào tạo.

**2. Phương tiện, dụng cụ.**

- 1 dao phẫu thuật hoặc dao điện

**-** Kẹp hình tim

**3. Người bệnh**

* + Khám toàn thân và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe và phát hiện những chống chỉ đinh.
  + Xét nghiệm bộ xét nghiệm cơ bản trong phẫu thuật và thêm các xét nghiệm khác tùy theo tình trạng bệnh lý kèm theo ( nếu cần).
  + Được tư vấn kỹ về bệnh và quy trình kỹ thuật, nguy cơ và biến chứng có thể xảy ra. Người bệnh ký cam đoan chấp nhận phẫu thuật, thủ thuật và gây mê hồi sức.
  + Sử dụng kháng sinh dự phòng
  + Người bệnh nằm tư thế phụ khoa.

1. **Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

* + **Bước 1.** Sát khuẩn âm đạo, bộc lộ cổ tử cung, xác định chân polyp: có cuống, không có cuống, xuất phát từ cổ ngoài hay ống cổ tử cung.
  + **Bước 2.** Dùng kẹp hình tim kẹp polyp và xoắn quanh cuống cho đến khi cuống đứt. Nếu polyp to không có cuống cần dùng dao điện cắt bỏ ở chân.
  + **Bước 3.** Bôi chất dính Monsel và ép vào vị trí cuống/diện cắt để cầm máu.

**Có thể nhét gạc âm đạo cầm máu.**

* + **Bước 4.** Sát khuẩn lại âm đạo. Gửi bệnh phẩm xét nghiệm mô bệnh học.

**VI. THEO DÕI**

Rút gạc âm đạo sau 6 - 12 giờ tuỳ trường hợp.

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

* + Chảy máu chân polyp: bôi chất dính Monsel, đốt điểm chảy máu, khâu cầm máu.
  + Khâu hai động mạch cổ tử cung âm đạo: hai mũi ở vị trí 9 và 3 giờ nếu chảy máu nhiều, nếu không cầm cần phải mổ cắt tử cung

## **391. THỦ THUẬT XOẮN POLIP CỔ TỬ CUNG, ÂM ĐẠO**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

* Polyp cổ tử cung là khối u lành tính phát triển từ mô đệm cổ tử cung và được che phủ bởi biểu mô, xuất phát từ ống cổ tử cung, có chân hoặc không có chân, kích thước có thể thay đổi từ vài mm đến vài cm, thường gặp ở phụ nữ sinh đẻ nhiều lần. Người bệnh có polyp cổ tử cung thường không có triệu chứng nhưng cũng có thể ra khí hư nhiều, rong huyết, ra máu sau giao hợp. Thường lành tính, nhưng khoảng 1% các ca có chuyển dạng ác tính

**II. CHỈ ĐỊNH**

* Polyp cổ tử cung, âm đạo to
* Polyp cổ tử cung, âm đạo có triệu chứng: ra khí hư nhiều, rong huyết, ra máu sau giao hợp

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Đang viêm âm đạo: trì hoãn đến khi điều trị khỏi viêm âm đạo

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Kíp gây mê hồi sức.

- Kíp phẫu thuật: phẫu thuật viên chính là bác sĩ chuyên ngành phụ sản hoặc   
bác sĩ chuyên ngành ung thư phụ khoa đã được đào tạo.

**2. Phương tiện, dụng cụ.**

- 1 dao phẫu thuật hoặc dao điện

**-** Kẹp hình tim

**3. Người bệnh**

* Khám toàn thân và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe và phát hiện những chống chỉ đinh.
* Xét nghiệm bộ xét nghiệm cơ bản trong phẫu thuật và thêm các xét nghiệm khác tùy theo tình trạng bệnh lý kèm theo ( nếu cần).
* Được tư vấn kỹ về bệnh và quy trình kỹ thuật, nguy cơ và biến chứng có thể xảy ra.
* Người bệnh ký cam đoan chấp nhận, thủ thuật và gây mê hồi sức.
* Sử dụng kháng sinh dự phòng
* Người bệnh nằm tư thế phụ khoa.

1. **Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy .

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

* + **Bước 1.** Sát khuẩn âm đạo, bộc lộ cổ tử cung, xác định chân polyp: có cuống, không có cuống, xuất phát từ cổ ngoài hay ống cổ tử cung.
  + **Bước 2.** Dùng kẹp hình tim kẹp polyp và xoắn quanh cuống cho đến khi cuống đứt. Nếu polyp to không có cuống cần dùng dao điện cắt bỏ ở chân.
  + **Bước 3.** Bôi chất dính Monsel và ép vào vị trí cuống/diện cắt để cầm máu.

**Có thể nhét gạc âm đạo cầm máu.**

* + **Bước 4.** Sát khuẩn lại âm đạo. Gửi bệnh phẩm xét nghiệm mô bệnh học.

**VI. THEO DÕI**

Rút gạc âm đạo sau 6 - 12 giờ tuỳ trường hợp.

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

* + Chảy máu chân polyp: bôi chất dính Monsel, đốt điểm chảy máu, khâu cầm máu.
  + Khâu hai động mạch cổ tử cung âm đạo: hai mũi ở vị trí 9 và 3 giờ nếu chảy máu nhiều, nếu không cầm cần phải mổ cắt tử cung.

## **392. CẮT U NANG BUỒNG TRỨNG XOẮN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Hiện nay nội soi đang dần chiếm ưu thế trong phẫu thuật cắt u buồng trứng hoặc phần phụ, tuy nhiên không phải tất cả vẫn các ca đều mổ nội soi được mà bắt buộc phải mở bụng để thực hiện các phẫu thuật trên vì dính hoặc mổ cũ nhiều lần hoặc có những chống chỉ định cho nội soi.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- U buồng trứng xoắn không nghi ngờ ác tính và không quá to, không quá dính

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Các bệnh nội khoa và các trường hợp có chống chỉ định mổ nội soi.

- Khối u dính nhiều, phẫu thuật ổ bụng nhiều lần.

- Ung thư buồng trứng.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ chuyên ngành sản phụ khoa được đào tạo về phẫu thuật nội soi.

- Kíp phẫu thuật rửa tay, mặc áo, đội mũ, đeo găng vô khuẩn.

**2. Phương tiện**

- Bộ phẫu thuật nội soi.

- Dàn máy và phương tiện nội soi ổ bụng.

**3. Người bệnh**

- Khám toàn thân và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe và phát hiện những chống chỉ đinh.

- Được tư vấn kỹ về bệnh và kỹ thuật cũng như những tai biến có thể xảy ra.

- Nên mổ sau sạch kinh khoảng 1 tuần

- Vệ sinh tại chỗ, thụt tháo.

- Sát khuẩn vùng bụng, trải khăn vô khuẩn

- Gây mê nội khí quản

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Bơm hơi ổ phúc mạc (qua kim hoặc qua trocart)

- Đưa đèn soi vào ổ bụng

- Thăm khám đánh giá tình trạng khối u xoắn mấy vòng , có tím đen hay không , tháo xoắn buồng trứng có hồng trở lại hay không

- Nếu U buồng trứng sau tháo xoắn không hồi phục tiến hành cắt u buồng trứng

- Dùng dao 2 cực cặp và đốt cuống khối u buồng trứng từ dây chằng thắt lưng - buồng trứng

- Dùng kéo hoặc dao một cực cắt cuống khối u

- Lấy bệnh phẩm qua túi và gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh lý.

- Kiểm tra xem có chảy máu không, nếu cần thì cầm máu bằng dao hai cực.

- Kiểm tra buồng trứng bên đối diện. Nếu nghi ngờ khối u vừa cắt bị ung thư thì cắt miếng nhỏ (sinh thiết) buồng trứng đối diện để xét nghiệm mô bệnh học

- Rút các trocart, khâu lại chỗ rạch bụng

Ghi chú: Nếu khối u to, chọc hút bớt dịch rồi tiến hành như trên

**VI. THEO DÕI**

- Theo dõi xem băng có bị thấm máu không

- Vết mổ có bị bầm tím do máu

- Sưng đỏ do viêm nhiễm

- Theo dõi tình trạng nước tiểu: có máu không và số lượng trong 24 giờ

- Cắt chỉ sau mổ 5 ngày

- Bình thường ra viện sau 5 ngày

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Tai biến và xử trí nói chung giống như nội soi ổ bụng thông thường

- Nếu chảy máu không cầm được thì phải chuyển mổ mở.

## **393. CẮT U NANG BUỒNG TRỨNG**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Hiện nay nội soi đang dần chiếm ưu thế trong phẫu thuật cắt u buồng trứng hoặc phần phụ, tuy nhiên không phải tất cả vẫn các ca đều mổ nội soi được mà bắt buộc phải mở bụng để thực hiện các phẫu thuật trên vì dính hoặc mổ cũ nhiều lần hoặc có những chống chỉ định cho nội soi.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- U nang buồng trứng , nang cạnh vòi tử cung không nghi ngờ ác tính và không quá to, không quá dính,

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh đang trong chu kỳ kinh hoặc ra huyết bất thường mà chưa điều trị khỏi.

- Đang mắc các bệnh nhiễm khuẩn hoặc các bệnh về máu.

- Các bệnh nội khoa và các trường hợp có chống chỉ định mổ nội soi.

- Khối u dính nhiều, phẫu thuật ổ bụng nhiều lần.

- Ung thư buồng trứng.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ chuyên ngành sản phụ khoa được đào tạo về phẫu thuật nội soi.

- Kíp phẫu thuật rửa tay, mặc áo, đội mũ, đeo găng vô khuẩn.

**2. Phương tiện**

- Bộ phẫu thuật nội soi.

- Dàn máy và phương tiện nội soi ổ bụng.

**3. Người bệnh**

- Khám toàn thân và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe và phát hiện những chống chỉ đinh.

- Được tư vấn kỹ về bệnh và kỹ thuật cũng như những tai biến có thể xảy ra.

- Nên mổ sau sạch kinh khoảng 1 tuần

- Vệ sinh tại chỗ, thụt tháo.

- Sát khuẩn vùng bụng, trải khăn vô khuẩn

- Gây mê nội khí quản

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Bơm hơi ổ phúc mạc (qua kim hoặc qua trocart)

- Đưa đèn soi vào ổ bụng

- Thăm khám đánh giá tình trạng khối U buồng trứng , nang cạnh vòi tử cung xem có bị dính với các tạng xung quanh.

- Nếu dính thì phải gỡ dính

- Nếu dính nhiều tiên lượng khó khăn khi cắt bằng nội soi thì phải chuyển sang mổ mở

**1. Bóc u nang buồng trứng**

- Dùng dao một cực rạch trên mặt khối u dài khoảng 2 cm sát với buồng trứng

lành

- Dùng forcep nhỏ cặp một bên mép của vết rạch khối u và kéo lên cao

- Dùng que gẩy, bóc tách dần khối u khỏi vỏ u

- Khi đã đến đáy (cuống) khối u, tùy thuộc vào tình trạng của khối u:

+ Nếu u nhỏ, tiên lượng không chảy máu thì bóc lấy hết khối u.

+ Nếu nguy cơ chảy máu ở cuống khối u thì dùng dao điện 2 cực đốt tổ chức

dưới đáy khối u, dùng kéo hoặc dao một cực cắt cuống khối u.

- Lấy bệnh phẩm qua túi và gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh lý.

- Kiểm tra xem có chảy máu không, nếu cần thì cầm máu bằng dao hai cực.

- Rút các trocart, khâu lại chỗ rạch bụng

**2. Cắt khối u nang**

- Dùng dao 2 cực cặp và đốt cuống khối u buồng trứng từ dây chằng thắt lưng - buồng trứng

- Dùng kéo hoặc dao một cực cắt cuống khối u

- Lấy bệnh phẩm qua túi và gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh lý.

- Kiểm tra xem có chảy máu không, nếu cần thì cầm máu bằng dao hai cực.

- Kiểm tra buồng trứng bên đối diện. Nếu nghi ngờ khối u vừa cắt bị ung thư thì cắt miếng nhỏ (sinh thiết) buồng trứng đối diện để xét nghiệm mô bệnh học

- Rút các trocart, khâu lại chỗ rạch bụng

Ghi chú: Nếu khối u to, chọc hút bớt dịch rồi tiến hành như trên

**VI. THEO DÕI**

- Theo dõi xem băng có bị thấm máu không

- Vết mổ có bị bầm tím do máu

- Sưng đỏ do viêm nhiễm

- Theo dõi tình trạng nước tiểu: có máu không và số lượng trong 24 giờ

- Cắt chỉ sau mổ 5 ngày

- Bình thường ra viện sau 5 ngày

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Tai biến và xử trí nói chung giống như nội soi ổ bụng thông thường

- Nếu chảy máu không cầm được thì phải chuyển mổ mở.

## **394. CẮT U NANG BUỒNG TRỨNG KÈM TRIỆT SẢN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Hiện nay nội soi đang dần chiếm ưu thế trong phẫu thuật cắt u buồng trứng hoặc phần phụ, tuy nhiên không phải tất cả vẫn các ca đều mổ nội soi được mà bắt buộc phải mở bụng để thực hiện các phẫu thuật trên vì dính hoặc mổ cũ nhiều lần hoặc có những chống chỉ định cho nội soi.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- U nang buồng trứng không nghi ngờ ác tính và không quá to, không quá dính, bệnh nhân và gia đình cam kết xin triệt sản

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh đang trong chu kỳ kinh hoặc ra huyết bất thường mà chưa điều trị khỏi.

- Đang mắc các bệnh nhiễm khuẩn hoặc các bệnh về máu.

- Các bệnh nội khoa và các trường hợp có chống chỉ định mổ nội soi.

- Khối u dính nhiều, phẫu thuật ổ bụng nhiều lần.

- Ung thư buồng trứng.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ chuyên ngành sản phụ khoa được đào tạo về phẫu thuật nội soi.

- Kíp phẫu thuật rửa tay, mặc áo, đội mũ, đeo găng vô khuẩn.

**2. Phương tiện**

- Bộ phẫu thuật nội soi.

- Dàn máy và phương tiện nội soi ổ bụng.

**3. Người bệnh**

- Khám toàn thân và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe và phát hiện những chống chỉ đinh.

- Được tư vấn kỹ về bệnh và kỹ thuật cũng như những tai biến có thể xảy ra.

- Nên mổ sau sạch kinh khoảng 1 tuần

- Vệ sinh tại chỗ, thụt tháo.

- Sát khuẩn vùng bụng, trải khăn vô khuẩn

- Gây mê nội khí quản

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Bơm hơi ổ phúc mạc (qua kim hoặc qua trocart)

- Đưa đèn soi vào ổ bụng

- Thăm khám đánh giá tình trạng khối U buồng trứng xem có bị dính với các tạng xung quanh.

- Nếu dính thì phải gỡ dính

- Nếu dính nhiều tiên lượng khó khăn khi cắt bằng nội soi thì phải chuyển sang mổ mở

**1. Bóc u nang buồng trứng**

- Dùng dao một cực rạch trên mặt khối u dài khoảng 2 cm sát với buồng trứng

lành

- Dùng forcep nhỏ cặp một bên mép của vết rạch khối u và kéo lên cao

- Dùng que gẩy, bóc tách dần khối u khỏi vỏ u

- Khi đã đến đáy (cuống) khối u, tùy thuộc vào tình trạng của khối u:

+ Nếu u nhỏ, tiên lượng không chảy máu thì bóc lấy hết khối u.

+ Nếu nguy cơ chảy máu ở cuống khối u thì dùng dao điện 2 cực đốt tổ chức

dưới đáy khối u, dùng kéo hoặc dao một cực cắt cuống khối u.

- Lấy bệnh phẩm qua túi và gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh lý.

- Kiểm tra xem có chảy máu không, nếu cần thì cầm máu bằng dao hai cực.

- Rút các trocart, khâu lại chỗ rạch bụng

**2. Cắt khối u nang**

- Dùng dao 2 cực cặp và đốt cuống khối u buồng trứng từ dây chằng thắt lưng - buồng trứng

- Dùng kéo hoặc dao một cực cắt cuống khối u

- Lấy bệnh phẩm qua túi và gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh lý.

- Kiểm tra xem có chảy máu không, nếu cần thì cầm máu bằng dao hai cực.

- Kiểm tra buồng trứng bên đối diện. Nếu nghi ngờ khối u vừa cắt bị ung thư thì cắt miếng nhỏ (sinh thiết) buồng trứng đối diện để xét nghiệm mô bệnh học

- Rút các trocart, khâu lại chỗ rạch bụng

Ghi chú: Nếu khối u to, chọc hút bớt dịch rồi tiến hành như trên

**3. Triệt sản**

- Thăm khám đánh giá tình trạng phần phụ xem có bị dính với các tạng xung quanh.

- Nếu dính thì phải gỡ dính

- Dùng dao 2 cực cặp và đốt mạc treo vòi - buồng trứng, đốt vòi trứng đến sát sừng tử cung 2 bên

- Dùng kéo hoặc dao một cực cắt cuống dây chằng vòi - buồng trứng và vòi trứng đoạn eo sát tử cung

- Lấy bệnh phẩm qua túi

- Kiểm tra xem có chảy máu không, nếu cần thì cầm máu bằng dao hai cực.

- Rút các trocart, khâu lại chỗ rạch bụng

**VI. THEO DÕI**

- Theo dõi xem băng có bị thấm máu không

- Vết mổ có bị bầm tím do máu

- Sưng đỏ do viêm nhiễm

- Theo dõi tình trạng nước tiểu: có máu không và số lượng trong 24 giờ

- Cắt chỉ sau mổ 5 ngày

- Bình thường ra viện sau 5 ngày

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Tai biến và xử trí nói chung giống như nội soi ổ bụng thông thường

- Nếu chảy máu không cầm được thì phải chuyển mổ mở.

## **395. CẮT U NANG BUỒNG TRỨNG VÀ PHẦN PHỤ**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Hiện nay nội soi đang dần chiếm ưu thế trong phẫu thuật cắt u buồng trứng hoặc phần phụ, tuy nhiên không phải tất cả vẫn các ca đều mổ nội soi được mà bắt buộc phải mở bụng để thực hiện các phẫu thuật trên vì dính hoặc mổ cũ nhiều lần hoặc có những chống chỉ định cho nội soi.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- U nang buồng trứng , nang cạnh vòi tử cung không nghi ngờ ác tính và không quá to, không quá dính,

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh đang trong chu kỳ kinh hoặc ra huyết bất thường mà chưa điều trị khỏi.

- Đang mắc các bệnh nhiễm khuẩn hoặc các bệnh về máu.

- Các bệnh nội khoa và các trường hợp có chống chỉ định mổ nội soi.

- Khối u dính nhiều, phẫu thuật ổ bụng nhiều lần.

- Ung thư buồng trứng.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ chuyên ngành sản phụ khoa được đào tạo về phẫu thuật nội soi.

- Kíp phẫu thuật rửa tay, mặc áo, đội mũ, đeo găng vô khuẩn.

**2. Phương tiện**

- Bộ phẫu thuật nội soi.

- Dàn máy và phương tiện nội soi ổ bụng.

**3. Người bệnh**

- Khám toàn thân và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe và phát hiện những chống chỉ đinh.

- Được tư vấn kỹ về bệnh và kỹ thuật cũng như những tai biến có thể xảy ra.

- Nên mổ sau sạch kinh khoảng 1 tuần

- Vệ sinh tại chỗ, thụt tháo.

- Sát khuẩn vùng bụng, trải khăn vô khuẩn

- Gây mê nội khí quản

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Bơm hơi ổ phúc mạc (qua kim hoặc qua trocart)

- Đưa đèn soi vào ổ bụng

- Thăm khám đánh giá tình trạng khối U buồng trứng , nang cạnh vòi tử cung xem có bị dính với các tạng xung quanh.

- Nếu dính thì phải gỡ dính

- Nếu dính nhiều tiên lượng khó khăn khi cắt bằng nội soi thì phải chuyển sang mổ mở

**1. Bóc u nang buồng trứng**

- Dùng dao một cực rạch trên mặt khối u dài khoảng 2 cm sát với buồng trứng

lành

- Dùng forcep nhỏ cặp một bên mép của vết rạch khối u và kéo lên cao

- Dùng que gẩy, bóc tách dần khối u khỏi vỏ u

- Khi đã đến đáy (cuống) khối u, tùy thuộc vào tình trạng của khối u:

+ Nếu u nhỏ, tiên lượng không chảy máu thì bóc lấy hết khối u.

+ Nếu nguy cơ chảy máu ở cuống khối u thì dùng dao điện 2 cực đốt tổ chức

dưới đáy khối u, dùng kéo hoặc dao một cực cắt cuống khối u.

- Lấy bệnh phẩm qua túi và gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh lý.

- Kiểm tra xem có chảy máu không, nếu cần thì cầm máu bằng dao hai cực.

- Rút các trocart, khâu lại chỗ rạch bụng

**2. Cắt khối u nang**

- Dùng dao 2 cực cặp và đốt cuống khối u buồng trứng từ dây chằng thắt lưng - buồng trứng

- Dùng kéo hoặc dao một cực cắt cuống khối u

- Lấy bệnh phẩm qua túi và gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh lý.

- Kiểm tra xem có chảy máu không, nếu cần thì cầm máu bằng dao hai cực.

- Kiểm tra buồng trứng bên đối diện. Nếu nghi ngờ khối u vừa cắt bị ung thư thì cắt miếng nhỏ (sinh thiết) buồng trứng đối diện để xét nghiệm mô bệnh học

- Rút các trocart, khâu lại chỗ rạch bụng

Ghi chú: Nếu khối u to, chọc hút bớt dịch rồi tiến hành như trên

**3. Cắt nang cạnh vòi**

- Thăm khám đánh giá tình trạng phần phụ xem có bị dính với các tạng xung quanh.

- Nếu dính thì phải gỡ dính

- Dùng dao 2 cực cặp và đốt cuống khối nang cạnh vòi trứng , chú ý hạn chế tổn thương vòi trứng

- Dùng kéo hoặc dao một cực cắt cuống khối nang cạnh vòi

- Lấy bệnh phẩm qua túi và gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh lý.

- Kiểm tra xem có chảy máu không, nếu cần thì cầm máu bằng dao hai cực.

- Rút các trocart, khâu lại chỗ rạch bụng

**VI. THEO DÕI**

- Theo dõi xem băng có bị thấm máu không

- Vết mổ có bị bầm tím do máu

- Sưng đỏ do viêm nhiễm

- Theo dõi tình trạng nước tiểu: có máu không và số lượng trong 24 giờ

- Cắt chỉ sau mổ 5 ngày

- Bình thường ra viện sau 5 ngày

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Tai biến và xử trí nói chung giống như nội soi ổ bụng thông thường

- Nếu chảy máu không cầm được thì phải chuyển mổ mở.

## **396. PHẪU THUẬT MỞ BỤNG CẮT U BUỒNG TRỨNG HOẶC CẮT PHẦN PHỤ**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Là phẫu thuật mở ổ bụng để cắt buồng trứng, cắt vòi trứng, hay cắt cả phần phụ trong trường hợp chảy máu, ứ mủ hay xoắn buồng trứng và vòi trứng.

**II. CHỈ ĐỊNH**

U nang buồng trứng hoặc phần phụ không có chỉ định mổ nội soi

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh đang hành kinh hoặc ra huyết bất thường mà chưa điều trị khỏi

- Đang mắc các bệnh nhiễm khuẩn hoặc các bệnh về máu,

- Các bệnh nội khoa không có chịu đựng được phẫu thuật

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sĩ chuyên khoa sản đã từng làm phẫu thuật trong sản phụ khoa.

- Kíp phẫu thuật rửa tay, mặc áo, đội mũ, đeo găng vô khuẩn.

**2. Phương tiện**

Bộ trung phẫu hoặc đại phẫu

**3. Người bệnh**

- Khám toàn thân và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe và phát hiện những chống chỉ đinh.

- Được tư vấn kỹ về bệnh và kỹ thuật cũng như những tai biến có thể xảy ra.

- Nên mổ sau sạch kinh khoảng 1 tuần

- Vệ sinh tại chỗ, thụt tháo, sát khuẩn vùng bụng

- Gây mê nội khí quản

**4. Hồ sơ bệnh án**

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Trải khăn vô khuẩn.

- Mở bụng theo đường giữa dưới rốn hay đường ngang trên vệ vào ổ bụng.

- Bọc mép vết mổ.

**1. Cắt khối u buồng trứng**

- Thăm khám đánh giá tình trạng khối u buồng trứng xem mức độ di động và dính với các tạng xung quanh.

- Nếu dính thì phải gỡ dính, trong khi gỡ dính tránh để khối u bị vỡ

- Chèn gạc xung quanh, tách biệt với khối u

- Nếu khối u nhỏ: dùng một (hoặc 2) kìm có răng to, chắc khỏe cặp cuống khối u (dây chằng thắt lưng - buồng trứng), càng sát khối u càng tốt.

- Dùng một (hoặc 2) kìm có răng to, chắc khỏe cặp cuống khối u, cách kìm trước 1 đến 1,5 cm

- Dùng kéo cong cắt bỏ khối u

- Khâu mỏm cắt.

- Nếu khối u to, sau khi bọc lót kỹ, có thể dùng 2 hoặc 3 kìm cặp lôi khối u lên, chọc một lỗ để hút bớt dịch trong khối u, sau đó dùng kìm kẹp mép khối u vừa mở, rồi tiến hành cắt khối u như trên.

- Trong trường hợp xác định khối u lành tính thì bóc tách khối u để lại phần buồng trứng lành: dùng dao rạch nhẹ trên phần khối u sát với phần buồng trứng lành; dùng kéo cong đầu tù kết hợp với đầu ngón tay để bóc tách phần u buồng trứng ra khỏi phần lành; sau đó cầm máu kỹ.

- Kiểm tra xem có chảy máu không, nếu chỉ chưa được buộc chặt, hoặc khâu chưa hết tổn thương thì phải khâu tăng cường để cầm máu.

- Gửi bệnh phẩm xét nghiệm giải phẫu bệnh.

- Kiểm tra buồng trứng bên đối diện. Nếu nghi ngờ khối u vừa cắt bị ung thư thì cắt miếng nhỏ buồng trứng đối diện để xét nghiệm mô bệnh học

**2. Cắt phần phụ**

- Thăm khám đánh giá tình trạng phần phụ xem có bị dính với các tạng xung quanh.

- Nếu dính thì phải gỡ dính, trong khi gỡ dính tránh để vỡ dịch (trong ca ứ mủ VTC)

- Dùng một kìm có răng to, chắc khỏe cặp dây chằng thắt lưng - buồng trứng và dây chằng rộng sát với tử cung

- Dùng một kìm có răng to, chắc khỏe cặp cách kìm trước 1 đến 1,5 cm

- Dùng kéo cong cắt bỏ phần phụ

- Khâu mỏm cắt bằng mũi thông thường hay mũi khâu số 8. Kiểm tra xem có còn rỉ máu không

- Lau sạch ổ bụng

- Đóng bụng theo các lớp, đóng da mũi rời hoặc trong da

- Sát khuẩn lại và băng vết thương

**VI. THEO DÕI VÀ TAI BIẾN**

- Tổn thương mạch máu, hệ tiết niệu, hệ tiêu hóa trong quá trình phẫu thuật.

- Nhiễm trùng, chảy máu trong.

## **397. PHẪU THUẬT MỞ BỤNG/NỘI SOI BÓC U LÀNH TỬ CUNG**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật bóc u lành tử cung đường bụng nhằm mục đích lấy hoàn toàn nhân xơ nằm trong cơ tử cung, bảo tồn tử cung và hai phần phụ

**II. CHỈ ĐỊNH**

Tử cung có u lành phát triển nhanh, gây chèn ép làm cho người bệnh đau, phát triển vào niêm mạc gây chảy máu, ảnh hưởng đến sức khỏe

Bóc nhân xơ khi phẫu thuật lấy thai

**III. ĐIỀU KIỆN**

Có nhân xơ rõ, các lớp xơ cơ đồng tâm, xung quanh là các tổ chức lỏng lẻo, dễ tách. Trên hình ảnh siêu âm tạo bờ rõ nét, khác biệt với tổ chức cơ

Không có quá nhiều nhân vì bóc tách nhiều sẽ gây chảy máu

Nhân xơ rõ trên tử cung không có dấu hiệu nhiễm trùng (đặc biệt là khi phẫu thuật bóc nhân xơ dưới niêm mạc)

Vị trí nhân xơ cách xa sừng tử cung

Nhân xơ không quá to, kẹt vào vùng tiểu khung

Trong các trường hợp cần bảo tồn khả năng sinh sản cần thận trọng trong chỉ

định vì có thể thất bại mà phải cắt tử cung

**IV. CHUẨN BỊ**

Người thực hiện

Bác sỹ : 01 bác sỹ mổ chính, 02 bác sỹ phụ

Điều dưỡng: 01 dụng cụ viên, 01 phụ dụng cụ

Kỹ thuật viên: 01 bác sỹ vô cảm: 01. Phụ gây mê, vô cảm : 01

Phương tiện

Bộ dụng cụ cắt tử cung

Người bệnh

Chuẩn bị như các trưởng hợp mổ có chuẩn bị, được vệ sinh thụt tháo và sử dụng an thần trước mổ

Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế

**CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

Kiểm tra hồ sơ

Theo quy định của Bộ Y tế

Kiểm tra người bệnh

Thăm khám, xét nghiệm để tiên lượng trước phẫu thuật vì có những tử cung to, xơ hóa mà không có nhân xơ tách biệt rõ ràng

Phát hiện các bệnh kết hợp, đặc biệt là nhiễm trùng phụ khoa để điều trị trước phẫu thuật

Chọn thời điểm sau khi sạch kinh để phẫu thuật

**VI. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN KỸ THUẬT** 1. Thì 1: Mở thành bụng

Rạch thành bụng theo đường ngang nếu có nhân xơ nhỏ, dễ bóc tách, hoặc

đường dọc giữa dưới rốn

Thì 2: Bộc lộ khối u để bóc tách

Thì 3: Dùng dao điện hoặc dao thường

Rạch TC ở vị trí khối xơ đảm bảo yêu cầu

Đường rạch gọn, gần chỗ lồi nhất của khối xơ

Đường rạch càng gần đường giữa càng đỡ chảy máu

Đường rạch càng xa sừng tử cung càng đỡ dính tắc vòi tử cung

Đường rạch ở vị trí có thể bóc được nhiều nhân xơ

Đường rạch đủ độ sâu đến vỏ ngoài nhân xơ mới có thể bóc tách được dễ dàng

4. Thì 4: Bóc tách khối u

Dùng cái kẹp hoặc sợi chỉ to khâu sâu vào khối u để giữ chắc khối u, vừa kéo vừa tách vỏ khối u bằng mũi kéo. Dùng ngón tay trỏ thăm dò các vùng dính và tách hẳn khối u ra ngoài

Có thể sử dụng vết rạch này để bóc các khối u khác. Động tác bóc tách cần nhẹ nhàng, tránh thủng buồng tử cung

Cầm máu bằng các mũi khâu chữ X hoặc bằng kẹp khi thấy rõ mạch máu. Không nên cặp ngang cơ tử cung vì sẽ làm cho cơ rách, gây chảy máu nhiều

5. Thì 5: Khâu kín khoang bóc tách

- Khâu từng lớp bằng các mũi chữ X bằng chỉ Vicryl

- Lớp đầu tiên đảm bảo lấy hết đáy khoang bóc tách

- Các lớp sau đảm bảo khâu chồng qua lớp trước

- Đóng các lớp ngoài cùng bằng mũi khâu vắt và lộn méo rạch vào trong

6. Thì 6: Đóng bụng

- Lau sạch ổ bụng

- Kiểm tra niệu quản

**VII. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Chảy máu: tai biến hay gặp nhất

 Sử dụng các mũi chữ X cầm máu hoặc bằng kẹp máu tạm thời hoặc chèn gạc tạm thời

Chảy máu nhiều tiên lượng không cầm máu được phải cắt tử cung bán phần

Thủng khoang bóc tách u xơ thông với buồng tử cung

Nguyên nhân:

Động tác bóc tách thô bạo làm rách lớp cơ sâu, kéo theo niêm mạc tử cung

Do mũi khâu sâu thủng qua niêm mạc tử cung

Trong ca này cần mở rộng buồng tử cung và dùng chỉ khâu lại niêm mạc tử

cung

## **398. CẮT U XƠ CỔ TỬ CUNG**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật bóc u lành tử cung đường bụng nhằm mục đích lấy hoàn toàn nhân xơ nằm trong cơ tử cung, bảo tồn tử cung và hai phần phụ

**II. CHỈ ĐỊNH**

Tử cung có u lành phát triển nhanh, gây chèn ép làm cho người bệnh đau, phát triển vào niêm mạc gây chảy máu, ảnh hưởng đến sức khỏe

Bóc nhân xơ khi phẫu thuật lấy thai

**III. ĐIỀU KIỆN**

Có nhân xơ rõ, các lớp xơ cơ đồng tâm, xung quanh là các tổ chức lỏng lẻo, dễ tách. Trên hình ảnh siêu âm tạo bờ rõ nét, khác biệt với tổ chức cơ

Không có quá nhiều nhân vì bóc tách nhiều sẽ gây chảy máu

Nhân xơ rõ trên tử cung không có dấu hiệu nhiễm trùng (đặc biệt là khi phẫu thuật bóc nhân xơ dưới niêm mạc)

Vị trí nhân xơ cách xa sừng tử cung

Nhân xơ không quá to, kẹt vào vùng tiểu khung

Trong các trường hợp cần bảo tồn khả năng sinh sản cần thận trọng trong chỉ

định vì có thể thất bại mà phải cắt tử cung

**IV. CHUẨN BỊ**

Người thực hiện

Bác sỹ : 01 bác sỹ mổ chính, 02 bác sỹ phụ

Điều dưỡng: 01 dụng cụ viên, 01 phụ dụng cụ

Kỹ thuật viên: 01 bác sỹ vô cảm: 01. Phụ gây mê, vô cảm : 01

Phương tiện

Bộ dụng cụ cắt tử cung

Người bệnh

Chuẩn bị như các trưởng hợp mổ có chuẩn bị, được vệ sinh thụt tháo và sử dụng an thần trước mổ

Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế

**CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

Kiểm tra hồ sơ

Theo quy định của Bộ Y tế

Kiểm tra người bệnh

Thăm khám, xét nghiệm để tiên lượng trước phẫu thuật vì có những tử cung to, xơ hóa mà không có nhân xơ tách biệt rõ ràng

Phát hiện các bệnh kết hợp, đặc biệt là nhiễm trùng phụ khoa để điều trị trước phẫu thuật

Chọn thời điểm sau khi sạch kinh để phẫu thuật

**VI. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN KỸ THUẬT** 1. Thì 1: Mở thành bụng

Rạch thành bụng theo đường ngang nếu có nhân xơ nhỏ, dễ bóc tách, hoặc

đường dọc giữa dưới rốn

Thì 2: Bộc lộ khối u để bóc tách

Thì 3: Dùng dao điện hoặc dao thường

Rạch TC ở vị trí khối xơ đảm bảo yêu cầu

Đường rạch gọn, gần chỗ lồi nhất của khối xơ

Đường rạch càng gần đường giữa càng đỡ chảy máu

Đường rạch càng xa sừng tử cung càng đỡ dính tắc vòi tử cung

Đường rạch ở vị trí có thể bóc được nhiều nhân xơ

Đường rạch đủ độ sâu đến vỏ ngoài nhân xơ mới có thể bóc tách được dễ dàng

4. Thì 4: Bóc tách khối u

Dùng cái kẹp hoặc sợi chỉ to khâu sâu vào khối u để giữ chắc khối u, vừa kéo vừa tách vỏ khối u bằng mũi kéo. Dùng ngón tay trỏ thăm dò các vùng dính và tách hẳn khối u ra ngoài

Có thể sử dụng vết rạch này để bóc các khối u khác. Động tác bóc tách cần nhẹ nhàng, tránh thủng buồng tử cung

Cầm máu bằng các mũi khâu chữ X hoặc bằng kẹp khi thấy rõ mạch máu. Không nên cặp ngang cơ tử cung vì sẽ làm cho cơ rách, gây chảy máu nhiều

5. Thì 5: Khâu kín khoang bóc tách

- Khâu từng lớp bằng các mũi chữ X bằng chỉ Vicryl

- Lớp đầu tiên đảm bảo lấy hết đáy khoang bóc tách

- Các lớp sau đảm bảo khâu chồng qua lớp trước

- Đóng các lớp ngoài cùng bằng mũi khâu vắt và lộn méo rạch vào trong

6. Thì 6: Đóng bụng

- Lau sạch ổ bụng

- Kiểm tra niệu quản

**VII. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Chảy máu: tai biến hay gặp nhất

 Sử dụng các mũi chữ X cầm máu hoặc bằng kẹp máu tạm thời hoặc chèn gạc tạm thời

Chảy máu nhiều tiên lượng không cầm máu được phải cắt tử cung bán phần

Thủng khoang bóc tách u xơ thông với buồng tử cung

Nguyên nhân:

Động tác bóc tách thô bạo làm rách lớp cơ sâu, kéo theo niêm mạc tử cung

Do mũi khâu sâu thủng qua niêm mạc tử cung

Trong ca này cần mở rộng buồng tử cung và dùng chỉ khâu lại niêm mạc tử

cung

## **399. NẠO BUỒNG TỬ CUNG CHẨN ĐOÁN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

* Nạo buồng tử cung là thủ thuật sử dụng cụng cụ, thông qua cổ tử cung để lấy lớp nội mạc tử cung ra ngoài nhằm mục đích xét nghiệm phục vụ chẩn đoán hoặc điều trị. Nạo buồng tử cung có thể được thực hiện đơn độc hoặc phối hợp với soi buồng tử cung nhằm tăng hiệu quả chẩn đoán và điều trị.
* Soi buồng tử cung (soi BTC) là một thủ thuật đưa ống soi gắn camera vào buồng tử cung để chẩn đoán (soi buồng tử cung chẩn đoán) hoặc để làm các thủ thuật trong buồng tử cung (soi buồng tử cung phẫu thuật)
* Thủ thuật này hiện nay được chỉ định nhiều hơn trong chẩn đoán những bất thường trong buồng tử cung và kiểm tra buồng tử cung ở những người bệnh vô sinh
* Nội soi buồng TC có đặc điểm là: không cần mổ bụng bệnh nhân, không cần xẻ TC, không đau sau mổ, hồi phục sức khỏe nhanh, xuất viện sớm, trở lại công việc sinh hoạt hàng ngày nhanh.

**II. CHỈ ĐỊNH**

* Rong kinh, rong huyết ở phụ nữ >45 tuổi
* Rong kinh, rong huyết ở phụ nữ <45 tuổi nhưng có cơ địa cường estrogen (béo phì, buồng trứng đa nang), điều trị nội khoa thất bại
* [U xơ](http://www.yhoc-net.com/san-phu-khoa/13-phu-khoa/1250-u-xo-tu-cung.html) và polyp buồng tử cung có chỉ định phẫu thuật
* Ung thư nội mạc tử cung. Nạo buồng tử cung và soi buồng tử cung thường được thực hiện để chẩn đoán trong các trường hợp nghi ngờ ung thư niêm mạc tử cung, đặc biệt là khi nạo buồng tử cung đơn thuần có thể bỏ sót tổn thương.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

* Có thai.
* Chít hẹp cổ tử cung
* Đang có nhiễm trùng đường sinh dục.
* Đang ra máu âm đạo nhiều.
* Nhân xơ ở lòng TC có kích thước >=  5cm (cần điều trị thuốc cho u xơ giảm kích thước trước)
* Có bệnh lý ác tính tại buồng TC.
* Bị dị ứng với chất dịch làm căng buồng TC (như Sorbitol, Glycocolle…
* Chống chỉ định của gây mê toàn thân

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Phụ Sản đã được đào tạo.

**2. Phương tiện**

* + Dụng cụ soi buồng tử cung
* Ống kính soi có cấu trúc bằng bó sợi cáp quang, 50.000 pixel, trường nhìn rộng. Khẩu kính ống soi 4mm, góc nhìn 30o hoặc 12o
* Vỏ ngoài: khẩu kính 5mm nếu soi BTC chẩn đoán hoặc 7, 8, 9 mm nếu soi BTC phẫu thuật Đầu xa dạng tròn, không gây sang chấn
* Có đường đưa nước vào và nước ra riêng biệt, cho phép đường nước tưới rửa liên tục để có hình ảnh luôn sáng rõ
  + Các loại dung dịch làm căng giãn buồng tử cung
* Các loại dung dịch lỏng làm căng buồng tử cung có thể có độ nhớt thấp hay cao. Loại dung dịch có độ nhớt thấp có thể có hay không có chứa chất điện giải. Lựa chọn loại dung dịch nào tùy thuộc chỉ định và cách thức Laser: do không dùng dòng điện cho nên có thể dùng loại dung dịch có chứa điện giải như Natri clorua, Dextrose 5% trong dung dịch muối hay Lactate Ringer
* Nếu có dùng điện trong phẫu thuật, cần dùng những loại dung dịch không chứa chất điện giải như Glycine 1,5%, Sorbitol 3-5 % hay hỗn hợp Sorbitol, Mannitol và 5% Dextrose trong nước
* Khi dùng loại dung dịch có độ nhớt thấp, tốc độ truyền vào và số lượng dung dịch sử dụng cần được theo dõi chặt chẽ để tránh nguy cơ phù phổi cấp
* Dung dịch có độ nhớt cao như Dextran (đặc biệt loại 32% Dextran 70 trong 10% Dextrose) cho hình ảnh rõ nét hơn. Loại dung dịch này không hòa tan với máu, do đó trong những ca có chảy máu ít trong phẫu trường, tầm nhìn vẫn rất tốt. Tuy nhiên, những loại dung dịch này có chứa polysaccaride nên có thể gây ra phản ứng dị ứng. Bên cạnh đó, do tính thẩm thấu cao (hyperosmotic) dung dịch này có thể xâm nhâp vào hệ tuần hoàn và rất dễ dàng gây phù phổi cấp
* Khí CO2 cũng có thể được dùng trong soi BTC chẩn đoán.

**3. Người bệnh**

* + Khám toàn thân và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe và phát hiện những chống chỉ đinh.
  + Xét nghiệm bộ xét nghiệm cơ bản trong phẫu thuật và thêm các xét nghiệm khác tùy theo tình trạng bệnh lý kèm theo ( nếu cần).
  + Được tư vấn kỹ về bệnh và quy trình kỹ thuật, nguy cơ và biến chứng có thể xảy ra.
  + Người bệnh ký cam đoan chấp nhận phẫu thuật, thủ thuật và gây mê hồi sức. - Sử dụng kháng sinh dự phòng
  + Thụt tháo
  + Vệ sinh âm hộ, sát khuẩn vùng mổ
  + Gây mê toàn thân

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**5. Nơi thực hiện phẫu thuật:** trong phòng mổ.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

* + Yêu cầu người bệnh đi tiểu
  + Người bệnh nằm lên bàn theo tư thế phụ khoa
  + Sát khuẩn vùng sinh dục
  + Đặt van âm đạo hay mỏ vịt
  + Cặp cổ tử cung bằng kẹp Pozzi
  + Phóng bế cạnh cổ tử cung bằng lidocain 2%
  + Thăm dò buồng tử cung bằng thước đo
  + Đưa ống soi vào buồng tử cung
  + Làm căng buồng tử cung bằng một trong các cách sau:

+ Khí CO2, chỉ dùng với mục đích chẩn đoán, cần có máy bơm khí tự động. Áp lực bơm khí: 100-120 mmHg, lưu lượng khí: 30-60 ml/phút.

+ Dung dịch: có thể sử dụng dung dịch như: nước muối sinh lý, glucose 5%, manitol, sorbitol, dextran. Có thể áp dụng cách sau để dịch chảy vào buồng tử cung: để dịch ở vị trí cao hơn ổ bụng người bệnh từ 90-100 cm và cho tự chảy.

* Đưa ống soi chẩn đoán vào buồng tử cung quan sát và đánh giá ống cổ tử cung, buồng tử cung, niêm mạc tử cung và 2 lỗ vòi trứng
* Dùng dụng cụ nạo sạch buồng tử cung, lần lượt nạo mặt trước, mặt sau, vùng đáy, hai bờ và hai sừng tử cung.
* Đưa chất nạo ra ngoài bảo quản đúng cách cho đến khi kiểm tra, xét nghiệm Giải Phẫu Bệnh.
* Đưa ống nội soi ra ngoài.

**VI. THEO DÕI**

Theo dõi: toàn thân, mạch, huyết áp, ra máu âm đạo trong vòng vài giờ sau thủ thuật.

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

* + Thủng tử cung: ngừng thủ thuật. Soi ổ bụng để đánh giá tổn thương thủng tử cung và xử trí phù hợp theo tổn thương. Trong nhiều ca có thể bảo tồn được tử cung. Theo dõi sát người bệnh trong những giờ đầu sau mổ. .
  + Biến chứng liên quan đến quá tải tuần hoàn do dịch làm căng buồng tử cung đi vào mạch máu. Để tránh tai biến này, không nên phẫu thuật quá lâu (trên 30 phút), phải kiểm soát lượng dịch vào và ra, sử dụng máy bơm hút liên tục chuyên dụng.
  + Nhiễm khuẩn: kháng sinh đường tiêm phổ rộng.

## **400. CẮT TOÀN BỘ TỬ CUNG, ĐƯỜNG BỤNG**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật cắt tử cung hoàn toàn là phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ khối tử cung bao gồm thân tử cung, cổ tử cung, để lại buồng trứng.

**II. CHỈ ĐỊNH**

**1. Bệnh lý liên quan đến sản khoa**

- Hầu hết trong phẫu thuật cấp cứu sản khoa thường có chỉ định cắt tử cung bán phần, tuy nhiên trong một số trường hợp đặc biệt phải có chỉ định cắt tử cung hoàn toàn.

- Rau tiền đạo trung tâm, rau bám chặt xuống sâu tận cổ tử cung gây chảy máu mà thắt động mạch hạ vị không cầm máu được.

- Thai ở cổ tử cung bị sẩy, chảy máu, sau khi can thiệp các thủ thuật như khâu, đốt nhiệt mà không có kết quả.

- Nhiễm trùng sau phẫu thuật lấy thai lan tới buồng tử cung đã bị rách phức tạp.

**2. Bệnh lý liên quan đến phụ khoa**

- Một số bệnh lý tiền ung thư và ung thư của bộ phận sinh dục (cổ tử cung, tử cung, vòi tử cung, buồng trứng, rau, chửa trứng lớn tuổi…)

- Những khối u lành tính ở tử cung có chỉ định cắt tử cung nhưng cổ tử cung không bình thường (tổn thương lành tính hoặc nghi ngờ cổ tử cung)

**III. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sỹ: 01 bác sỹ mổ chính, 02 bác sỹ phụ

- Điều dưỡng: 01 dụng cụ viên, 01 phụ dụng cụ

- Kỹ thuật viên: 01 Bác sỹ vô cảm: 01. Phụ gây mê, vô cảm: 01

**2. Phương tiện**

Bộ dụng cụ cắt tử cung

**3. Người bệnh**

Chuẩn bị như các trưởng hợp mổ có chuẩn bị, được vệ sinh thụt tháo và sử dụng an **thần trước mổ.**

**4.Hồ sơ bệnh án**

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Thì 1: Mở thành bụng**

Thường sử dụng đường rạch Pfannenstiel, đối với trường hợp cấp cứu hoặc khó khăn hay đã có sẹo mổ cũ đường trắng dưới rốn thì sử dụng đường trắng giữa dưới rốn.

**2. Thì 2: Cắt các dây chằng**

Kẹp và cắt dây chằng tử cung - vòi tử cung và các cuống mạch, cắt dây chằng tròn hai bên, cắt hai lá dây chằng rộng. Khâu lại các cuống mạch và mỏm cắt.Kẹp cắt vòi trứng để lại buồng trứng, khâu cầm máu.

**3. Thì 3: Tách và cắt phúc mạc tử cung- bàng quang**

- Dùng kéo mở phúc mạc ngang với chỗ bám di động ở eo tử cung và cắt ngang trước đoạn dưới tử cung.

- Dùng gạc đẩy phúc mạc xuống sâu, giúp đẩy bàng quang ra trước, bộc lộ cổ tử cung và túi cùng âm đạo trước.

**4. Thì 4: Cắt dây chằng tử cung - cùng và phúc mạc mặt sau.**

- Kéo tử cung ra trước, bộc lộ hai dây chằng tử cung - cùng và mặt sau cổ tử cung.

- Cắt hai dây chằng tử cung - cùng gần chỗ bám ở cổ tử cung

- Tách phúc mạc sau vòng quanh cổ tử cung phía trên và đẩy xuống ngang mức cắt âm đạo.

**5. Thì 5: Cặp các cuống mạch đi vào tử cung**

- Cặp các động mạch tử cung từng bên. Cắt và khâu cuống mạch

- Cặp nhánh động mạch cổ TC, cắt và khâu cuống mạch.

**6. Thì 6: Cắt âm đạo**

- Tay trái phẫu thuật viên kéo mạnh tử cung lên trên, tay phải dùng kéo mở cùng đồ trước hoặc cùng đồ sau.

- Dùng kẹp thẳng cặp mép trước âm đạo để giữ.

- Tiếp tục cắt vòng quanh sát với chỗ bám âm đạo và cổ tử cung từ phía trước sang phải, ra sau và qua trái.

**7. Thì 7: Đóng âm đạo**

Dùng kim cong và chỉ tiêu khâu qua lớp tổ chức dưới niêm mạc và niêm mạc âm đạo bằng mũi khâu vắt hoặc mũi rời chữ X.

**8. Thì 8: Phủ phúc mạc tiểu khung**

Lau bụng và kiểm tra ổ bụng, kiểm tra niệu quản

**9. Thì 9: Đóng thành bụng**

**V. BIẾN CHỨNG**

**1. Trong phẫu thuật**

- Chảy máu: do buộc chỉ lỏng hay bị tuột chỉ mỏm cắt và cuống mạch.

- Nhiễm trùng: ở vết mổ hoặc mỏm cắt.

- Tổn thương bàng quang: do khâu chọc vào bàng quang, cắt vào bàng quang do đẩy phúc mạc tử cung - bàng quang không tốt.

- Thắt hoặc cắt vào niệu quản: do dính hoặc thắt động mạch cổ tử cung - âm đạo quá xa bờ ngoài cổ tử cung.

**2. Sau phẫu thuật**

- Tạo thành khối máu tụ

- Tắc mạch vùng hố chậu hoặc tĩnh mạch chi dưới

- Dò bàng quang

## **401. CẮT BỎ ÂM HỘ ĐƠN THUẦN**

## **402. CẮT U THÀNH ÂM ĐẠO**

1. **ĐẠI CƯƠNG**

Các khối u thành âm đạo bao gồm các khối u lành tính và ác tính xuất phát từ âm đạo, cách thức phẫu thuật đối với mỗi loại là khác nhau:

- U lành tính: Lấy u đơn thuần

- U ác tính: Cắt rộng âm hộ sâu vào phía trong hoặc cắt bỏ âm đạo và tử cung rộng kèm theo vét hạch chậu 2 bên như trong ung thư cổ tử cung.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Các khối u lành tính ở âm đạo: u nang, u xơ cơ …gây cảm giác khó chịu.

- Các khối u ác tính ở âm đạo

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh già yếu, mắc các bệnh nội khoa nặng không có khả năng gây mê hoặc gây tê tủy sống.

- Ung thư âm đạo lan rộng hoặc di căn xa vượt quá khả năng phẫu thuật.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Phương tiện**

- Trường hợp các u lành tính, kích thước nhỏ chỉ cần gây tê tại chỗ; đốivới các u lớn và ung thư âm đạo cần gây tê tủy sống hoặc gây mê nội khí quản.

- Bộ phẫu thuật phụ khoa ổ bụng.

- Máy hút, dao điện, kim chỉ tốt.

- Các loại dịch truyền thay máu và các thuốc hồi sức.

- Thuốc tiền mê,gây mê, ống nội khí quản.

**2. Người thực hiện**

- Bác sỹ chuyên khoa gây mê - hồi sức.

- Bác sỹ phẫu thuật chuyên khoa ung thư hoặc chuyên khoa sản phụ khoa.

**3. Người bệnh**

- Hồ sơ bệnh án đầy đủ có khai thác các bệnh nội khoa, ngoại khoa đã phẫu thuật từ trước đặc biệt là tại ổ bụng, đầy đủ các xét nghiệm cần thiết và có chỉ định mổ rõ ràng.

- Giải thích cho người bệnh và người nhà của người bệnh lý do phải phẫuthuật. Động viên, an ủi người bệnh.

- Trong trường hợp người bệnh nặng suy kiệt, thiếu máu phải hồi sức trước khi phẫu thuật.

- Kháng sinh dự phòng.

- Thuốc ngủ buổi tối trước ngày phẫu thuật.

- Thụt tháo trước khi phẫu thuật.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**V. CÁC BƯỚC TIẾNHÀNH**

**1. Vô cảm:** tê tại chỗ đối với u lành tính kích thước nhỏ,gây mê nội khí quản hoặc tê tủy sống đối với các khối u lớn và ung thư âm đạo tùy thuộc vào tình trạng người bệnh, kinh nghiệm của bác sỹ gây mê hồi sức.

**2. Tư thế**

- Người bệnh nằm tư thế phụ khoa, bàn phẫu thuật hơi thấp về phía đầu

- Vị trí phẫu thuật viên: bên trái người bệnh, trợ thủ viên đứng đối diện, tốt nhất là có hai trợ thủ viên

**3. Kỹ thuật**

*3.1. Phẫu thuật nang ở âm đạo*

3.1.1. Nang nhỏ

- Đường rạch ngang theo hình vòng cung quanh nang

- Tách xuống sâu quá đáy nang và cặp cắt đơn giản

- Khâu lại thành âm đạo sau khi đã cầm máu bằng chỉ tiêu

3.1.2. Nang lớn

- Nang lớn ở sâu cần chú ý rạch ở chỗ lồi của nang để bóc tách vòng xuống dưới nang (đường rạch phải đủ rộng), đảm bảo đủ niêm mạc lúc khâu kín khoang bóc tách

- Thường bóc tách rộng, chảy máu nhiều, cần khâu cầm máu nhiều lớp chéo lên nhau tránh tạo đường hầm để ép 2 thành bên âm đạo với nhau

3.1.3. Nang nằm giữa vách âm đạo-trực tràng

- Rạch rộng tầng sinh môn

- Bóc tách cẩn thận, không rạch quá sâu làm tổn thương đến trực tràng bằng cách cho ngón trỏ bàn tay trái vào trực tràng để thăm dò hướng dẫn đường bóc tách

- Khâu cầm máu nhiều lớp chéo lên nhau tránh đường hầm để ép 2 thành bênâm đạo với nhau

*3.2. Phẫu thuật khối u xơ cơ ở âm đạo*

Tùy theo từng loại u mà có phương pháp cắt bỏ khác nhau:

- U xơ nhỏ: rạch quanh khối u, bóc tách tận đáy u và cắt dễ dàng như trường hợp bóc nang.

- U xơ có cuống: rạch vòng quanh cuống và cắt sâu đáy cuống. Cặp cầm máuvà khâu thành âm đạo một hoặc hai lớp tùy theo độ sâu và độ rộng của khoang bóc tách.

Chú ý: không nên xoắn cuống u, vì lúc xoắn có thể làm tổn thương đến bàng quang hoặc trực tràng khi u ở thành trước hoặc thành sau âm đạo.

- U xơ to: u xơ to phát triển rộng choán hết cả âm đạo làm âm đạo phồnglên, làm thay đổi giải phẫu của bàng quang, niệu đạo, niệu quản và trực tràng nên phẫu thuật khó khăn hơn. Trong các trường hợp trên cần chú ý:

+ Thăm dò kỹ vị trí bàng quang, trực tràng

+ Thăm dò khối lượng khối u và tình trạng dính của khối u vào thành âm đạo do viêm nhiễm lâu.

+ Thăm dò cuống xuất phát của khối u.

+ Điều trị kháng sinh chống viêm nhiễm trước khi phẫu thuật.

3.3. Kỹ thuật

- Giải phóng khối u:

+ Dùng ngón tay vạch quanh khối u,vừa gỡ dính vừa thăm dò khối u và cácphủ tạng lân cận.

+ Dùng dao cắt khối u thành từng mảnh để dễ dàng tách và lấy hết đáycuống khối u khỏi âm đạo.

+ Cần lấy hết đáy cuống khối u.

*3.4. Phẫu thuật các khối u ác tính ở âm đạo*

Tùy theo vị trí của khối u ác tính mà phương pháp phẫu thuật sẽ khác nhau:

- Khối u ở 1/3 dưới âm đạo: cắt rộng âm hộ sâu vào phía trong,đảm bảo diện cắt âm tính (qua sinh thiết tức thì).

- Khối u ở 1/3 giữavà 1/3 trên: cắt toàn bộ âm đạo,cắt tử cung rộng và vét hạch chậu 2 bên (giốngung thư cổ tử cung).

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Các biến chứng của gây tê, gây mê: buồn nôn, nôn, sốc phản vệ...Xử trí: dừng cuộc phẫu thuật và hồi sức tích cực.

- Chảy máu sau mổ có thể do tuột chỉ cuống mạch, do chảy máu từ mỏm cắtvì khâu cầm máu không tốt, do rối loạn đông máu. Biểu hiện bằng choáng tụt huyết áp, tình trạng thiếu máu cấp, ổ bụng có dịch... phải mổ lại để cầm máu đồng thời với việc hồi sức tích cực, điều chỉnh rối loạn đông máu, bồi phụ thể tích tuần hoàn.

- Máu tụ ngoài phúc mạc do không kiểm soát tốt tình trạng cầm máu.Thường chỉ cần theo dõi và điều trị nội khoa, hồi sức tuần hoàn nếu không thấykhối máu tụ to lên thì không cần mổ lại.

- Gây thương tổn đường tiết niệu chủ yếu là thương tổn niệu đạo, bàng quang và niệu quản trong các trường hợp u lớn, diện phẫu tích rộng. phải mổ lại để phục hồi thương tổn.

- Thủng trực tràng do u ở vách trực tràng âm đạo. phải khâu lỗ thủng.

- Áp xe tiểu khung sau mổ do nhiễm trùng đọng dịch sau mổ trong trường hợp phẫu thuật ung thư 2/3 trên âm đạo do diện phẫu tích rộng ở tiểu khung.phải tiến hành hồi sức, điều trị bằng kháng sinh phối hợp, liều cao và mổ lại để rửa ổ bụng hoặc dẫn lưu ổ áp xe qua âm đạo nếu có thể.

## **403. BÓC NANG TUYẾN BARTHOLIN**

**I. CHỈ ĐỊNH**

- Viêm tuyến Bartholin có rò hoặc không rò.

- Nang tuyến Bartholin

**II. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Nang tuyến Bartholin đang trong giai đoạn viêm (sưng, nóng, đỏ, đau)

**III. CHUẨNBỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sỹ chuyên ngành Phụ - Sản

**2. Phương tiện**

Bộ dụng cụ tiểu phẫu thủ thuật

**3. Người bệnh**

- Người bệnh và gia đình: được giải thích lý do phải bóc nang tuyến Bartholin và ký giấy cam đoan đồng ý làm thủ thuật.

- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.

- Người bệnh được vệ sinh vùng tầng sinh môn trước khi làm thủ thuật

- Tư thế nằm tư thế sản khoa

**4. Hồ sơ bệnh án**

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

**IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

⮚**Thì 1.** Rạch da

- Có thể sử dụng các đường rạch để vào tuyến tùy theo tác giả.

+ Đường rạch giữa nếp gấp môi lớn và môi bé.

+ Đường rạch ở mặt ngoài môi lớn (đường Halban)

+ Đường rạch bờ môi lớn chỗ căng phồng của tuyến dọc theo cả chiều dài của khối u (Lieffring).

⮚**Thì 2.** Bóc tách tuyến.

- Bờ trên ngoài của tuyến thường dính nên khó bóc tách hơn mặt trong dưới niêm mạc

- Bóc tách phải rất cẩn thận tránh vỡ khối viêm hoặc để dịch mủ thoát ra ngoài qua lỗ tiết của tuyến, vì vậy khi bóc tách đến lỗ tuyến nên cặp cổ tuyến bằng kẹp.

⮚**Thì 3.** Cầm máu.

Nên sử dụng dao điện cầm máu hoặc khâu qua đáy khoang bóc tách bằng chỉ Vicryl. Trường hợp chảy máu nhiều hoặc có mủ nên đặt mảnh cao su dẫn lưu.

⮚**Thì 4.** Khâu niêm mạc.

Thắtcác mũikhâucầm máuqua khoangbóc táchsẽ làmkhíthaiméprạchhoặc cóthểkhâuniêm mạc bằngmũi rời.

**V. THEO DÕI**

- Sử dụng kháng sinh ít nhất 5 ngày sau khi làm thủ thuật

- Vệ sinh tầng sinh môn bằng dung dịch betadin hoặc các dung dịch sát trùng khác.

- Theo dõi nguy cơ tụ máu sau khi làm thủ thuật và nguy cơ nhiễm khuẩn

**VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Chảy máu: chảy máu tại vùng rạch da hoặc vị trí bóc, khâu chỗ chảy máu dùng tiếp kháng sinh

- Tụ máu : lấy máu tụ, cầm máu tốt.

- Nhiễm trùng : Xử trí yếu tố gây viêm kết hợp kháng sinh.

## **404. CẮT U MÁU KHU TRÚ, ĐƯỜNG KÍNH DƯỚI 5 CM**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Là phẫu thuật cắt bỏ 1 phần hoặc toàn bộ u mạch máu khu trú dưới da vị trí xác định kích thước nhỏ dưới 5cm

**II. CHỈ ĐỊNH**

Khối u ảnh hưởng đến chức năng, thẩm mỹ, cuộc sống người bệnh.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Bệnh lý phối hợp toàn thân nặng không cho phép phẫu thuật: suy kiệt, bệnh tim mạch, rối loạn đông máu

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**: Bác sĩ chuyên khoa phẫu thuật

**2. Người bệnh**

- Bệnh án ngoại khoa.

- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy xét nghiệm chuyên sâu khi cần thiết

- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật, ký hồ sơ bệnh án.

**3. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ phẫu thuật

- Chỉ, gạc vô khuẩn

- Dẫn lưu

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình, phẫu thuật mạch máu

- Kính lúp, kính vi phẫu

- Clip mạch máu

- Chất nút mạch,thuốc gây xơ

- Gạc mỡ, băng chun

**4. Hồ sơ bệnh án**: Theo mẫu quy định của Bộ Y Tế

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế**: tuỳ theo tổn thương (nằm ngửa, nghiêng, hoặc sấp)

**2. Vô cảm**

- Gây tê tại chỗ hoặc gây mê nội khí quản trong trường hợp u to hoặc trẻ em

**3. Kỹ thuật**

- Sát trùng, trải toan

- Xác định đường rạch da, niêm mạc để tiếp cận khối u mạch máu

- Gây tê

- Rạch da, niêm mạc

- Bộc lộ khối u

- Kiểm soát các nguồn chảy máu quanh u (động mạch, tĩnh mạch)

- Dùng clip mạch máu hoặc chỉ thắt và cắt các nhánh mạch của u, tránh mất máu

- Cắt u toàn bộ u hoặc 1 phần tuỳ theo từng trường hợp thương tổn cụ thể (bản chất u mạch máu, kích thước, mức độ khu trú)

- Cầm máu kỹ

- Dẫn lưu vết mổ (nếu cần)

- Đóng vết thương trực tiếp hoặc ghép da hoặc dùng vạt da che phủ

- Băng chun nếu tại vị trí băng được.

**VI. THEO DÕI CÁC TAI BIẾN BIẾN CHỨNG VÀ NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ**

**1. Theo dõi**: Dẫn lưu rút sau 3 ngày

**2. Biến chứng**

- Các dấu hiệu sinh tồn: Mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở

- Chảy máu vết mổ: Băng ép chặt hoặc mổ lại cầm máu

- Nhiễm trùng vết mổ: Kháng sinh, thay băng tại chỗ

- Các tai biến liên quan đến bệnh phối hợp: tăng đường huyết, tăng huyết áp

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

Bộ Y Tế (2013). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh.

## **405. CẮT UNG THƯ PHẦN MỀM CHI TRÊN HOẶC CHI DƯỚI ĐƯỜNG KÍNH DƯỚI 5 CM**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Là phẫu thuật cắt bỏ khối ung thư phần mềm tại chi thể có kích thước dưới 5cm đến ranh giới an toàn. Khuyết phần mềm sau khi cắt u được che phủ bằng kéo vạt da lân cận hoặc chuyển vạt tại chỗ

**II. CHỈ ĐỊNH**

Các ung thư phần mềm chi thể kích thước dưới 5cm, có hoặc không có khả năng đóng kín trực tiếp vì sẽ gây co kéo, biến dạng.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có chống chỉ định tuyệt đối.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**: Bác sĩ chuyên khoa phẫu thuật

**2. Người bệnh**

- Bệnh án ngoại khoa.

- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy xét nghiệm chuyên sâu khi cần thiết

- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật, ký hồ sơ bệnh án.

**3. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ phẫu thuật

- Chỉ, gạc vô khuẩn

- Dẫn lưu

**4. Hồ sơ bệnh án**: Theo mẫu quy định của Bộ Y Tế

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế**: nằm ngửa hoặc nghiêng thùy vị trí tổn thương

**2. Vô cảm**: gây tê tại chỗ hoặc gây mê trong trường hợp trẻ em

**3. Kỹ thuật**

- Sát trùng trải toan

- Thiết kế đường rạch da quanh u đảm bảo ranh giới an toàn, cách rìa u từ 1 đến 2 cm tuỳ theo từng loại ung thư, thiết kế vạt da tại chỗ trong trường hợp cần thiết.

- Rạch da theo đường thiết kế

- Cắt bỏ toàn bộ u

- Gửi sinh thiết tức thì các vị trí rìa bệnh phẩm, đảm bảo diện cắt không còn tế bào u, nếu còn cắt rộng cho tới khi hết tổ chức ung thư.

- Khi đã xác định diện cắt đã hết tế bào u, tiến hành bơm rửa, cầm máu

- Kéo da và tổ chức dưới da tại vị trí lân cận, trong trường hợp vạt da co kéo, không đảm bảo che phủ hết tiến hành chuyển vạt tại chỗ.

- Đóng vết mổ theo các lớp giải phẫu

- Đặt dẫn lưu, băng chun khi cần thiết.

**VI. THEO DÕI CÁC TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG VÀ NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ**

**1. Biến chứng và chăm sóc**

- Các dấu hiệu sinh tồn: Mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở

- Chảy máu vết mổ: Băng ép chặt hoặc mổ lại cầm máu

- Nhiễm trùng vết mổ: Kháng sinh và thay băng tại chỗ

- Các tai biến liên quan đến bệnh phối hợp: tăng đường huyết, tăng huyết áp...

**TÀI LIỆU THAM KHẢO:**

Bộ Y Tế (2013). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh.

## **406. CẮT U LÀNH PHẦN MỀM ĐƯỜNG KÍNH TRÊN 10 CM**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- U phần mềm là u của tổ chức dưới da thường gặp như u mỡ, u hạch, và các tổ chức khác.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- U lành to gây cộm vướng, ảnh hướng đến chức năng sống hoặc thẩm mĩ

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- U kích thước to, xâm lấn nhiều cơ quan, tiên lượng phẫu thuật khó khăn…

- Người bệnh quá già yếu, người bệnh suy tim, suy thận nặng không có khả năng chịu đựng được phẫu thuật lớn.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**: Phẫu thuật viên chuyên khoa ngoại

**2. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ phẫu thuật phần mềm.

- Phương tiện vô cảm, nội khí quản (Nếu cần)

**3. Người bệnh**

- Được chuẩn bị đầy đủ chu đáo về tinh thần, giải thích cho người bệnh hiểu được cách thức tiến hành phẫu thuật.

- Vệ sinh sạch sẽ, cạo lông tóc vùng phẫu thuật (nếu có)

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

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm**: Tê tại chỗ hoặc nội khí quản

**2. Tư thế người bệnh**: Tùy từng loại u, vị trí của u mà chuẩn bị tư thế cho phù hợp, có dùng gối kê cao vai

**3. Đường rạch da**

- Tùy từng loại u có thể rạch quanh u hoặc trên u hoặc theo nếp lằn da

**4. Nong vạt da**: nếu là các u ở dưới da như u nang giáp móng. Vạt da nong theo lớp, nong đủ rộng để cho cuộc mổ thuận lợi nhất.

**5. Phẫu tích, cắt u**

- Phẫu tích u ra khỏi tổ chức lành xung quanh, đặc biệt là thần kinh – mạch máu

- Cắt u khi phẫu tích xong

- Cầm máu kỹ: Cầm máu bằng Bibolar hoặc dao điện. Trường hợp cần thiết có thể đặt dẫn lưu kín hút liên tục

**6. Đóng vết mổ:**theo các lớp giải phẫu.

**VI. THEO DÕI TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

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

**2. Tổn thương thần kinh**: Nối lại bằng vi phẫu

**TÀI LIỆU THAM KHẢO:**

1. Bộ Y Tế (2013). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh

## **407. CẮT U LÀNH PHẦN MỀM ĐƯỜNG KÍNH DƯỚI 10 CM**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- U phần mềm là u của tổ chức dưới da thường gặp như u mỡ, u hạch, và các tổ chức khác.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- U lành to gây cộm vướng, ảnh hướng đến chức năng sống hoặc thẩm mĩ

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- U kích thước to, xâm lấn nhiều cơ quan, tiên lượng phẫu thuật khó khăn…

- Người bệnh quá già yếu, người bệnh suy tim, suy thận nặng không có khả năng chịu đựng được phẫu thuật lớn.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**: Phẫu thuật viên chuyên khoa ngoại

**2. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ phẫu thuật phần mềm.

- Phương tiện vô cảm, nội khí quản (Nếu cần)

**3. Người bệnh**

- Được chuẩn bị đầy đủ chu đáo về tinh thần, giải thích cho người bệnh hiểu được cách thức tiến hành phẫu thuật.

- Vệ sinh sạch sẽ, cạo lông tóc vùng phẫu thuật (nếu có)

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

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm**: Tê tại chỗ hoặc nội khí quản

**2. Tư thế người bệnh**: Tùy từng loại u, vị trí của u mà chuẩn bị tư thế cho phù hợp, có dùng gối kê cao vai

**3. Đường rạch da**

- Tùy từng loại u có thể rạch quanh u hoặc trên u hoặc theo nếp lằn da

**4. Nong vạt da**: nếu là các u ở dưới da như u nang giáp móng. Vạt da nong theo lớp, nong đủ rộng để cho cuộc mổ thuận lợi nhất.

**5. Phẫu tích, cắt u**

- Phẫu tích u ra khỏi tổ chức lành xung quanh, đặc biệt là thần kinh – mạch máu

- Cắt u khi phẫu tích xong

- Cầm máu kỹ: Cầm máu bằng Bibolar hoặc dao điện. Trường hợp cần thiết có thể đặt dẫn lưu kín hút liên tục

**6. Đóng vết mổ:**theo các lớp giải phẫu.

**VI. THEO DÕI TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

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

**2. Tổn thương thần kinh**: Nối lại bằng vi phẫu

**TÀI LIỆU THAM KHẢO:**

1. Bộ Y Tế (2013). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh

## **408. CẮT U BAO GÂN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Là phẫu thuật cắt bỏ các u bao gân được tạo thành do sự tẳng sinh của các tế bào liên kết( nguyên bào sợi) của bao ngoài gân . U có thể mọc bất kì vị trí nào trên đường đi của bao gân.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Khối u gây loạn cảm giác, hạn chế vận động hay ảnh hưởng tới thẩm mỹ.

Khối u phát triển nhanh hoặc nghi ngờ ác tính.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Tình trạng toàn thân nặng, có nhiều dị tật phối hợp

Khối u ở vùng đám rối thần kinh, mạch máu phức tạp hay u lớn, xâm lấn mạch máu, khó có khả năng lấy u toàn bộ hay để lại di chứng nặng nề cho người bệnh.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**: Bác sĩ chuyên khoa phẫu thuật

**2. Người bệnh**

- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy xét nghiệm chuyên sâu khi cần thiết

- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật, ký hồ sơ bệnh án.

**3. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ phẫu thuật

- Chỉ, gạc vô khuẩn

- Dẫn lưu

**4. Hồ sơ bệnh án**: Theo mẫu quy định của Bộ Y Tế

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế**: nằm ngửa hoặc nghiêng thùy vị trí tổn thương

**2. Vô cảm**: Gây mê nội khí quản

**3. Kỹ thuật**

- Sát trùng trải toan

- Đường rạch da được lựa chọn tùy theo vị trí, kích thước và tính chất của khối u, đảm bảo các yếu tố: Có thể tiếp cận khối u rộng rãi, an toàn, nuôi dưỡng da tốt và thẩm mĩ

- Rạch da theo đường thiết kế

- Phẫu tích từng lớp bộc lộ khối u. đánh giá phẫu thuật cắt toàn bộ hoặc bán phần tùy trường hợp cụ thể.

- Cầm máu kĩ diện cắt

- Đặt dẫn lưu nếu cần.

- Đóng vết mổ theo các lớp giải phẫu

- Băng chun khi cần thiết.

**VI. THEO DÕI CÁC TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG VÀ NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ**

**1. Biến chứng và chăm sóc**

- Các dấu hiệu sinh tồn: Mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở

- Chảy máu vết mổ: Băng ép chặt hoặc mổ lại cầm máu

- Nhiễm trùng vết mổ: Kháng sinh và thay băng tại chỗ

- Liệt tiến triển: Theo dõi, điều trị nội khoa, phục hồi chức năng

- Các tai biến liên quan đến bệnh phối hợp: tăng đường huyết, tăng huyết áp...

**TÀI LIỆU THAM KHẢO:**

Bộ Y Tế (2013). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh.

## **409. CẮT U NANG BAO HOẠT DỊCH (CỔ TAY, KHOEO CHÂN, CỔ CHÂN)**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Là phẫu thuật nhằm lấy bỏ các u nang do thoát vị bao hoạt dịch hay gặp ở các khớp cổ tay, cổ chân, khoeo chân

**II. CHỈ ĐỊNH**

Các khối khối u nang bao hoạt dịch tại các vị trí hay gặp cổ tay, cổ chân, khoeo chân.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Điều kiện toàn thân không cho phép phẫu thuật

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**: Bác sĩ chuyên khoa phẫu thuật

**2. Người bệnh**

- Bệnh án ngoại khoa.

- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy

- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật, ký hồ sơ bệnh án.

**3. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ phẫu thuật

- Chỉ, gạc vô khuẩn

- Dẫn lưu

**4. Hồ sơ bệnh án**: Theo mẫu quy định của Bộ Y Tế

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

1**. Tư thế**: nằm ngửa/sấp tùy thuộc vị trí khối u

**2. Vô cảm**: Tê tại chỗ hoặc gây mê khi cần thiết.

**3. Kỹ thuật**

- Lựa chọn được rạch da, trên u, quanh u, hoặc elip tùy theo kích thước và vị trí cụ thể

- Rạch da

- Phẫu tích bộ lộ khối u nang, cắt bỏ toàn bộ khối u, thắt lại bao hoạt dịch nối thông với khớp

- Cầm máu kĩ diện cắt

- Khâu đóng trực tiếp

- Đặt dẫn lưu,ăng ép nếu cần.

**VI. THEO DÕI CÁC TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG VÀ NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ**

- Tai biến của gây tê,

- Chảu máu, nhiễm trùng, chậm liền vết mổ

**TÀI LIỆU THAM KHẢO:**

Bộ Y Tế (2013). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh.

## **410. PHẪU THUẬT PHÌ ĐẠI TUYẾN VÚ NAM**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Là phẫu thuật cắt bỏ gần toàn bộ tuyến vú phì đại nam giới.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Tuyến vú phì đại lành tính.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Bệnh toàn thân, tại chỗ không cho phép

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**: Bác sĩ chuyên khoa phẫu thuật

**2. Người bệnh**

- Bệnh án ngoại khoa.

- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy xét nghiệm chuyên sâu khi cần thiết

- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật, ký hồ sơ bệnh án.

**3. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ phẫu thuật

- Chỉ, gạc vô khuẩn

- Dẫn lưu

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình

- Chỉ khâu:.

- Dẫn lưu áp lực: 01

- Gạc vuông, gạc ổ bụng.

- Băng chun: 02 cuộn

**4. Hồ sơ bệnh án:** Theo mẫu quy định của Bộ Y Tế

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế**: nằm ngửa

**2. Vô cảm**: mê NKQ hoặc tê tại chỗ

**3. Kỹ thuật**

- Sát trùng trải toan.

- Thiết kế đường rạch da trên vú phì đại tuỳ theo kích thước tuyến vú thường là theo đường quầng vú

- Rạch da theo đường rạch đã chọn

- Phẫu tích cắt bỏ tuyến vú phì đại, kể cả tổ chức mỡ dưới da chú ý để lại tổ chức đảm bảo núm vú không bị hoại tử.

- Cầm máu kĩ

- Đặt dẫn lưu

- Khâu đóng da

- Băng chun cố định

**VI. THEO DÕI CÁC TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG VÀ NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ**

**1. Theo dõi:**

Theo dõi dẫn lưu, vết mổ. Thay băng ngày/ 1 lần.

**2. Biến chứng và chăm sóc**

- Tai biến của gây tê/mê. Xử trí: hồi sức và theo dõi tại phòng hồi sức.

- Chảy máu vết mổ: Băng ép hoặc mổ lại cầm máu

- Máu tụ. Xử trí: băng chun sau mổ, chọc hút dịch nếu có.

- Nhiễm trùng. Xử trí: thay băng, điều trị kháng sinh, tháo túi nếu cần.

- Chậm liền vết mổ: thay băng, khâu đóng thì 2.

- Hoại tử núm vú: cắt lọc tổ chức hoại tử, tạo hình núm vú thì 2.

- Sẹo xấu. Xử trí: chăm sóc sẹo, tạo hình khi sẹo ổn định.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO:**

Bộ Y Tế (2013). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh.

## **411. CẮT U XƯƠNG SỤN LÀNH TÍNH**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

U xương sụn thường là u lành tính, hay gặp ở vùng hành xương của thân xương dài như cánh tay, đùi, xương chầy, xương mác. U có nguồn gốc từ sụn, sau đó cốt hóa trong sụn thành xương. U có yếu tố di truyền, nếu bố mẹ có u thì tần suất con bị là 50%.thường nằm nhiều nơi trên cơ thể. Tuy hiếm gặp nhưng u xương sụn ở người lớn có thể chuyển thành ác tính (sarcoma sụn thứ phát).

**II. CHỈ ĐỊNH**

Phẫu thuật cắt bỏ u xương sụn khi:

- U gây ảnh hưởng đến thẩm mỹ, gây đau do u to làm căng phần mềm quanh u, gây biến dạng chi, cản trở khớp.

- U gây chèn ép thần kinh, mạch máu.

- Khi trên phim Xquang có dấu hiệu nghi ngờ chuyển ác tính.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Chống chỉ định chung của can thiệp Ngoại khoa

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Phẫu thuật viên là bác sĩ chuyên khoa phẫu thuật

**2. Phương tiện** : Bộ dụng cụ chấn thương chỉnh hình, búa, đục, ga rô.

**3. Người bệnh**

- Được giải thích kỹ về tình hình bệnh tật, các lợi ích và rủi ro của phẫu thuật.

- Vệ sinh sạch sẽ vùng mổ.

- Dự trù máu nếu cắt u nhiều nơi hoặc u đơn độc nhưng kích thước lớn.

**4. Hồ sơ bệnh án**: theo quy định của Bộ Y Tế

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm** : Gây mê nội khí quản hoặc tê đám rối hay tủy sống.

**2. Kỹ thuật**: cắt u xương sụn, ghép xương tự thân

- Ga rô gốc chi, tốt nhất ga rô hơi.

- Rạch da dọc theo trục chi tại vị trí tiếp cận khối u dễ nhất. Tránh tổn thương các mạch máu, dây thần kinh dưới da.

- Rạch cân, tách cơ bộc lộ thành của u.

- Đánh giá đại thể khối u, tính chất phần mềm quanh khối u.

- Dùng cưa rung hoặc đục bạt lấy bỏ u sát chân u.

- Lấy tổ chức u gửi làm giải phẫu bệnh.

- Tháo ga rô cầm máu diện cơ nếu có chảy máu.

- Đặt 1 dẫn lưu cạnh diện cắt u.

- Khâu phục hồi phần mềm.

- Bó bột

- Nếu u to, chân của khối u bám trên diện rộng nên bó bột tăng cường tránh nguy cơ gãy xương tại vị trí khối u.

**VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU PHẪU THUẬT**

- Kê cao chi, tập vận động sớm các khớp lân cận.

- Thuốc giảm đau, chống phù nề.

- Kháng sinh toàn thân 5 - 7 ngày.

- Tập đi lại ngay ngày thứ 2 sau mổ nếu u nhỏ.

- Nếu u lớn, bó bột tăng cường 3 - 4 tuần, đi lại trên bột có dụng cụ trợ đỡ (nạng).

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Nhiễm trùng sau mổ: thay băng, liệu pháp kháng sinh.

- Tổn thương thần kinh mạch máu trong quá trình phẫu thuật: mời bác sĩ mạch máu hoặc chuyển ngay lên tuyến trên.

- Chảy máu diện cắt u: băng ép thường tự hết.

- Gãy xương tại vị trí cắt u: bó bột hoặc mổ kết hợp xương.

# TẠO HÌNH THẨM MỸ

## **412. CẮT LỌC - KHÂU VẾT THƯƠNG DA ĐẦU MANG TÓC**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật cắt lọc, làm sạch, xử lý khâu vết thương vùng da đầu mang tóc do các nguyên nhân tai nạn khác nhau.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Vết thương da đầu có thể đóng trực tiếp

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng

Da đầu khuyết rộng, đứt rời

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Kíp phẫu thuật: Gồm 01 Phẫu thuật viên chuyên khoa phẫu thuật tạo hình hoặc chuyên khoa hệ ngoại; 02 phụ phẫu thuật.

Kíp gây mê: 01 BS gây mê; 01 phụ mê.

Kíp dụng cụ: 01 điều dưỡng dụng cụ; 01 điều dưỡng chạy ngoài; 01 hộ lý

**2. Người bệnh**

Bệnh án ngoại khoa.

Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy, chụp phim CT sọ hoặc MRI sọ não nếu cần hoặc theo chỉ định.

Cạo tóc

Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật, ký hồ sơ bệnh án.

**3. Phương tiện**

Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình

**4. Thời gian phẫu thuật:**

0,5h - 1h

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:**

Tùy theo vị trí khuyết da người bệnh nằm ngửa, nghiêng hoặc sấp

**2. Vô cảm:**

Gây mê toàn thân hoặc tê tại chỗ nếu vết thương đơn giản.

**3. Kỹ thuật:**

Đánh giá vết thương, các tổn thương phối hợp

Cắt lọc vết thương, lấy bỏ dị vật, bơm rửa -Khâu đóng vết thương theo từng lớp: cân galia, dưới da, da.

Đặt dẫn lưu nếu cần

Điều trị kháng sinh

**VI. BIẾN CHỨNG, DI CHỨNG**

**1. Tai biến của gây tê, gây mê:**

Dị ứng, sốc phản vệ…

Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.

**2. Chảy máu:**

Chảy qua vết thương hoặc qua dẫn lưu, tụ máu dưới da.

Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần.

**3. Nhiễm trùng:**

Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục.

Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.

**4. Sẹo xấu, sẹo lồi:**

Xử trí tuỳ theo bệnh lý.

**5. Hoại tử vạt một phần hoặc toàn bộ.**

Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo.

## **413. CẮT LỌC - KHÂU VẾT THƯƠNG VÙNG TRÁN**

**414. PHẪU THUẬT CẮT BỎ U DA LÀNH TÍNH VÙNG DA ĐẦU DƯỚI 2CM**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật cắt bỏ khối u da đầu lành tính kích thước từ 2 cm

**II. CHỈ ĐỊNH**

U da đầu lành tính kích thước lớn hơn 2 cm

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Kíp phẫu thuật: Gồm 01 Phẫu thuật viên chuyên khoa phẫu thuật tạo hình; 02 phụ phẫu thuật.

Kíp gây mê: 01 bác sỹ gây mê; 01 phụ mê.

Kíp dụng cụ: 01 điều dưỡng dụng cụ; 01 điều dưỡng chạy ngoài; 01 hộ lý

**2. Người bệnh**

Bệnh án ngoại khoa.

Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy, chụp phim CT sọ hoặc MRI sọ não nếu cần hoặctheo chỉ định.

Cạo tóc

Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật, ký hồ sơ bệnh án.

**3. Phương tiện**

Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình.

**4. Thời gian phẫu thuật:**

0,5h - 2h

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:**

Nằm ngửa, nghiêng hoặc sấp tuỳ tổn thương.

**2. Vô cảm:**

Gây mê hoặc gây tê.

**3. KỸ THUẬT**

Cắt theo thiết diện tổn thương của khối u, thường cắt theo hình trám.

Tùy theo kích thước tổn khuyết sau cắt bỏ khối u mà có thể đóng vết mổ trực tiếp, hoặc tạo hình đóng vết mổ bằng các vạt tại chỗ, vạt lân cận hoặc vạt tự do.

**VI. BIẾN CHỨNG, DI CHỨNG**

Tai biến của gây tê, gây mê:

Dị ứng, sốc phản vệ…

Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.

Chảy máu:

Chảy qua vết thương hoặc qua dẫn lưu, tụ máu dưới da.

Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần.

Nhiễm trùng:

Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục.

Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.

Sẹo xấu, sẹo lồi:

Xử trí tuỳ theo bệnh lý.

Hoại tử vạt một phần hoặc toàn bộ.

Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo.

## **415. XỬ LÝ VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM NÔNG VÙNG MI MẮT**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Khâu vết thương mi là một phẫu thuật cấp cứu để phục hồi chức năng và giải phẫu của mi mắt. Vết thương mi xử lý sớm sẽ làm giảm nguy cơ nhiễm khuẩn và tạo điều kiện tốt cho quá trình làm sẹo vết thương.

**II. CHỈ ĐỊNH**

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

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

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

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

**2. Phương tiện**

- Hiển vi phẫu thuật và bộ dụng cụ vi phẫu.

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

**3. Người bệnh**

- Khám mắt toàn diện: theo mẫu chung.

- Người bệnh được tư vấn trước phẫu thuật.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định chung của Bộ Y tế.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ**

**2. Kiểm tra người bệnh**

**3. Thực hiện kỹ thuật**

**3.1. Vô cảm**

Gây tê tại chỗ hoặc gây mê

**3.2. Kỹ thuật**

Kiểm tra tổn thương, dùng kẹp phẫu tích gắp hết dị vật trong vết thương nếu có, cắt lọc các tổ chức hoại tử.

Các dị vật nhỏ, ở sâu có thể rửa sạch bằng nước muối sinh lý hoặc nước oxy già.

Kiểm kê, đánh giá mức độ tổn thương tại mi mắt.

Nguyên tắc khâu phục hồi vết thương mi:

Trường hợp đứt dây chằng mi trong phải khâu phục hồi trước tiên bằng chỉ 6-0 không tiêu.

Trường hợp vết thương mi không đi hết chiều dày mi: lần lượt khâu các lớp cơ vòng mi và tổ chức dưới da bằng chỉ tiêu 6-0 hoặc 7-0; khâu da mi bằng chỉ 6-0 không tiêu.

Trường hợp vết thương mi đi hết chiều dày và có rách bờ tự do mi: trước tiên khâu phục hồi giải phẫu bờ mi bằng 2 mũi chỉ không tiêu: 1 mũi đi qua hàng chân lông mi, 1 mũi đi qua đường xám (tương đương với vị trí tuyến bờ mi). Sử dụng chỉ 6-0 không tiêu. Tiếp theo khâu lớp kết mạc và sụn mi bằng chỉ tiêu với đầu chỉ nằm trong chiều dày vết thương. Khâu lớp cơ vòng mi và tổ chức dưới da bằng chỉ tiêu. Sau cùng đóng lớp da bằng chỉ 6-0.

Trường hợp vết thương mi đi vào tổ chức hốc mắt: Có thể cắt lọc tổ chức mỡ hốc mắt bẩn, bám dính dị vật. Khâu phục hồi vách ngăn hốc mắt bằng chỉ tiêu, sau đó các bước xử lý tiếp theo tương tự như với vết thương mi đi hết chiều dày.

Trường hợp có tổn thương xương hốc mắt có thể lấy bỏ các mảnh xương nhỏ, sau đó khâu vết thương mi.

Kết thúc phẫu thuật: tra dung dịch betadin 5% hoặc 10%, mỡ kháng sinh, băng mắt.

Cắt chỉ da mi sau 7- 10 ngày.

**VI. THEO DÕI**

Tình trạng mi: mi khép, hở hay biến dạng.

Tình trạng nhiễm khuẩn vết thương.

Tình trạng phục hồi giải phẫu mi tốt hay xấu.

Điều trị nội khoa:

Tại chỗ: tra kháng sinh tại chỗ + corticoid (Ví dụ: maxitrol 4l/ngày).

Toàn thân: kháng sinh uống toàn thân (Ví dụ: zinnat 0,25g x 2 viên /ngày, người lớn).

Giảm phù, chống viêm (Ví dụ: amitase 10mg, 4 viên /ngày).

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Chảy máu: do cầm máu không tốt, có thể băng ép; trường hợp chảy máu nhiều có thể mở lại vết phẫu thuật, cầm máu bằng đốt điện hoặc buộc chỉ nút mạch.

Nhiễm khuẩn hoặc áp xe mi: hay gặp trên vết thương bẩn, còn sót nhiều dị vật: cần điều trị kháng sinh mạnh phối hợp. Tại vết thương có thể chích áp xe tạo đường thoát mủ ra ngoài. Trường hợp rò mủ dai dẳng có thể do nguyên nhân còn sót dị vật: cần kiểm tra lại vết thương, tìm dị vật và làm sạch lại vết thương trước khi đóng mép khâu lại.

## **416. KHÂU DA MI**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Khâu vết thương mi là một phẫu thuật cấp cứu để phục hồi chức năng và giải phẫu của mi mắt. Vết thương mi xử lý sớm sẽ làm giảm nguy cơ nhiễm khuẩn và tạo điều kiện tốt cho quá trình làm sẹo vết thương.

**II. CHỈ ĐỊNH**

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

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

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

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

**2. Phương tiện**

- Hiển vi phẫu thuật và bộ dụng cụ vi phẫu.

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

**3. Người bệnh**

- Khám mắt toàn diện: theo mẫu chung.

- Người bệnh được tư vấn trước phẫu thuật.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định chung của Bộ Y tế.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ**

**2. Kiểm tra người bệnh**

**3. Thực hiện kỹ thuật**

**3.1. Vô cảm**

Gây tê tại chỗ hoặc gây mê

**3.2. Kỹ thuật**

Kiểm tra tổn thương, dùng kẹp phẫu tích gắp hết dị vật trong vết thương nếu có, cắt lọc các tổ chức hoại tử.

Các dị vật nhỏ, ở sâu có thể rửa sạch bằng nước muối sinh lý hoặc nước oxy già.

Kiểm kê, đánh giá mức độ tổn thương tại mi mắt.

Nguyên tắc khâu phục hồi vết thương mi:

Trường hợp đứt dây chằng mi trong phải khâu phục hồi trước tiên bằng chỉ 6-0 không tiêu.

Trường hợp vết thương mi không đi hết chiều dày mi: lần lượt khâu các lớp cơ vòng mi và tổ chức dưới da bằng chỉ tiêu 6-0 hoặc 7-0; khâu da mi bằng chỉ 6-0 không tiêu.

Trường hợp vết thương mi đi hết chiều dày và có rách bờ tự do mi: trước tiên khâu phục hồi giải phẫu bờ mi bằng 2 mũi chỉ không tiêu: 1 mũi đi qua hàng chân lông mi, 1 mũi đi qua đường xám (tương đương với vị trí tuyến bờ mi). Sử dụng chỉ 6-0 không tiêu. Tiếp theo khâu lớp kết mạc và sụn mi bằng chỉ tiêu với đầu chỉ nằm trong chiều dày vết thương. Khâu lớp cơ vòng mi và tổ chức dưới da bằng chỉ tiêu. Sau cùng đóng lớp da bằng chỉ 6-0.

Trường hợp vết thương mi đi vào tổ chức hốc mắt: Có thể cắt lọc tổ chức mỡ hốc mắt bẩn, bám dính dị vật. Khâu phục hồi vách ngăn hốc mắt bằng chỉ tiêu, sau đó các bước xử lý tiếp theo tương tự như với vết thương mi đi hết chiều dày.

Trường hợp có tổn thương xương hốc mắt có thể lấy bỏ các mảnh xương nhỏ, sau đó khâu vết thương mi.

Kết thúc phẫu thuật: tra dung dịch betadin 5% hoặc 10%, mỡ kháng sinh, băng mắt.

Cắt chỉ da mi sau 7- 10 ngày.

**VI. THEO DÕI**

Tình trạng mi: mi khép, hở hay biến dạng.

Tình trạng nhiễm khuẩn vết thương.

Tình trạng phục hồi giải phẫu mi tốt hay xấu.

Điều trị nội khoa:

Tại chỗ: tra kháng sinh tại chỗ + corticoid (Ví dụ: maxitrol 4l/ngày).

Toàn thân: kháng sinh uống toàn thân (Ví dụ: zinnat 0,25g x 2 viên /ngày, người lớn).

Giảm phù, chống viêm (Ví dụ: amitase 10mg, 4 viên /ngày).

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Chảy máu: do cầm máu không tốt, có thể băng ép; trường hợp chảy máu nhiều có thể mở lại vết phẫu thuật, cầm máu bằng đốt điện hoặc buộc chỉ nút mạch.

Nhiễm khuẩn hoặc áp xe mi: hay gặp trên vết thương bẩn, còn sót nhiều dị vật: cần điều trị kháng sinh mạnh phối hợp. Tại vết thương có thể chích áp xe tạo đường thoát mủ ra ngoài. Trường hợp rò mủ dai dẳng có thể do nguyên nhân còn sót dị vật: cần kiểm tra lại vết thương, tìm dị vật và làm sạch lại vết thương trước khi đóng mép khâu lại.

## **417. KHÂU PHỤC HỒI BỜ MI**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Khâu vết thương mi là một phẫu thuật cấp cứu để phục hồi chức năng và giải phẫu của mi mắt. Vết thương mi xử lý sớm sẽ làm giảm nguy cơ nhiễm khuẩn và tạo điều kiện tốt cho quá trình làm sẹo vết thương.

**II. CHỈ ĐỊNH**

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

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

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

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

**2. Phương tiện**

- Hiển vi phẫu thuật và bộ dụng cụ vi phẫu.

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

**3. Người bệnh**

- Khám mắt toàn diện: theo mẫu chung.

- Người bệnh được tư vấn trước phẫu thuật.

**4. Hồ sơ bệnh án**

Theo quy định chung của Bộ Y tế.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ**

**2. Kiểm tra người bệnh**

**3. Thực hiện kỹ thuật**

**3.1. Vô cảm**

Gây tê tại chỗ hoặc gây mê

**3.2. Kỹ thuật**

Kiểm tra tổn thương, dùng kẹp phẫu tích gắp hết dị vật trong vết thương nếu có, cắt lọc các tổ chức hoại tử.

Các dị vật nhỏ, ở sâu có thể rửa sạch bằng nước muối sinh lý hoặc nước oxy già.

Kiểm kê, đánh giá mức độ tổn thương tại mi mắt.

Trường hợp vết thương mi đi hết chiều dày và có rách bờ tự do mi: trước tiên khâu phục hồi giải phẫu bờ mi bằng 2 mũi chỉ không tiêu: 1 mũi đi qua hàng chân lông mi, 1 mũi đi qua đường xám (tương đương với vị trí tuyến bờ mi). Sử dụng chỉ 6-0 không tiêu. Tiếp theo khâu lớp kết mạc và sụn mi bằng chỉ tiêu với đầu chỉ nằm trong chiều dày vết thương. Khâu lớp cơ vòng mi và tổ chức dưới da bằng chỉ tiêu. Sau cùng đóng lớp da bằng chỉ 6-0.

Kết thúc phẫu thuật: tra dung dịch betadin 5% hoặc 10%, mỡ kháng sinh, băng mắt.

Cắt chỉ da mi sau 7- 10 ngày.

**VI. THEO DÕI**

Tình trạng mi: mi khép, hở hay biến dạng.

Tình trạng nhiễm khuẩn vết thương.

Tình trạng phục hồi giải phẫu mi tốt hay xấu.

Điều trị nội khoa:

Tại chỗ: tra kháng sinh tại chỗ + corticoid (Ví dụ: maxitrol 4l/ngày).

Toàn thân: kháng sinh uống toàn thân (Ví dụ: zinnat 0,25g x 2 viên /ngày, người lớn).

Giảm phù, chống viêm (Ví dụ: amitase 10mg, 4 viên /ngày).

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Chảy máu: do cầm máu không tốt, có thể băng ép; trường hợp chảy máu nhiều có thể mở lại vết phẫu thuật, cầm máu bằng đốt điện hoặc buộc chỉ nút mạch.

Nhiễm khuẩn hoặc áp xe mi: hay gặp trên vết thương bẩn, còn sót nhiều dị vật: cần điều trị kháng sinh mạnh phối hợp. Tại vết thương có thể chích áp xe tạo đường thoát mủ ra ngoài. Trường hợp rò mủ dai dẳng có thể do nguyên nhân còn sót dị vật: cần kiểm tra lại vết thương, tìm dị vật và làm sạch lại vết thương trước khi đóng mép khâu lại.

## **418. KHÂU CẮT LỌC VẾT THƯƠNG MI**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật xử lý cắt lọc và khâu trong các vết thương nhỏ vùng mi có thể đóng được trực tiếp

**ii. CHỈ ĐỊNH**

Vết thương nhỏ vùng mi có thể đóng được trực tiếp

**iii. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng, tâm thần

**iv. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Kíp phẫu thuật: Gồm 01 Phẫu thuật viên chuyên khoa phẫu thuật tạo hình; 02 phụ phẫu thuật.

Kíp dụng cụ và chạy ngoài: 01 điều dưỡng dụng cụ; 01 điều dưỡng chạy ngoài; 01 hộ lý

**2. Người bệnh**

Bệnh án ngoại khoa.

Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy, chụp phim CT ổ mắt hoặc MRI ổ mắt theo chỉ định.

Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật, ký hồ sơ bệnh án.

**3. Phương tiện**

Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình.

Kim chỉ.

**Thời gian phẫu thuật: 1h-2h**

**v. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:**

Nằm ngửa

**2. Vô cảm:**

Gây tê tại chỗ

**3. Kỹ thuật:**

Cắt lọc mép vết thương tiết kiệm, làm sạch vết thương,

Tách mép da với phần tổ chức phía dưới.

Khâu theo từng lớp mũi rời.

**vi. BIẾN CHỨNG, DI CHỨNG**

Do gây tê, gây mê, chảy máu, nhiễm trùng, hoại tử da ghép.

**Xử trí:**

Cắt lọc, làm sạch.

Kháng sinh

Bảo vệ mắt

Phẫu thuật lại nếu cần

## **419. KHÂU VÀ CẮT LỌC VẾT THƯƠNG VÙNG MŨI**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật xử lý cắt lọc và khâu trong các vết thương nhỏ vùng mũi có thể đóng được trực tiếp

**ii. CHỈ ĐỊNH**

Vết thương nhỏ vùng mũi có thể đóng được trực tiếp

**iii. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng, tâm thần

**iv. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Kíp phẫu thuật: Gồm 01 Phẫu thuật viên chuyên khoa phẫu thuật tạo hình; 02 phụ phẫu thuật.

Kíp dụng cụ và chạy ngoài: 01 điều dưỡng dụng cụ; 01 điều dưỡng chạy ngoài; 01 hộ lý

**2. Người bệnh**

Bệnh án ngoại khoa.

Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy, chụp phim CT ổ mắt hoặc MRI ổ mắt theo chỉ định.

Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật, ký hồ sơ bệnh án.

**3. Phương tiện**

Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình.

Kim chỉ.

**Thời gian phẫu thuật: 1h-2h**

**v. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:**

Nằm ngửa

**2. Vô cảm:**

Gây tê tại chỗ

**3. Kỹ thuật:**

Cắt lọc mép vết thương tiết kiệm, làm sạch vết thương,

Tách mép da với phần tổ chức phía dưới.

Khâu theo từng lớp mũi rời.

**vi. BIẾN CHỨNG, DI CHỨNG**

Do gây tê, gây mê, chảy máu, nhiễm trùng, hoại tử da ghép.

**Xử trí:**

Cắt lọc, làm sạch.

Kháng sinh

Bảo vệ mắt

Phẫu thuật lại nếu cần

## **420. CẮT U PHẦN MỀM VÙNG CỔ**

**i. ĐỊNH NGHĨA**

Cắt u phần mềm vùng cổ là cắt u tại vùng cổ.

**ii. CHỈ ĐỊNH**

U vùng cổ.

**iii. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Các tình trạng toàn thân tại chỗ không cho phép phẫu thuật, các bệnh toàn thân…

**iv. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sỹ chuyên khoa Phẫu thuật Tạo hình: 03

Bác sỹ gây mê: 01

Điều dưỡng phụ mê: 01

Điều dưỡng dụng cụ: 01

Điều dưỡng chạy ngoài: 01

Bác sỹ hồi tỉnh: 01

Điều dưỡng hồi tỉnh: 01

Nhân viên vệ sinh: 01

**2. Người bệnh**

Làm bệnh án đầy đủ theo quy định

Làm đầy đủ các xét nghiệm cơ bản, xét nghiệm chuyên sâu, Xquang phổi, siêu âm bụng, Xquang mặt, Xquang vùng tổn thương, phim CT scanner, MRI, phim chụp mạch…

Khám và hội chẩn liên chuyên khoa để phổi hợp điều trị trước, trong và sau mổ nếu cần: Tăng đường huyết, rối loạn đông máu, cao huyết áp…

Chuẩn bị trước mổ theo quy trình Ngoại khoa chung: Kháng sinh, nhịn ăn vệ sinh thân thể, cạo lông, tóc…

Phẫu thuật viên gặp gỡ người bệnh và gia đình để giải thích trước mổ về tình trạng bệnh tật, kế hoạch điều trị, khả năng phẫu thuật, tỷ lệ thành công, những khó khăn, thuận lợi, tai biến, di chứng có thể gặp trong quá trình điều trị; đồng thời lắng nghe và giải đáp những thắc mắc của người bệnh và gia đình về những vấn đề liên quan đến chuyên môn (trong phạm vi cho phép).

Sau khi nghe bác sỹ giải thích và giải đáp các thắc mắc, người bệnh và gia đình phải ký cam đoan mổ vào hồ sơ, đã hiểu và chấp nhận những nguy cơ, rủi ro có thể xảy ra trước, trong và sau mổ.

**3. Phương tiện**

Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình, bộ dụng cụ phẫu thuật mạch máu

Bộ dụng cụ phẫu thuật hàm mặt

Gạc mỡ, băng chun

Kính lúp

**4. Thời gian phẫu thuật:**

4 - 6 giờ

**v. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:**

Người bệnh nằm ngửa, đầu thẳng hoặc nghiêng bên đối diện

**2. Vô cảm:**

Gây tê tại chỗ hoặc gây mê nội khí quản

**3. Các bước tiến hành**

Sát trùng trải toan

Thiết kế đường rạch da (ngắn nhất, kín đáo, theo nếp gấp tự nhiên)

Gây tê tại chỗ đường rạch (Lidocain và Adrenalin 1/100000)

Rạch da theo đường thiết kế

Phẫu tích các lớp đến u, tránh tổn thương các thành phần quan trọng (mạch máu, thần kinh, ống tuyến nước bọt…)

Cắt một phần hoặc toàn bộ u nếu có thể

Sinh thiết tức thì nếu nghi ngờ ác tính

Bơm rửa, cầm máu kỹ

Đặt dẫn lưu vết mổ

Khâu vết mổ theo các lớp giải phẫu

Băng ép

Gửi giải phẫu bệnh khối u

**vi. BIẾN CHỨNG, DI CHỨNG**

**1. Theo dõi:**

Dẫn lưu rút sau 48 giờ nếu ra ít

**2. Biến chứng và chăm sóc**

Các dấu hiệu sinh tồn: Mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở

Chảy máu vết mổ: Băng ép chặt hoặc mổ lại cầm máu

Nhiễm trùng vết mổ: Kháng sinh và thay băng tại chỗ

Tổn thương mạch máu, thần kinh

Các tai biến liên quan đến bệnh phối hợp: tăng đường huyết, tăng huyết áp….

## **421. CẮT U DA LÀNH TÍNH VÙNG HÀM MẶT**

**i. ĐỊNH NGHĨA**

Cắt u da lành tính vùng hàm mặt là cắt u tại vùng hàm mắt

**ii. CHỈ ĐỊNH**

U lành tính vùng hàm mặt.

**iii. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Các tình trạng toàn thân tại chỗ không cho phép phẫu thuật, các bệnh toàn thân…

**iv. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Bác sỹ chuyên khoa Phẫu thuật Tạo hình: 03

Bác sỹ gây mê: 01

Điều dưỡng phụ mê: 01

Điều dưỡng dụng cụ: 01

Điều dưỡng chạy ngoài: 01

Bác sỹ hồi tỉnh: 01

Điều dưỡng hồi tỉnh: 01

Nhân viên vệ sinh: 01

**2. Người bệnh**

Làm bệnh án đầy đủ theo quy định

Làm đầy đủ các xét nghiệm cơ bản, xét nghiệm chuyên sâu, Xquang phổi, siêu âm bụng, Xquang mặt, Xquang vùng tổn thương, phim CT scanner, MRI, phim chụp mạch…

Khám và hội chẩn liên chuyên khoa để phổi hợp điều trị trước, trong và sau mổ nếu cần: Tăng đường huyết, rối loạn đông máu, cao huyết áp…

Chuẩn bị trước mổ theo quy trình Ngoại khoa chung: Kháng sinh, nhịn ăn vệ sinh thân thể, cạo lông, tóc…

Phẫu thuật viên gặp gỡ người bệnh và gia đình để giải thích trước mổ về tình trạng bệnh tật, kế hoạch điều trị, khả năng phẫu thuật, tỷ lệ thành công, những khó khăn, thuận lợi, tai biến, di chứng có thể gặp trong quá trình điều trị; đồng thời lắng nghe và giải đáp những thắc mắc của người bệnh và gia đình về những vấn đề liên quan đến chuyên môn (trong phạm vi cho phép).

Sau khi nghe bác sỹ giải thích và giải đáp các thắc mắc, người bệnh và gia đình phải ký cam đoan mổ vào hồ sơ, đã hiểu và chấp nhận những nguy cơ, rủi ro có thể xảy ra trước, trong và sau mổ.

**3. Phương tiện**

Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình, bộ dụng cụ phẫu thuật mạch máu

Bộ dụng cụ phẫu thuật hàm mặt

Gạc mỡ, băng chun

Kính lúp

**4. Thời gian phẫu thuật:**

4 - 6 giờ

**v. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:**

Người bệnh nằm ngửa, đầu thẳng hoặc nghiêng bên đối diện

**2. Vô cảm:**

Gây tê tại chỗ hoặc gây mê nội khí quản

**3. Các bước tiến hành**

Sát trùng trải toan

Thiết kế đường rạch da (ngắn nhất, kín đáo, theo nếp gấp tự nhiên)

Gây tê tại chỗ đường rạch (Lidocain và Adrenalin 1/100000)

Rạch da theo đường thiết kế

Phẫu tích các lớp đến u, tránh tổn thương các thành phần quan trọng (mạch máu, thần kinh, ống tuyến nước bọt…)

Cắt một phần hoặc toàn bộ u nếu có thể

Sinh thiết tức thì nếu nghi ngờ ác tính

Bơm rửa, cầm máu kỹ

Đặt dẫn lưu vết mổ

Khâu vết mổ theo các lớp giải phẫu

Băng ép

Gửi giải phẫu bệnh khối u

**vi. BIẾN CHỨNG, DI CHỨNG**

**1. Theo dõi:**

Dẫn lưu rút sau 48 giờ nếu ra ít

**2. Biến chứng và chăm sóc**

Các dấu hiệu sinh tồn: Mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở

Chảy máu vết mổ: Băng ép chặt hoặc mổ lại cầm máu

Nhiễm trùng vết mổ: Kháng sinh và thay băng tại chỗ

Tổn thương mạch máu, thần kinh

Các tai biến liên quan đến bệnh phối hợp: tăng đường huyết, tăng huyết áp….

## **422. PHẪU THUẬT VẾT THƯƠNG KHỚP BÀN NGÓN**

**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

\_ Tổn thương đơn thuần : rách da , lóc da ,

**II. CHỈ ĐỊNH**

Người bệnh bị vết thương bàn tay

**III. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**: Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình và hai người phụ

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

**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 theo quy định bộ Y tế**

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Kiểm tra hồ sơ**

**2. Kiểm tra người bệnh**

**3. Thực hiện kỹ thuật**

Vô cảm: Người bệnh bằng gây tê đám rối

Kỹ thuật

- Sát khuẩn vùng mổ bằng Betadine hoặc cồn 70°

- Đặt Garo

- Cắt lọc vết thương: đánh giá các vạt 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 đơn thuần

- Bất động bột

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Theo dõi mạch,, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở, tri giác, da, niêm mạc, mầu 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

- 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

## **423. PHẪU THUẬT GÃY ĐỐT BÀN NGÓN TAY KẾT HỢP XƯƠNG VỚI KIRSCHNER HOẶC NẸP VÍT**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

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

Phẫu thuật KHX chỏm đốt bàn và ngón tay bằng nẹp vít mini hoặc kim Kirschner

Biến chứng hàng đầu có thể gặp: Hạn chế vận động khớp bàn ngón, liên đốt ngón

**II. CHỈ ĐỊNH**

Gãy đốt bàn, ngón tay di lệch

Gãy phức tạp, có đường gãy nội khớp, trật khớp

Gãy nhiều đốt, nhiều ngón tay

Điều trị bảo tồn thất bại

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Đang có tình trạng nhiễm khuẩn

Toàn trạng nặng vì đa chấn thương

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

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

**2. Người bệnh**

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

**3. Phương tiện**

Bộ dụng cụ KHX bàn ngón tay

Bộ nẹp vít mini

Bộ kim Kirschner/ Kwire

**4. Hồ sơ bệnh án**

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

**Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút**

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế người bệnh**

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

**2. Vô cảm**

Gây tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc gây mê

**3. Kỹ thuật**

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

Phẫu tích tách qua gân duỗi

Bộc lộ xương đốt bàn và ngón tay.

Bộc lộ ổ gãy, làm sạch diện gãy

Đặt lại xương, đặt nẹp vít và bắt vít mini (ít nhất trên và dưới ổ gãy 2 vít)

Đối với đóng đinh nội tuỷ: bộc lộ 2 lồi cầu hoặc từ nền đốt hoặc xuyên kim qua da

Kiểm tra ổ gãy, cầm máu, bơm rửa kỹ

Khâu phục hồi các lớp theo giải phẫu

Băng vô khuẩn

Nẹp bột tư thế nghỉ và treo tay 2 tuần

**Chú ý:**

Sau kết hợp xương cần kiểm tra vận động của khớp bàn ngón, liên đốt ngón

Có thể bắt vít tự do hoặc dùng kim cố định với đốt bên cạnh trong trường hợp gãy rất phức tạp

**V. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Tụ máu, phù nề sau mổ

Nhiễm trùng sau mổ

Phục hồi chức năng sau mổ tránh cứng khớp, hạn chế vận động ngón

## **424. CẮT ĐÁY Ổ LOÉT VẾT THƯƠNG MÃN TÍNH**

## **425. NỐI GÂN GẤP**

**I. ĐỊNH NGHĨA**

Phẫu thuật nối gân gấp là phẫu thuật nối lại gân gấp nhằm phục hồi lại chức năng của bàn tay.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Đứt gân gấp

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Bệnh toàn thân tại chỗ không cho phép phẫu thuật

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Kíp phẫu thuật: 1 PTV phẫu thuật tạo hình hoặc phẫu thuật bàn tay, 2 phụ phẫu thuật

- Kíp gây mê: 1 bác sĩ gây mê, 1 phụ mê

- Kíp dụng cụ và chạy ngoài: 1 điều dưỡng dụng cụ, 1 điều dưỡng chạy ngoài

**2. Người bệnh**

- Làm các xét nghiệm máu, chụp Xquang bàn tay

- Giải thích kĩ cho người bệnh và người nhà người bệnh về những nguy cơ rủi ro có thể xảy ra trước, trong và sau quá trình điều trị.

- Kí hồ sơ bệnh

**3. Phương tiện**

- Thuốc tê, mê, chỉ, băng gạc, clip mạch máu

- Bộ nẹp vis hoặc đinh cố định xương

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình, phẫu thuật bàn tay, dụng cụ vi phẫu

- Kính lúp

- Khoan xương, chỉ thép (để luồn gân qua các ròng rọc)

**4. Thời gian phẫu thuật** 2-3 giờ

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm:** Tê đám rối cánh tay

**2. Tư thế:** Người bệnh nằm ngửa, tay đặt trên bàn phẫu thuật

**3. Cách thức mổ:**

- Rạch da mở rộng vết thương theo các nếp tấp tự nhiên của bàn tay

- Bộc lộ tổn thương, cầm máu

- Phẫu tích tìm 2 đầu gân bị đứt, găm kim giữ cố định các đầu gân

- Nếu có kết hợp gãy xương hoặc tổn thương khớp tiến hành KHX, xử lý vết thương khớp

- Nối gân gấp theo các phương pháp Kessler, Tajima... bằng chỉ Prolen 4/0, 5.0

- Khâu bao gân

- Đóng da

- Nẹp bột

**VI. BIẾN CHỨNG DI CHỨNG**

- Do gây mê hồi sức

- Đứt gân lại, hoại tử gân

- Hoại tử ngón tay

- Biến dạng ngón tay

- Nhiễm trùng

## **426. NỐI GÂN DUỖI**

**I. ĐỊNH NGHĨA**

Phẫu thuật nối gân duỗi là phẫu thuật nối lại gân duỗi nhằm phục hồi lại chức năng của bàn tay.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Đứt gân duỗi

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Bệnh toàn thân tại chỗ không cho phép phẫu thuật

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Kíp phẫu thuật: 1 PTV phẫu thuật tạo hình hoặc phẫu thuật bàn tay, 2 phụ phẫu thuật

- Kíp gây mê: 1 bác sĩ gây mê, 1 phụ mê

- Kíp dụng cụ và chạy ngoài: 1 điều dưỡng dụng cụ, 1 điều dưỡng chạy ngoài

**2. Người bệnh:**

- Làm các xét nghiệm máu, chụp Xquang bàn tay

- Giải thích kĩ cho người bệnh và người nhà người bệnh về những nguy cơ rủi ro có thể xảy ra trước, trong và sau quá trình điều trị.

- Kí hồ sơ bệnh

**3. Phương tiện:**

- Thuốc tê, mê, chỉ, băng gạc, clip mạch máu, silk 3.0 hay 4.0

- Bộ nẹp vis hoặc đinh cố định xương

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình, phẫu thuật bàn tay, dụng cụ vi phẫu

- Kính lúp

- Khoan xương

**4. Thời gian phẫu thuật** 2- 3 giờ

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm:** Tê đám rối cánh tay

**2. Tư thế:** Người bệnh nằm ngửa, tay đặt trên bàn phẫu thuật

**3. Cách thức mổ:**

- Rạch da mở rộng vết thương

- Bộc lộ tổn thương, cầm máu

- Phẫu tích tìm 2 đầu gân bị đứt

- Nếu có kết hợp gãy xương hoặc tổn thương khớp tiến hành kết hợp xương, xử lý vết thương khớp

- Nối gân duỗi có đường kính lớn kiểu wessler hay Tajima bằng prolene 4.0, 5.0 nối gân duỗi mặt lưng bàn tay hay lưng ngón bằng các mũi chữ X bằng prolene 5.0

- Đóng da

- Nẹp bột

**VI. BIẾN CHỨNG, DI CHỨNG**

- Do gây mê hồi sức

- Đứt gân lại, hoại tử gân

- Hoại tử ngón tay

- Biến dạng ngón tay

- Nhiễm trùng

## **427. RÚT NẸP VÍT VÀ CÁC DỤNG CỤ KHÁC SAU PHẪU THUẬT**

**I. ĐỊNH NGHĨA**

Tháo nẹp vít (phương tiện KHX) sau phẫu thuật điều trị gãy xương

**II. CHỈ ĐỊNH**

Trẻ em < 18 tuổi

Người lớn có biểu hiện bất thường tại vị trí đặt nẹp hoặc toàn thân.

Tháo nẹp theo yêu cầu.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Chống chỉ định (tương đối): BL toàn thân: tim, não, tâm thần, chuyển hóa.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

Kíp phẫu thuật: 1 PTV phẫu thuật tạo hình hoặc phẫu thuật chấn thương chỉnh hình, 2 phụ phẫu thuật

Kíp gây mê: 1 bác sĩ gây mê, 1 phụ mê

Kíp dụng cụ và chạy ngoài: 1 điều dưỡng dụng cụ, 1 điều dưỡng chạy ngoài

**2. Người bệnh:**

Làm các xét nghiệm máu, chụp Xquang bàn tay

Giải thích kĩ cho người bệnh và người nhà người bệnh về những nguy cơ rủi ro có thể xảy ra trước, trong và sau quá trình điều trị.

Kí hồ sơ bệnh

**3. Phương tiện:**

Thuốc tê, mê, chỉ, băng gạc, clip mạch máu

Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình, phẫu thuật bàn tay, dụng cụ kết hợp xương

Kính lúp

**4. Thời gian phẫu thuật 2 giờ**

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm:**

Mê Nội khí quản, mask thanh quản: trẻ em không hợp tác

Tê tủy sống, tê tại chỗ: người lớn

**2. Tư thế :**

Người bệnh nằm ngửa

**C3. ách thức mổ:**

Rạch da theo đường mổ cũ

Bộc lộ phần nẹp vis cố định xương hoặc đầu đinh

Tháo vis và nẹp cố định hoặc rút đinh

Cầm máu kĩ

Băng

**VI. BIẾN CHỨNG DI CHỨNG**

Gây mê, hồi sức

Chảy máu, nhiễm trùng

## **428. PHẪU THUẬT TÁCH DÍNH 2 NGÓN TAY**

**I. ĐỊNH NGHĨA**

Phẫu thuật tách dính ngón

**II. CHỈ ĐỊNH**

Dính ngón tay bẩm sinh hoặc sẹo dính ngón

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Bệnh lí toàn thân

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

Kíp phẫu thuật: 1 Phẫu thuật viên ( PTV) phẫu thuật tạo hình hoặc phẫu thuật bàn tay, 2 phụ phẫu thuật

Kíp gây mê: 1 bác sĩ gây mê, 1 phụ mê

Kíp dụng cụ và chạy ngoài: 1 điều dưỡng dụng cụ, 1 điều dưỡng chạy ngoài

**2. Người bệnh**

Làm các xét nghiệm máu, chụp Xquang bàn tay

Giải thích kĩ cho người bệnh và người nhà người bệnh về những nguy cơ rủi ro có thể xảy ra trước, trong và sau quá trình điều trị.

Kí hồ sơ bệnh

**3. Phương tiện**

Thuốc tê, mê, chỉ, băng gạc, clip mạch máu, gạc vaseline hay xeroform

Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình, phẫu thuật bàn tay, dụng cụ vi phẫu

Kính lúp, marking-pen, garrot hơi

**Thời gian phẫu thuật: 2- 3 giờ**

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Vô cảm:**

Mê NKQ

**2. Tư thế :**

Người bệnh nằm ngửa, tay đặt trên bàn phẫu thuật

**3. Cách thức mổ:**

Thiết kế đường rạch da giữ hai kẽ ngón theo đường zig zag xen kẽ + vạt da mặt lưng để tạo kẽ

Rạch da theo đường vẽ

Phẫu tích tách rời tổ chức phần mềm của hai ngón tay

Cầm máu kĩ

Khâu da theo hình chữ Z đan xen

Với phần thiếu không đóng được da trực tiếp thì ghép da dày

Da thường lấy ở bẹn, có đục lỗ thoát dịch

Đặt da ghép

Cố định da ghép

Băng

**VI. BIẾN CHỨNG DI CHỨNG**

Gây mê, hồi sức

Nhiễm trùng lan tỏa

Hoại tử ngón tay

Hoại tử da ghép

## **429. PHẪU THUẬT CẮT NGÓN TAY THỪA**

**I. ĐỊNH NGHĨA**

Phẫu thuật tạo hình điều trị tật thừa ngón tay do dị tật bẩm sinh.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Thừa ngón trong dị tật bẩm sinh

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Bệnh toàn thân

**IV. CHUẨN BỊ**

**Người thực hiện**

- Kíp phẫu thuật: phẫu thuật chấn thương chỉnh hình bàn tay, 2 phụ phẫu thuật

- Kíp gây mê: 1 bác sĩ gây mê, 1 phụ mê

- Kíp dụng cụ và chạy ngoài: 1 điều dưỡng dụng cụ, 1 điều dưỡng chạy ngoài

**Phương tiện**

- Thuốc tê, mê, chỉ, băng gạc, clip mạch máu

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình, phẫu thuật bàn tay, dụng cụ vi phẫu

- Kính lúp

**Người bệnh**

- Làm các xét nghiệm máu, chụp Xquang ban tay

- Giải thích kĩ cho người bệnh và người nhà người bệnh về những nguy cơ rủi ro có thể xảy ra trước, trong và sau quá trình điều trị.

- Kí hồ sơ bệnh án

**Hồ sơ bệnh án** : Theo quy định bộ Y tế

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

Kiểm tra hồ sơ

**Kiểm tra người bệnh**

**Thực hiện kỹ thuật**

Vô cảm: Mê NKQ với trẻ em < 15 tuổi, tê tại chỗ hoặc đám rối cánh tay.

Tư thế: Người bệnh nằm ngửa

Cách thức mổ:

- Thiết kế đường rạch da, sử dụng 1 phần da của ngón tay thừa để bù phần da còn thiếu sau khi cắt ngón tay

- Rạch da theo thiết kế

- Bóc tách tổ chức phần mềm, bộc lộ gốc ngón tay thừa

- Tách riêng phần gân của ngón thừa nếu có

- Cắt bỏ ngón thừa, chuyển gân tạo hình cho ngón chính

- Đóng vết mổ

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Biến chứng do gây mê, tê.

- Chảy máu nhiễm trùng sẹo xấu

## **430. PHẪU THUẬT CẮT BỎ NGÓN TAY CÁI THỪA**

**I. ĐỊNH NGHĨA**

Phẫu thuật tạo hình điều trị tật thừa ngón tay cái do dị tật bẩm sinh.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Thừa ngón cái trong dị tật bẩm sinh

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Bệnh toàn thân

**IV. CHUẨN BỊ**

**Người thực hiện**

- Kíp phẫu thuật: phẫu thuật chấn thương chỉnh hình bàn tay, 2 phụ phẫu thuật

- Kíp gây mê: 1 bác sĩ gây mê, 1 phụ mê

- Kíp dụng cụ và chạy ngoài: 1 điều dưỡng dụng cụ, 1 điều dưỡng chạy ngoài

**Phương tiện**

- Thuốc tê, mê, chỉ, băng gạc, clip mạch máu

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình, phẫu thuật bàn tay, dụng cụ vi phẫu

- Kính lúp

**Người bệnh**

- Làm các xét nghiệm máu, chụp Xquang ban tay

- Giải thích kĩ cho người bệnh và người nhà người bệnh về những nguy cơ rủi ro có thể xảy ra trước, trong và sau quá trình điều trị.

- Kí hồ sơ bệnh án

**Hồ sơ bệnh án** : Theo quy định bộ Y tế

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

Kiểm tra hồ sơ

**Kiểm tra người bệnh**

**Thực hiện kỹ thuật**

Vô cảm: Mê NKQ với trẻ em < 15 tuổi, tê tại chỗ hoặc đám rối cánh tay.

Tư thế: Người bệnh nằm ngửa

Cách thức mổ:

- Thiết kế đường rạch da, sử dụng 1 phần da của ngón tay thừa để bù phần da còn thiếu sau khi cắt ngón tay

- Rạch da theo thiết kế

- Bóc tách tổ chức phần mềm, bộc lộ gốc ngón tay thừa

- Tách riêng phần gân của ngón thừa nếu có

- Cắt bỏ ngón thừa, chuyển gân tạo hình cho ngón chính

- Đóng vết mổ

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Biến chứng do gây mê, tê.

- Chảy máu nhiễm trùng sẹo xấu

## **431. CẮT CÁC KHỐI U DA LÀNH TÍNH DƯỚI 5CM**

**i. ĐẠI CƯƠNG**

Là phẫu thuật nhằm lấy bỏ các u da lành tính dưới 5 cm...

**ii. CHỈ ĐỊNH**

Các khối u lành tính của da

**iii. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Điều kiện toàn thân không cho phép phẫu thuật

**iv. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

Bác sĩ chuyên khoa phẫu thuật tạo hình

**2. Người bệnh**

Bệnh án ngoại khoa.

Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy

Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật, ký hồ sơ bệnh án.

**3. Phương tiện**

Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình.

**Thời gian phẫu thuật: 30p-1h**

**v. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:**

Nằm ngửa/sấp tùy thuộc vị trí khối u

**2. Vô cảm:**

Tê tại chỗ

**3. Kỹ thuật**

Rạch da quanh u, cắt bỏ toàn bộ khối u

Khâu đóng trực tiếp, ghép da hoặc xoay vạt tại chỗ

**vi. THEO DÕI CÁC TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG VÀ NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ**

Tai biến của gây tê, máu tụ, nhiễm trùng, sốt, s o lồi

Xử trí theo từng nguyên nhân

## **432. CẮT KHỐI U DA LÀNH TÍNH TRÊN 5CM**

**i. ĐẠI CƯƠNG**

Là phẫu thuật nhằm lấy bỏ các u da lành tính trên 5 cm

**ii. CHỈ ĐỊNH**

Các khối u lành tính của da

**iii. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Điều kiện toàn thân không cho phép phẫu thuật

**iv. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện:**

Bác sĩ chuyên khoa phẫu thuật tạo hình

**2. Người bệnh**

Bệnh án ngoại khoa.

Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy

Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật, ký hồ sơ bệnh án.

**3. Phương tiện**

Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình.

**Thời gian phẫu thuật: 30p-1h**

**v. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế:**

Nằm ngửa/sấp tùy thuộc vị trí khối u

**2. Vô cảm:**

Tê tại chỗ

**3. Kỹ thuật**

Rạch da quanh u, cắt bỏ toàn bộ khối u

Khâu đóng trực tiếp, ghép da hoặc xoay vạt tại chỗ

**vi. THEO DÕI CÁC TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG VÀ NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ**

Tai biến của gây tê, máu tụ, nhiễm trùng, sốt, s o lồi

Xử trí theo từng nguyên nhân

## **433. PHẪU THUẬT CẮT NGÓN CHÂN THỪA**

**I. ĐỊNH NGHĨA**

Phẫu thuật tạo hình điều trị tật thừa ngón chân do dị tật bẩm sinh.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Thừa ngón trong dị tật bẩm sinh

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Bệnh toàn thân

**IV. CHUẨN BỊ**

**Người thực hiện**

- Kíp phẫu thuật: phẫu thuật chấn thương chỉnh hình bàn chân, 2 phụ phẫu thuật

- Kíp gây mê: 1 bác sĩ gây mê, 1 phụ mê

- Kíp dụng cụ và chạy ngoài: 1 điều dưỡng dụng cụ, 1 điều dưỡng chạy ngoài

**Phương tiện**

- Thuốc tê, mê, chỉ, băng gạc, clip mạch máu

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình, phẫu thuật bàn tay, dụng cụ vi phẫu

- Kính lúp

**Người bệnh**

- Làm các xét nghiệm máu, chụp Xquang bàn chân

- Giải thích kĩ cho người bệnh và người nhà người bệnh về những nguy cơ rủi ro có thể xảy ra trước, trong và sau quá trình điều trị.

- Kí hồ sơ bệnh án

**Hồ sơ bệnh án** : Theo quy định bộ Y tế

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

Kiểm tra hồ sơ

**Kiểm tra người bệnh**

**Thực hiện kỹ thuật**

Vô cảm: Mê NKQ .

Tư thế: Người bệnh nằm ngửa

Cách thức mổ:

- Thiết kế đường rạch da, sử dụng 1 phần da của ngón chân thừa để bù phần da còn thiếu sau khi cắt ngón chân

- Rạch da theo thiết kế

- Bóc tách tổ chức phần mềm, bộc lộ gốc ngón chân thừa

- Tách riêng phần gân của ngón thừa nếu có

- Cắt bỏ ngón thừa, chuyển gân tạo hình cho ngón chính

- Đóng vết mổ

**VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

- Biến chứng do gây mê, tê.

- Chảy máu nhiễm trùng sẹo xấu