Số: 454/QĐ-TTYT
Thời gian ký: 2026-08-12T15:57:18+07:00

QUY TRÌNH KỸ THUẬT
TRUNG TÂM Y TẾ KRÔNG PA

(Ban hành theo Quyết định số: /QĐ- TTYT, ngày 12 tháng 8 năm 2026)

PHÒNG KẾ HOẠCH-NGHIỆP VỤ, ĐIỀU DƯỠNG & TRUYỀN THÔNG GDSK	Hội đồng Khoa học- Kỹ thuật	Người phê duyệt
Phó Trưởng phòng	Chủ tịch Hội đồng	GIÁM ĐỐC
Bs Chu Đức Dực	Bs Nguyễn Minh Hiền	Bs Trương Thanh Liêm

1. Các cá nhân có liên quan phải nghiên cứu và thực hiện đúng các nội dung của Quy trình này.

2. Nội dung trong Quy trình này có hiệu lực thi hành kể từ ngày ký Quyết định.

NƠI NHẬN:

1. Ban giám đốc;
2. Phòng Kế hoạch - Nghiệp vụ, Điều dưỡng, Truyền thông và GDSK;
3. Khoa Khám bệnh, Cấp cứu - Hồi sức tích cực và Chống độc;
4. Khoa Nội, Nhi, Truyền nhiễm;
5. Khoa Ngoại, Phẫu thuật - Gây mê hồi sức, Chăm sóc sức khỏe sinh sản và Phụ sản, Răng hàm mặt - Mắt - Tai mũi họng.

I. QUY TRÌNH TRONG CẤP CỨU- HỒI SỨC. (Trang 8)

1	Quy trình kỹ thuật chọc hút dịch màng phổi cấp cứu
2	Quy trình kỹ thuật dẫn lưu màng phổi
3	Quy trình kỹ thuật đặt nội khí quản
4	Quy trình kỹ thuật thở ôxy qua gọng kính
5	Quy trình kỹ thuật rút ống nội khí quản
6	Quy trình kỹ thuật ép tim ngoài lồng ngực
7	Quy trình kỹ thuật đặt catheter ngoại vi
8	Quy trình kỹ thuật siêu âm tim cấp cứu tại giường ở người bệnh hồi sức
9	Quy trình kỹ thuật ghi điện tim tại giường
10	Quy trình kỹ thuật cấp cứu ngừng tuần hoàn cơ bản
11	Quy trình kỹ thuật sốc điện ngoài lồng ngực
12	Quy trình kỹ thuật đặt catheter trên khớp vệ tại khoa hồi sức cấp cứu
13	Quy trình kỹ thuật đặt ống thông bàng quang dẫn lưu nước tiểu
14	Quy trình kỹ thuật đặt ống thông dạ dày
15	Quy trình kỹ thuật siêu âm ổ bụng cấp cứu
16	Quy trình kỹ thuật chọc dịch tháo ổ bụng dưới hướng dẫn siêu âm trong khoa hồi sức cấp cứu
17	Quy trình kỹ thuật rửa dạ dày loại bỏ chất độc qua hệ thống kín
18	Quy trình kỹ thuật sử dụng than hoạt đa liều trong cấp cứu ngộ độc qua đường tiêu hóa
19	Quy trình kỹ thuật điều trị thải độc bằng phương pháp tăng cường bài niệu (bài niệu tích cực)
20	Quy trình kỹ thuật giải độc ngộ độc rượu ethanol
21	Quy trình kỹ thuật xét nghiệm sàng lọc và định tính 5 loại ma túy
22	Quy trình kỹ thuật sử dụng huyết thanh kháng nọc rắn
23	Quy trình kỹ thuật băng ép bất động sơ cứu rắn độc cắn
24	Quy trình kỹ thuật cầm máu vết thương chảy máu
25	Quy trình kỹ thuật Cố định tạm thời người bệnh gãy xương
26	Quy trình kỹ thuật vận chuyển Người bệnh cấp cứu
27	Quy trình kỹ thuật thử đường máu mao mạch
28	Quy trình kỹ thuật thay băng vết mổ ở Người bệnh hồi sức cấp cứu và chống độc
29	Quy trình kỹ thuật truyền thuốc bằng bơm tiêm điện
30	Quy trình kỹ thuật truyền dịch bằng máy truyền dịch
31	Quy trình vận chuyển Người bệnh đi làm các thủ thuật can thiệp và chụp chiếu ở Người bệnh hồi sức
32	Quy trình kỹ thuật Chọc hút nước tiểu trên xương mu
33	Quy trình Đặt sonde bàng quang
34	Quy trình Rửa dạ dày cấp cứu
35	Quy trình Cắt ruột thừa mổ mở lau rửa ổ bụng, điều trị viêm phúc mạc ruột thừa
36	Quy trình Khâu phục hồi thành bụng do toác vết mổ
37	Quy trình Khâu vết thương thành bụng

II. QUY TRÌNH TRONG NGOẠI KHOA. (Trang 90)

1.	Tai biến của bó bột và cách đề phòng và xử trí tai biến
2.	Bột cẳng bàn tay
3.	Bột cánh cẳng bàn tay
4.	Bột ngực vai cánh tay
5.	Bột Desault

6.	Bột cẳng bàn chân
7.	Bột đùi cẳng bàn chân
8.	Bột ống
9.	Nẹp bột và máng bột
10.	Điều trị bảo tồn trật khớp vai
11.	Điều trị bảo tồn trật khớp háng
12.	Điều trị bảo tồn trật khớp khuỷu
13.	Điều trị bảo tồn gẫy xương đòn
14.	Điều trị bảo tồn gẫy xương bả vai
15.	Điều trị bảo tồn đầu trên xương cánh tay
16.	Điều trị bảo tồn gẫy thân xương cánh tay
17.	Điều trị bảo tồn gẫy trên lồi cầu xương cánh tay ở trẻ em
18.	Điều trị bảo tồn gẫy mỏm khuỷu
19.	Điều trị bảo tồn gẫy thân hai xương cẳng tay
20.	Điều trị bảo tồn gẫy Monteggia
21.	Điều trị bảo tồn gẫy đầu dưới xương quay
22.	Điều trị bảo tồn gẫy cổ xương đùi
23.	Điều trị bảo tồn gẫy liên mấu chuyển xương đùi
24.	Điều trị bảo tồn gẫy thân xương đùi
25.	Điều trị bảo tồn gẫy mâm chày
26.	Điều trị bảo tồn vỡ xương bánh chè
27.	Điều trị bảo tồn trật khớp gối
28.	Điều trị bảo tồn gãy cẳng chân
29.	Điều trị bảo tồn gẫy xương gót
30.	Kỹ thuật Cắt lọc - khâu vết thương da đầu mang tóc
31.	Phẫu thuật cắt bỏ u da lành tính vùng da đầu từ 2cm trở lên
32.	Phẫu thuật Ghép da dầy toàn bộ, diện tích dưới 10cm^2
33.	Phẫu thuật Cắt u mỡ hệ thống lan tỏa vùng hàm mặt
34.	Phẫu thuật Cắt bỏ khối u da lành tính dưới 5cm
35.	Phẫu thuật Cắt bỏ khối u da lành tính trên 5cm
36.	Phẫu thuật Nối gân gấp
37.	Phẫu thuật Nối gân duỗi
38.	Phẫu thuật Rút nẹp vít và các dụng cụ khác sau phẫu thuật
39.	Phẫu thuật cắt bỏ u da mặt lành tính
40.	Phẫu thuật Cắt u phần mềm vùng cổ
41.	Phẫu thuật tổn thương dây chằng đốt bàn và ngón tay
42.	Phẫu thuật thương tích phần mềm các cơ quan vận động
43.	Phẫu thuật vết thương bàn tay
44.	Phẫu thuật vết thương bàn tay tổn thương gân duỗi
45.	Phẫu thuật vết thương phần mềm tổn thương gân gấp
46.	Phẫu thuật KHX gãy xương đốt bàn ngón tay
47.	Phẫu thuật điều trị hội chứng ống cổ tay
48.	Khâu tổn thương gân gấp vùng I, III, IV, V
49.	Khâu tổn thương gân gấp bàn tay ở vùng II
50.	Phẫu thuật làm mỏm cụt ngón và đốt bàn ngón
51.	Phẫu thuật kết hợp xương gãy xương đốt bàn và đốt ngón chân
52.	Phẫu thuật tổn thương gân duỗi dài ngón I
53.	Phẫu thuật tổn thương gân gấp dài ngón I

54.	Rút đinh/tháo phương tiện kết hợp xương
55.	Thương tích bàn tay giản đơn
56.	Nắn, bó bột gãy xương đòn
57.	Nắn, bó bột trật khớp khuỷu
58.	Nắn, bó bột gãy Pouteau - Colles
59.	Nắn, bó bột gãy Monteggia
60.	Nẹp bột các loại, không nắn
61.	Phẫu thuật kết hợp xương gãy xương mác đơn thuần
62.	Khâu phục hồi tổn thương gân duỗi
63.	Phẫu thuật điều trị viêm bao hoạt dịch của gân gấp bàn ngón tay
64.	Phẫu thuật vết thương phần mềm đơn giản rách da đầu
65.	Phẫu thuật vết thương phần mềm phức tạp
66.	Phẫu thuật vá da diện tích <5cm^2
67.	Thay băng điều trị vết bỏng từ 10% - 19% diện tích cơ thể ở người lớn
68.	Thay băng điều trị vết bỏng dưới 10% diện tích cơ thể ở người lớn
69.	Thay băng điều trị vết bỏng từ 10% - 19% diện tích cơ thể ở trẻ em
70.	Thay băng điều trị vết bỏng dưới 10% diện tích cơ thể ở trẻ em
71.	Thay băng và chăm sóc vùng lấy da
72.	Sử dụng thuốc tạo màng điều trị vết thương bỏng nông
73.	Phẫu thuật găm kim Kirschner trong gẫy Pouteau Colles
74.	Phẫu thuật kết hợp xương đòn
75.	Phẫu thuật trật khớp cùng vai - đòn
76.	Nắn găm kim Kirschner trong gẫy Pouteau - Colles (P - C)
77.	Phẫu thuật giải phóng chèn ép thần kinh giữa trong hội chứng ống cổ tay
78.	Kỹ thuật găm kim Kirschner điều trị gẫy đốt bàn nhiều đốt bàn
79.	Phẫu thuật viêm tấy bàn tay, kể cả viêm bao hoạt dịch
80.	Phẫu thuật điều trị gẫy xương đốt ngón tay bằng kim Kirschner hoặc nẹp vít
81.	Phẫu thuật điều trị ngón tay cò súng
82.	Cắt lọc tổ chức hoại tử
83.	Ghép da dày toàn bộ
84.	Néo ép hoặc buộc vòng chỉ thép xương bánh chè
85.	Chọc hút máu tụ khớp gối
86.	Tạo hình các vạt da che phủ vạt trượt, xoay
87.	Tháo bỏ các ngón chân
88.	Tháo bỏ đốt bàn chân
89.	Chích rạch ổ áp xe
90.	Kết hợp xương nẹp vít gẫy đầu dưới xương chầy
91.	Kết hợp xương điều trị gẫy xương bàn chân, ngón chân
92.	Phẫu thuật nối gân Achille
93.	Phẫu thuật ghép da mỏng
94.	Tai biến của bó bột và cách đề phòng và xử trí tai biến
95.	Bột cẳng bàn tay
96.	Bột cánh cẳng bàn tay
97.	Bột ngực vai cánh tay
98.	Bột Desault
99.	Bột cẳng bàn chân
100.	Bột đùi cẳng bàn chân
101.	Bột ống

102.	Nẹp bột và máng bột
103.	Điều trị bảo tồn trật khớp vai
104.	Điều trị bảo tồn trật khớp háng
105.	Điều trị bảo tồn trật khớp khuỷu
106.	Điều trị bảo tồn gẫy xương đòn
107.	Điều trị bảo tồn gẫy xương bả vai
108.	Điều trị bảo tồn đầu trên xương cánh tay
109.	Điều trị bảo tồn gẫy thân xương cánh tay
110.	Điều trị bảo tồn gẫy trên lồi cầu xương cánh tay ở trẻ em
111.	Điều trị bảo tồn gẫy mỏm khuỷu
112.	Điều trị bảo tồn gẫy thân hai xương cẳng tay
113.	Điều trị bảo tồn gẫy Monteggia
114.	Điều trị bảo tồn gẫy đầu dưới xương quay
115.	Điều trị bảo tồn gẫy cổ xương đùi
116.	Điều trị bảo tồn gẫy liên mấu chuyển xương đùi
117.	Điều trị bảo tồn gẫy thân xương đùi
118.	Điều trị bảo tồn gẫy mâm chày
119.	Điều trị bảo tồn vỡ xương bánh chè
120.	Điều trị bảo tồn trật khớp gối
121.	Điều trị bảo tồn gãy cẳng chân
122.	Điều trị bảo tồn gẫy xương gót
123.	Khâu cầm máu vết thương vùng hàm mặt
124.	Nắn trật khớp thái dương hàm
125.	Phẫu thuật điều trị vết thương phần mềm vùng hàm mặt
126.	Lấy cao răng và làm nhẵn mặt răng
127.	Chích áp xe lợi
128.	Quy trình Cắt chỉ khâu da
129.	Quy trình Thay băng- Cắt chỉ vết mổ
130.	Quy trình Chích hạch nung mủ
131.	Quy trình Cắt nang răng đường kính < 2 cm
132.	Quy trình Cắt U vùng hàm mặt đường kính < 3 cm
133.	Quy trình Cắt u nang bao hoạt dịch (cổ tay, khoeo chân, cổ chân)
134.	Quy trình Khâu vết thương phần mềm dài dưới 10cm
135.	Quy trình Khâu vết thương phần mềm dài trên 10cm
136.	Quy trình Cắt các loại u vùng da đầu, cổ có đường kính dưới 5 cm

III. QUY TRÌNH TRONG NỘI KHOA- CƠ XƯƠNG KHỚP (Trang 302)

1.	Chọc hút dịch khớp gối dưới hướng dẫn của siêu âm
2.	Chọc hút nang bao hoạt dịch dưới hướng dẫn của siêu âm
3.	Chọc hút ổ viêm/ áp xe phần mềm dưới hướng dẫn của siêu âm
4.	Hút dịch nang bao hoạt dịch
5.	Chọc hút ổ viêm/ áp xe phần mềm
6.	Siêu âm khớp
7.	Siêu âm phần mềm
8.	Tiêm khớp gối
9.	Tiêm khớp khủy tay
10.	Tiêm hội chứng Dequervain

11.	Tiêm gân Achilles
12.	Tiêm gân gấp ngón tay

IV. QUY TRÌNH TRONG NHI KHOA (Trang 323)

1.	Thở oxy gọng kính-HH
2.	Khí dung mũi họng
3.	Điện não đồ thường quy
4.	Chọc hút nước tiểu trên xương mu
5.	Cắt hẹp bao quy đầu (phimosis)
6.	Đặt ống nội khí quản
7.	Sốc điện ngoài lồng ngực cấp cứu
8.	Bóp bóng Ambu qua mặt nạ
9.	Cấp cứu ngừng tuần hoàn hô hấp
10.	Thông tiểu
11.	Rửa dạ dày cấp cứu
12.	Đặt sonde hậu môn
13.	Đặt catheter tĩnh mạch rốn ở trẻ sơ sinh
14.	Chiếu đèn điều trị vàng da sơ sinh
15.	Lấy dị vật giác mạc
16.	Lấy dị vật kết mạc
17.	Chích chắp, lẹo, chích áp xe mi, kết mạc
18.	Xử lý vết thương phần mềm, tổn thương nông vùng mắt
19.	Nhổ răng thừa
20.	Nhổ răng sữa
21.	Nhổ răng vĩnh viễn
22.	Sơ cứu vết thương phần mềm vùng hàm mặt
23.	Lấy dị vật tai
24.	Lấy dị vật hạ họng
25.	Tiêm trong da
26.	Tiêm dưới da
27.	Tiêm bắp thịt
28.	Truyền máu và các chế phẩm máu
29.	Chích Apxe lợi ở trẻ em
30.	Găm đinh Kirschner gãy đốt bàn, nhiều đốt bàn
31.	Cắt lọc vết thương gãy xương hở, nắn chỉnh cố định tạm thời
32.	Rút đinh/ Tháo phương tiện kết hợp xương
33.	Khâu da mi
34.	Chọc dẫn lưu ổ áp xe dưới siêu âm
35.	Chọc dò ổ bụng cấp cứu
36.	Chọc hút áp xe thành bụng
37.	Dẫn lưu dịch màng bụng
38.	Bóc, cắt u mỡ dưới da đầu đường kính dưới 10 cm
39.	Tháo bỏ các ngón tay, đốt ngón tay
40.	Lấy máu tĩnh mạch bẹn
41.	Kỹ thuật đặt kim luồn tĩnh mạch ngoại biên trẻ em
42.	Chích áp xe túi lệ
43.	Điều trị viêm lợi ở trẻ em

44.	Chích nhọt ống tai ngoài
45.	Lấy dị vật họng miệng
46.	Phẫu thuật cắt u lành phần mềm trên 10cm
47.	Phẫu thuật cắt u lành phần mềm dưới 10cm
48.	Phẫu thuật cắt u máu khu trú đường kính dưới 5cm
49.	Phẫu thuật KHX gãy xương đốt bàn và đốt ngón chân
50.	Phẫu thuật tháo bỏ các ngón chân
51.	Nắn, bó bột trật khớp vai
52.	Nắn, bó gãy xương đòn
53.	Nắn, bó bột trật khớp khuỷu
54.	Nắn, bó bột gãy cổ xương cánh tay
55.	Nắn, bó bột gãy trên lồi cầu xương cánh tay
56.	Nắn, bó bột gãy Pouteau-Colles
57.	Nắn bó bột trật khớp háng
58.	Nắn, bó bột gãy mâm chày
59.	Bó bột ống trong gãy xương bánh chè
60.	Nắn, bó bột trật khớp gối
61.	Nắn, bó bột gãy Monteggia
62.	Nắn, bó gãy xương gót
63.	Nẹp, máng bột các loại không nắn
64.	Hồi sức sơ sinh ngạt sau sinh
65.	Kỹ thuật Da kề da
66.	Liệu pháp Kanguru
67.	Lấy máu gót chân sơ sinh
68.	Lấy máu cuống rốn sơ sinh

V. QUY TRÌNH TRONG SẢN- PHỤ KHOA (Trang 435)

1.	Chích áp xe vú
2.	Phẫu thuật cắt âm hộ
3.	Phẫu thuật cắt tử cung hoàn toàn
4.	Phẫu thuật cắt hoặc bóc u buồng trứng
5.	Phẫu thuật cắt phần phụ
6.	Phẫu thuật cắt hoặc bóc nang nước cạnh vòi trứng
7.	Phẫu thuật cắt khối thai ngoài tử cung
8.	Cắt polype cổ tử cung
9.	Phẫu thuật cắt u âm hộ
10.	Phẫu thuật cắt u âm đạo
11.	Phẫu thuật khâu phục hồi tầng sinh môn
12.	Phẫu thuật làm lại thành âm đạo, tầng sinh môn
13.	Làm lại vết mổ thành bụng (bục, tụ máu, nhiễm khuẩn...) Sau phẫu thuật sản phụ khoa
14.	Cắt polype đường âm đạo
15.	Lấy dị vật âm đạo
16.	Khâu rách cùng đồ âm đạo
17.	Chích rạch tụ máu tầng sinh môn
18.	Chích áp xe tuyến bartholin
19.	Bóc nang tuyến bartholin
20.	Nong cổ tử cung hoặc buồng tử cung

21.	Hút buồng tử cung
22.	Nạo niêm mạc tử cung
23.	Nạo, hút thai trứng
24.	Chọc dò túi cùng douglas
25.	Khám phụ khoa
26.	Soi cổ tử cung
27.	Làm thuốc âm hộ, âm đạo
28.	Chích rạch màng trinh do ứ máu kinh
29.	Chọc hút dịch do máu tụ sau mổ
30.	Phẫu thuật áp xe vú
31.	Phẫu thuật triệt sản nữ
32.	Làm thuốc tầng sinh môn sau đẻ
33.	Khám thai
34.	Theo dõi nhịp tim thai và cơn co tử cung bằng monitor sản khoa
35.	Gây chuyển dạ bằng thuốc
36.	Nghiệm pháp lọt ngôi chỏm
37.	Kỹ thuật bấm ối
38.	Đỡ đẻ thường ngôi chỏm
39.	Đỡ đẻ đa thai
40.	Đỡ đẻ ngôi mông
41.	Đẻ chỉ huy bằng truyền oxytocin tĩnh mạch
42.	Nghiệm pháp bong rau, đỡ rau, kiểm tra bánh rau
43.	Kiểm soát tử cung
44.	Bóc rau nhân tạo
45.	Cắt và khâu tầng sinh môn
46.	Forceps
47.	Giác hút
48.	Khâu phục hồi rách cổ tử cung
49.	Khâu phục hồi rách âm đạo
50.	Khâu phục hồi rách âm hộ
51.	Cặp, kéo cổ tử cung cầm máu sau đẻ, sau sảy, sau nạo
52.	Lấy khối máu tụ âm đạo, tầng sinh môn
53.	Giảm đau bằng gây tê ngoài màng cứng trong, sau đẻ hoặc sau phẫu thuật sản phụ khoa
54.	Nạo sót thai, sót rau sau sẩy hoặc sau đẻ
55.	Chích áp xe tầng sinh môn
56.	Điều trị tắc tia sữa bằng máy hút
57.	Điều trị tắc tia sữa bằng sóng ngắn, hồng ngoại
58.	Làm thuốc vết khâu tầng sinh môn nhiễm khuẩn
59.	Phẫu thuật lấy thai lần đầu
60.	Phẫu thuật lấy thai lần hai trở lên
61.	Phẫu thuật lấy thai trên người bệnh có tiền sử phẫu thuật ổ bụng
62.	Phẫu thuật lấy thai do bệnh lý sản khoa (rau tiền đạo, rau bong non, tiền sản giật, sản giật...)
63.	Phẫu thuật mở ổ bụng cầm máu trong cấp cứu sản phụ khoa
64.	Phẫu thuật lấy dụng cụ tử cung lạc chỗ
65.	Cấy hoặc tháo thuốc tránh thai (một nang, nhiều nang)
66.	Đặt dụng cụ tử cung

67.	Tháo dụng cụ tử cung
68.	Phá thai nội khoa dưới 7 tuần
69.	Phá thai nội khoa từ 7 tuần đến hết 9 tuần
70.	Phẫu thuật lấy que cấy tránh thai lạc chỗ
71.	Thủ thuật tháo que cấy tránh thai lạc chỗ

PHẦN I. QUY TRÌNH TRONG CẤP CỨU- HỒI SỨC.

1. QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHỌC HÚT DỊCH MÀNG PHỔI CẤP CỨU

I. ĐẠI CƯƠNG

Chọc hút dịch màng phổi nhằm mục đích hút dịch, máu, mủ, khí có nhiều trong khoang màng phổi gây suy hô hấp cấp nhằm hạn chế nguyên nhân gây tử vong.

II. CÁC CHỈ ĐỊNH CHÍNH

1. TKMP trên một tổn thương phổi: giãn phế nang, xơ phổi, lao phổi, tụ cầu phổi,...

2. Tràn máu màng phổi.

3. Tràn mủ màng phổi.

4. Tràn dịch hoặc tràn máu màng phổi tái phát nhanh (nhằm gây dính).

III. CHUẨN BỊ TRƯỚC DẪN LƯU

1. Người bệnh

- XQ phổi mới(cùng ngày chọc).

- MC - MĐ.

- Giải thích cho người bệnh và động viên người bệnh hợp tác với người thực hiện.

- Tiêm atropin 0,5mg.

- Tiêm an thần nếu người bệnh lo lắng hoặc có nguy cơ dẫy dụa nhiều.

- Tư thế người bệnh: có tư thế nằm và ngồi.

+ Nằm: người bệnh nằm ngửa, thẳng người, đầu cao, thân người nghiêng về phía phổi lành, tay phía bên đặt dẫn lưu giơ cao lên phía đầu.

+ Ngồi: người bệnh ngồi trên ghế tựa, mặt quay về phía vai ghế, 2 tay khoanh trước mặt đặt lên vai ghế, ngực tỳ vào vai ghế (có đệm một gối mềm).

2. Dụng cụ

Kim kích thước lớn 25G hoặc kim có kèm theo catheter dẫn lưu

3. Người thực hiện

Chuẩn bị như làm phẫu thuật:

- Đội mũ, đeo khẩu trang.

- Rửa tay xà phòng.

- Sát trùng tay bằng cồn.

- Mặc áo mổ.

- Đi găng vô trùng.

4. Hồ sơ bệnh án

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

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Chọn điểm chọc

Phải khám thực thể xác định vùng tràn dịch màng phổi, xem phim Xq ngực thẳng nghiêng, và đặc biệt nếu có siêu âm nên sử dụng để xác định vị trí chính xác nhất.

2. Tiến hành thủ thuật:

- Giải thích cho Người bệnh, ký giấy làm thủ thuật
- Sát khuẩn vùng da định làm thủ thuật.
- Gây tê bằng Xylocain lần lượt từng lớp thành ngực, dùng kim gây tê chọc thăm dò màng phổi.

Vị trí chọc kim được ưu tiên lựa chọn là điểm nối giữa cột sống tới đường nách sau. Gõ từ trên xuống cho tới khi phát hiện vùng gõ đục và dịch xuống thêm một khoang liên sườn nữa. Không nên chọc vào vùng cạnh cột sống hoặc sâu quá liên sườn 9. Sử dụng kim 25G trong có chứa lidocain tạo một nốt phỏng nhỏ trên da. Sau đó chọc qua nốt phỏng gây tê tại chỗ từng lớp từng lớp sâu hơn. Phải giữ kim vuông góc với mặt da trong suốt quá trình làm thủ thuật. Tạo chân không trong bơm tiêm cho tới khi hút ra dịch, tiếp tục đẩy sâu vào 2 - 3 mao mạch sau đó rút nòng ra đẩy kim sâu vào khoang màng phổi. Cố định catheter chắc chắn.

Lấy dịch để làm xét nghiệm tế bào, sinh hóa, cấy, nhuộm và các phản ứng PCR tìm lao.

Nếu mục tiêu chọc hút dịch để điều trị nên nối kim với hệ thống túi gom.

Nên rút không quá 1500 ml dịch để tránh gây phù phổi do tái nở phổi nhanh.

Một biện pháp khác là hút liên tục duy trì áp lực âm 20 cm H_2O.

Nên chụp phim ngực sau chọc hút.

V. THEO DÕI

Theo dõi M, HA, SpO_2 15 phút/lần trong 3 giờ sau làm thủ thuật

VI. TAI BIẾN

- Chọc không ra dịch
- Tràn khí màng phổi
- Phản xạ phế vị
- Chảy máu màng phổi

2. QUY TRÌNH KỸ THUẬT DẪN LƯU MÀNG PHỔI

I. ĐẠI CƯƠNG

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

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

II. CHỈ ĐỊNH

- Các trường hợp tràn khí màng phổi:

+ Có van (xupap)

+ ở Người bệnh đang dùng máy thở

+ Có áp lực sau khi chọc kim ban đầu để giảm áp

+ Dai dẳng hoặc tái phát sau khi đã chọc hút đơn thuần

+ Thứ phát ở Người bệnh trên 50 tuổi

+ Trên một tổn thương phổi: giãn phế nang, xơ phổi, tụ cầu phổi, lao phổi …

- Tràn máu màng phổi
- Tràn mủ màng phổi
- Tràn máu hoặc tràn dịch màng phổi tái phát nhanh (nhằm gây dính)

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Phổi đông đặc dính vào thành ngực khắp một nửa phổi

- Tràn dịch màng phổi do suy tim, suy thận, nếu khó thở chỉ chọc hút, không dẫn lưu.

- Rối loạn đông máu nặng

IV. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

- Chụp Xquang phổi mới (cùng ngày dẫn lưu)

- Giải thích cho Người bệnh hiểu và hợp tác với người thực hiện

- Tiêm 0,5mg atropin dưới da

- Tiêm an thần nếu Người bệnh lo lắng hoặc có nguy cơ kích thích nhiều

- Tư thế Người bệnh: Có thể nằm hoặc ngồi tùy trường hợp cụ thể

+ Ngồi: Người bệnh ngồi trên ghế tựa, mặt quay về phía vai ghế, hai tay khoanh trước mặt đặt lên vai ghế, ngực tỳ vào vai ghế.

+ Nằm: Người bệnh nằm ngửa, thẳng người, thân người nghiêng về bên phổi lành, tay phía dẫn lưu nâng cao lên phía đầu.

2. Dụng cụ

- Dẫn lưu:

+ Dẫn lưu Monod: ống dẫn lưu bằng cao su và trocar, dẫn lưu to và cứng nên thường dùng cho trường hợp tràn máu, mủ màng phổi.

+ Dẫn lưu Joly: ống dẫn lưu có mandrin bên trong, ít dùng vì nòng sắt bên trong có thể gây biến chứng như: chấn thương phổi, mạch máu, tim.

+ Dẫn lưu Monaldi

- Máy hút và hệ thống ống nối

- Bộ mở màng phổi

- Bơm tiêm, kim tiêm

- Săng vô khuẩn, bông gạc, cồn 700, cồn iod, găng vô khuẩn

- Xylocain 2 %

3. Người thực hiện

Như chuẩn bị làm phẫu thuật:

- Đội mũ, đeo khẩu trang

- Rửa tay xà phòng

- Sát trùng tay bằng cồn

- Mặc áo mổ

- Đi găng vô trùng

4. Hồ sơ bệnh án

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Chọn điểm chọc

- Tràn khí màng phổi: khoang liên sườn 2, 3 đường giữa đòn bên có tràn khí

- Tràn dịch màng phổi, tràn máu màng phổi: khoang liên sườn 7, 8 đường nách giữa (nách trước) bên có tổn thương

- Tràn dịch, tràn khí màng phổi: Dùng cả 2 đường hoặc khoang liên sườn 4,5 đường nách giữa

- Dịch mủ nhiều: Dùng cả 2 đường, 1 để dẫn lưu, 1 để bơm rửa

2. Đặt ống dẫn lưu

- Sát khuẩn vùng da định làm thủ thuật

- Gây tê bằng xylocain từng lớp thành ngực đồng thời chọc thăm dò màng phổi

- Rạch da từ 0,5 - 1cm dọc theo bờ trên xương sườn dưới

- Dùng panh kocher không mấu tách dần các thớ cơ thành ngực

- Đặt dẫn lưu vào khoang màng phổi:

+ Dẫn lưu Monod: Chọc trocar vuông góc với thành ngực vào khoang màng phổi, rút lòng trocar. Kẹp đầu ngoài ống dẫn lưu, luồn ống dẫn lưu vào trocar rồi đẩy vào khoang màng phổi đến vị trí đã định (luồn sâu 6-10 cm) rút trocar ra.

+ Dẫn lưu Joly: Chọc dẫn lưu vuông góc với thành ngực rút nòng dẫn lưu ra 1 cm rồi đẩy dẫn lưu vào khoang màng phổi đến vị trí đã định, rút nòng dẫn lưu ra.

- Nối dẫn lưu với máy hút hoặc bình dẫn lưu

- Cố định dẫn lưu vào da bằng chỉ khâu. Đặt một đường khâu túi hoặc khâu chữ U quanh ống dẫn lưu để thắt lại khi rút ống.

- Kiểm tra lại dẫn lưu

3. Dẫn lưu

- Dẫn lưu 1 bình: áp dụng cho Người bệnh tràn khí màng phổi đơn thuần

- Dẫn lưu 2 bình: áp dụng trong dẫn lưu dịch và khí

VI. THEO DÕI

- Tình trạng Người bệnh: SpO_2, nhịp thở, ran phổi, tình trạng tràn khí bằng phim chụp phổi hàng ngày.

- Tình trạng nhiễm trùng chân ống dẫn lưu, theo dõi và điều chỉnh áp lực hút (không quá 40 cm H_2O).

VII. XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG

- Chảy máu: hay gặp với dẫn lưu Joly hoặc chọc phải mạch máu, cầm máu bằng khâu hoặc thắt động mạch liên sườn.

- Phù phổi: thường do hút quá nhanh và quá nhiều, cần giảm áp lực hút và điều trị phù phổi cấp.

- Tràn khí dưới da: thường do tắc dẫn lưu, cần kiểm tra và thông ống dẫn lưu - Nhiễm khuẩn: nhiễm trùng tại chỗ đặt dẫn lưu, viêm mủ màng phổi, nhiễm trùng huyết. Sử dụng kháng sinh kinh nghiệm và theo kháng sinh đồ.

- Tắc ống dẫn lưu: do cục máu đông,mủ đặc, do gập dẫn lưu, do đặt dẫn lưu không đúng vị trí. Cần thay ống dẫn lưu mới.

3. QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐẶT NỘI KHÍ QUẢN

I. ĐẠI CƯƠNG

Đặt nội khí quản là việc luồn ống nội khí quản qua đường mũi hoặc đường miệng vào trong khí quản. Cho tới nay đây vẫn còn là một phương pháp kiểm soát đường thở tốt nhất và hiệu quả nhất. Yêu cầu đối với người bác sỹ trong thực hành phải thuần thục kỹ thuật đặt nội khí quản. Có nhiều phương pháp đặt nội khí quản trong đó đặt nội khí quản bằng đèn soi thanh quản được coi là phương pháp thường quy.

II. CHỈ ĐỊNH

- Tắc đường thở cấp tính: chấn thương, hít phải, nhiễm khuẩn...

- Hút chất tiết

- Bảo vệ đường thở

- Suy hô hấp: ARDS, hen PQ, COPD

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chống chỉ định đặt NKQ đường miệng

- Chấn thương thanh khí quản

- Chấn thương biến dạng hàm mặt

- Phẫu thuật hàm họng

- Cứng, sai khớp hàm

2. Chống chỉ định đặt NKQ đường mũi

- Ngừng thở

- Chấn thương, biến dạng mũi hàm mặt

- Tắc nghẽn cơ học đường hô hấp do: chấn thương, u, dị vật

- Chấn thương thanh khí phế quản
- Rối loạn đông máu, giảm tiểu cầu, đang điều trị chống đông
- Chảy dịch não tủy qua xương sàng
- Viêm xoang, phì đại cuốn mũi, polyp mũi

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 01 người, được đào tạo và nắm vững kỹ thuật đặt nội khí quản
- Điều dưỡng: 02, được đào tạo về phụ giúp bác sĩ đặt nội khí quản

2. Dụng cụ

- Dụng cụ, thuốc gây tê tại chỗ: Lidocain 2%, bơm tiêm 5 ml
- Găng, mũ, khẩu trang
- Máy theo dõi SpO_2
- Đèn soi thanh quản lưỡi thẳng và cong
- Kẹp Magill
- Thuốc tiền mê: midazolam, propofol
- Ống nội khí quản các cỡ, cách chọn nội khí quản:

+ Tương đương ngón nhẫn của Người bệnh.
+ Nữ 7,5 - 8, nam 8 - 9; trẻ em = 4 + tuổi (năm)/4.
+ Ống NKQ đặt đường mũi < đường miệng 1mm.
+ Bảng cỡ NKQ với tuổi:

Tuổi	**Đường kính trong của ống (mm)**
Người lớn, trẻ > 14t	8 - 9
Trẻ 10t	6,5
Trẻ 6t	5,5
trẻ 4t	5
trẻ 1t	4
trẻ 3 tháng	3,5
trẻ sơ sinh	3

3. Người bệnh

- Giải thích cho về kỹ thuật để gia đình NGƯỜI BỆNH yên tâm, hợp tác
- Đo các chức năng sống (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, SpO_2)
- Đặt Người bệnh ở tư thế thích hợp, nằm ngửa, cho thở ôxy hoặc bóp bóng qua mặt nạ tùy tình trạng Người bệnh. Nếu có chấn thương cột sống cổ phải chọn phương pháp đặt NKQ cho Người bệnh chấn thương cổ.
- Mắc máy theo dõi, hút đờm, dịch dạ dày

4. **Hồ sơ bệnh án**

Kiểm tra lại hồ sơ bệnh án, giấy ký cam kết đồng ý thực hiện thủ thuật của Người bệnh hoặc gia đình Người bệnh, phiếu ghi chép theo dõi thủ thuật.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Đặt NKQ đường miệng

1.1. Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra lại chỉ định, chống chỉ định và cam kết đồng ý thực hiện thủ thuật.

1.2. Kiểm tra lại Người bệnh**:** Kiểm tra lại các chức năng sống của Người bệnh trước khi tiến hành thủ thuật

1.3. Thực hiện kỹ thuật

1.3.1. Cho Người bệnh thở ôxy hoặc bóp bóng qua mặt nạ

1.3.2. Dùng an thần, tiền mê

+ Midazolam 0.1-0.4 mg/kg

+ Hoặc Fentanyl 5 - 7μg/kg

+ Hoặc Ketamine 1.5 mg/kg

+ Hoặc Thiopental 3 - 5 mg/kg

+ Hoặc Propofol 1 - 2 mg/kg

- Thuốc gây bloc thần kinh cơ (thuốc dãn cơ): Có thể chỉ định trong một số trường hợp cần thiết

+ Succinylcholine 1.5 mg/kg không dùng khi Người bệnh tăng kali máu

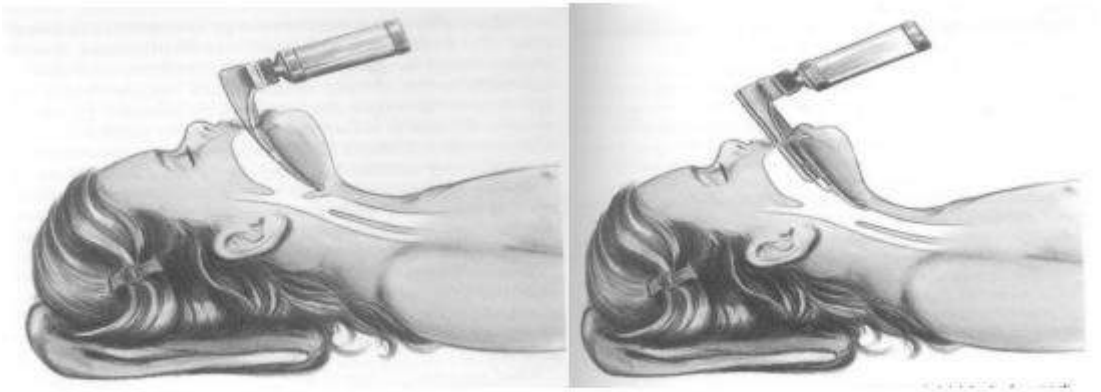
+ Hoặc thay thế bằng Rocuronium 0.6-1 mg/kg

1.3.3. Làm nghiêm pháp Sellick, bảo vệ tránh trào ngược

1.3.4. Bộc lộ thanh môn

Tay trái:

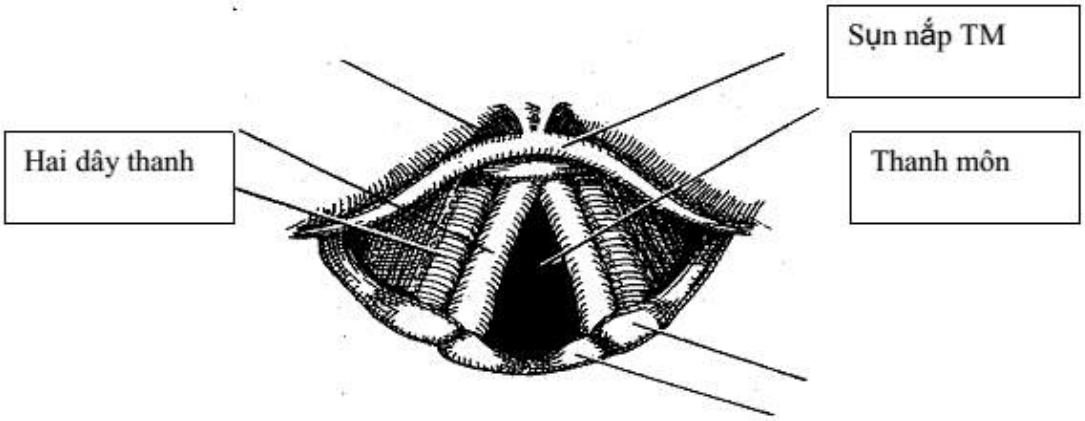
- Cầm đèn soi thanh quản, luồn lưỡi đèn vào miệng gạt từ P qua T
- Nâng đèn bộc lộ thanh môn và nắp thanh môn
- Đưa đầu lưỡi đèn sát gốc nắp thanh môn đèn lưỡi cong (H2)
- Hoặc đè lên nắp thanh môn đối với đèn lưỡi thẳng (H1)



Hình 1

Hình 2

- Nâng đèn bộc lộ rõ thanh môn không lấy cung răng hàm trên để làm điểm tựa



1.3.5. Luồn ống NKQ

- Tay trái vẫn giữ đèn ở tư thế bộc lộ thanh môn
- Tay phải cầm đầu ngoài ống NKQ:

+ Luồn ống vào để đầu trong của ống sát vào thanh môn

+ Nếu khó khăn: thủ thuật Sellick, panh Magill, dây dẫn...

+ Qua thanh môn đẩy ống vào sâu thêm 3- 5 cm

1.3.6. Kiểm tra ống

- Đầu NKQ nằm ở 1/3 giữa của khí quản TB nữ: 20-21 cm và nam: 22-23 cm
- Có nhiều cách để xác định vị trí NKQ:
+ Nghe phổi, nghe vùng thượng vị
+ Xem hơi thở có phụt ngược ra không?
+ Sờ vị trí bóng chèn
+ Đo ET CO_2 khí thở ra
+ Xquang ngực...

1.3.7. Cố định ống

+ Bơm bóng (cuff) của NKQ khoảng 20 mmHg
+ Cố định băng dính hoặc bằng dây băng có ngáng miệng

2. Kỹ thuật đặt NKQ đường mũi

2.1. Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra lại chỉ định, chống chỉ định và cam kết đồng ý thực hiện thủ thuật.

2.2. Kiểm tra lại Người bệnh: Kiểm tra lại các chức năng sống của Người bệnh trước khi tiến hành thủ thuật

2.3. Thực hiện kỹ thuật

2.3.1. Cho Người bệnh thở ôxy hoặc bóp bóng qua mặt nạ

2.3.2. Dùng an thần, tiền mê

- Có thể áp dụng phương pháp gây tê (GT) tại chỗ:
- GT đường mũi: khí dung, phun mù...
- GT phần trên hai dây thanh âm, gốc lưỡi
- GT phần dưới hai dây thanh âm
- ***Không dùng thuốc gây bloc thần kinh cơ***

2.3.3. Luồn ống qua mũi

- Đưa đầu ống vào lỗ mũi trước, mặt vát quay về phía cuốn mũi.
- Đẩy ống vuông góc với mặt NGƯỜI BỆNH, vừa đẩy vừa xoay nhẹ.
- Khi đầu ống NKQ đi qua lỗ mũi sau có cảm giác nhẹ hẫng tay

2.3.4. Luồn ống vào khí quản

Dùng đèn:

- Tay trái đặt đèn vào miệng NGƯỜI BỆNH và bộc lộ thanh môn
- Tay phải luồn ống qua thanh môn vào khí quản tương tự như khi đặt đường miệng.

Đặt NKQ không dùng đèn (đặt mò):

- Tay trái: lòng bàn tay đặt vào chẩm phối hợp với tay phải điều chỉnh đầu trong của ống NKQ
- Tay phải: cầm đầu ngoài ống NKQ:
+ Dò tìm vị trí có luồng hơi thở ra mạnh nhất.
+ Đợi đến đầu thì hít vào, đẩy ống vào sâu thêm khoảng 5 cm.
+ Ống đi vào qua thanh môn có cảm giác nhẹ tay, có hội chứng xâm nhập

Người bệnh ho sặc sụa và có hơi thở phụt qua miệng ống

+ Ống vào dạ dày người bệnh không ho sặc, không hơi thở phụt ra miệng ống
+ Ống vào các xoang hai bên thanh môn có cảm giác đẩy nặng, vướng ống và không đi sâu được nữa lúc này nên rút ra vài cm chỉnh lai hướng ống

2.3.5. Kiểm tra vị trí ống:

- Tương tự đặt đường miệng
- Đặt ống vào sâu hơn đường miệng 3 - 4 cm

2.3.6. Cố định ống:

Tương tự đặt đường miệng

V. TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG TRONG KHI ĐẶT NKQ

- Tổn thương cột sống, tăng áp lực nội sọ.

- Hít phải: dịch dạ dày, răng, chất tiết hầu.

4.QUY TRÌNH KỸ THUẬT THỞ OXY QUA GỌNG KÍNH

I. ĐẠI CƯƠNG

Thở ôxy là một thủ thuật thường được thực hiện cho Người bệnh đặc biệt Người bệnh ở phòng cấp cứu. Mục đích cung cấp lượng khí thở vào có hàm lượng ôxy cao hơn so với khí phòng (FiO_2).

Thở ôxy qua gọng kính là thủ thuật đơn giản, thường được lựa chọn ban đầu cho các Người bệnh cần thở ô xy.

Thủ thuật này thường được thực hiện bởi điều dưỡng

II. DỤNG CỤ THỞ Ô XY

- Ôxy gọng kính là dụng cụ tương đối đơn giản, được gài ở môi trên của Người bệnh, có hai chấu hơi cong được đặt vào hai lỗ mũi (hình 1).

- Lưu lượng ôxy từ 1 - 6Lít/phút

- FiO_2 sẽ thay đổi phụ thuộc vào tần số thở và Vt của Người bệnh. FiO_2 được tính gần đúng bằng quy tắc số 4. Coi nồng độ ôxy khí trời là 20% cứ cho Người bệnh thở thêm 1l/phút thì FiO_2 tăng thêm 4%.

- FiO_2 đạt được 24% - 44%



Hình 1. ôxy gọng kính

III. CHỈ ĐỊNH

Thở ôxy qua gọng kính thường là thủ thuật được lựa chọn ban đầu cho các

Người bệnh có chỉ định thở ôxy bao gồm:

1. Giảm ôxy hóa máu mức độ nhẹ/trung bình

PaO_2 < 60mmHg, SaO_2<90% (thở ôxy phòng).

2. Tăng công hô hấp

3. Tăng công cơ tim

4. Tăng áp động mạch phổi

IV. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối. Chống chỉ định tương đối:

- Hẹp hoặc tắc mũi do chất nhầy

- Polype trong mũi.

V. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện thủ thuật: Điều dưỡng.

2. Phương tiện

- Ôxy gọng kính

- Bình làm ẩm nối với hệ thống ôxy trung tâm

3. Người bệnh

- Người bệnh được giải thích các lợi ích, nguy cơ của thủ thuật. Động viên Người bệnh hợp tác thở.

- Đảm bảo đường thở thông thoáng

4. Hồ sơ bệnh án

VI. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Bật ôxy nguồn xem có hoạt động không.
- Kiểm tra bình làm ẩm đủ nước
- Điều chỉnh lưu lượng ôxy phù hợp với từng Người bệnh (đảm bảo ôxy hóa máu), thường đặt 1 - 6 lít/phút
- Nối hệ thống dây ôxy gọng kính vào Người bệnh.

VII. THEO DÕI

1. Đánh giá đáp ứng của Người bệnh sau thở ôxy về lâm sàng và khí máu
- Lâm sàng: đánh giá về hô hấp, tim mạch, thần kinh.
- Khí máu: các chỉ số PaO_2, SaO_2, Pa CO_2…..

2. Đánh giá sự dung nạp của Người bệnh với dụng cụ thở ô xy.
3. Ghi chép hồ sơ thủ thuật.

VIII. BIẾN CHỨNG

Thường không có biến chứng gì nghiêm trọng. Có thể gặp:

1. Giảm thông khí do ôxy: tình trạng này có thể xảy ra ở Người bệnh COPD
2. Khô niêm mạc đường thở
3. Bội nhiễm vi khuẩn từ dụng cụ thở ô xy.

5. QUY TRÌNH KỸ THUẬT RÚT ỐNG NỘI KHÍ QUẢN

I. ĐẠI CƯƠNG

- Là quy trình thường xuyên áp dụng trong khoa hồi sức cấp cứu

- Giúp giảm nguy cơ viêm phổi bệnh viện đặc biệt viêm phổi liên quan đến thở máy

II. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh hết chỉ định thông khí nhân tạo xâm nhập.
- Người bệnh tự thở tốt, không còn tình trạng suy hô hấp.
- Người bệnh có chỉ định mở khí quản.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh không có khả năng bảo vệ đường thở, ho khạc kém.
- Người bệnh chưa tự thở tốt, còn nguy cơ suy hô hấp.

VI. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 02 điều dưỡng đã được đào tạo chuyên khoa Hồi sức cấp cứu.
- 01 bác sỹ đã được đào tạo chuyên khoa Hồi sức cấp cứu.

2. Dụng cụ vật tư tiêu hao

- Máy hút áp lực âm
- Dây hút silicon
- Máy thở không xâm nhập nếu cần
- Ống hút kích cỡ phù hợp: 1 - 2 cái
- Găng vô khuẩn: 1 - 2 đôi
- Găng tay sạch: 02 đôi
- Bộ dụng cụ đặt ống nội khí quản
- Bình làm ẩm
- Nước cất làm ẩm
- Dây ôxy kính: 01 cái
- Chụp mặt nạ thở ô xy: 01 cái
- Máy khí dung

- Bộ mặt nạ khí dung (dùng cho từng Người bệnh)
- Bóng Ambu (dùng 50 lần)
- Mặt nạ ô xy: 01 cái
- Bơm tiêm 5 ml: 01 cái
- Kim tiêm nhựa: 1- 2 cái
- Kéo
- Ống cắm panh
- Túi nilon
- Ống nghe
- Huyết áp
- Natrichlorua 0,9% chai 250 ml
- Mũ
- Khẩu trang
- Dung dịch sát khuẩn tay nhanh
- Xà phòng rửa tay diệt khuẩn
- Dung dịch khử khuẩn sơ bộ
- Máy theo dõi
- Cáp điện tim
- Cáp theo dõi SpO_2
- Cáp đo huyết áp liên tục
- Bao đo huyết áp
- Thuốc khí dung theo chỉ định

3. Người bệnh

- Thông báo, giải thích cho Người bệnh hoặc gia đình Người bệnh về việc sắp làm.
- Cho Người bệnh nhịn ăn trước 4 giờ.
- Hút sạch đờm giãi trong ống nội khí quản và vùng mũi, miệng họng.

4. Hồ sơ bệnh án

Phiếu theo dõi Người bệnh sau rút ống nội khí quản, phiếu chăm sóc.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Thông báo và hướng dẫn Người bệnh cùng phối hợp.

2. Bác sỹ, điều dưỡng rửa tay xà phòng diệt khuẩn dưới vòi nước. đội mũ, đeo khẩu trang.

3. Đánh giá lại các thông số: ý thức, mạch, SpO_2, huyết áp, nhịp thở ghi vào phiếu theo dõi.

4. Đặt Người bệnh tư thế 45 - 90 độ.

5. Điều dưỡng 1 sát khuẩn tay nhanh, đi găng tay sạch, điều dưỡng (bác sỹ) đi găng vô trùng lấy ống thông hút nối với máy hút.

6. Điều dưỡng 1 Tháo dây cố định ống nội khí quản. Tháo cuff hoàn toàn.

7. Điều dưỡng 2 luồn ống thông hút vào ống nội khí quản, bảo Người bệnh hít sâu vừa bịt van hút vừa từ từ rút ống nội khí quản ra.

8. Hút lại mũi họng cho Người bệnh.

9. Điều dưỡng 1 cho Người bệnh thở ô xy

10. Khí dung thuốc theo y lệnh.

11. Hướng dẫn Người bệnh ho khạc khi có đờm hoặc vỗ rung cho Người bệnh và hút đờm họng miệng nếu Người bệnh ho khạc kém.

12. Thu dọn dụng cụ, bác sỹ và điều dướng tháo găng, rửa tay bằng savondoux dưới vòi nước.

13. Theo dõi sát tình trạng Người bệnh: Ý thức, mạch, huyết áp, SpO_2, nhịp thở trong 1 giờ đầu 15 phút/1 lần. theo dõi dấu hiệu co thắt thanh quản (khó thở có tiếng rít, khó thở vào, thở chậm. ,) tình trạng thở (thở gắng sức, co kéo cơ hô hấp, mệt cơ), sự ho khạc của Người bệnh.1 giờ tiếp

theo 30 phút một lần theo dõi nhịp thở, SpO_2, mạch, huyết áp, tình trạng thở. Các giờ sau theo dõi 1 giờ/1 lần trong 3 giờ tiếp.

14. Sau rút ống nội khí quản 6 giờ đánh giá lại tình trạng và cho Người bệnh ăn.

VI. THEO DÕI: tất cả các thông số theo dõi phải được ghi đầy đủ vào bảng theo dõi

- Rối loạn ý thức hoặc Người bệnh không hợp tác.
- Nhịp thở > 24 lần/phút.
- Nhịp thở < 10 lần/phút.
- SpO_2 < 90%.
- Mạch nhanh > 10% so với lúc trước khi rút.
- Huyết áp tăng hoặc giảm so với huyết áp nền.
- Ứ đọng đờm dãi, ho khạc kém.
- Tăng co kéo cơ hô hấp, Người bệnh mệt cơ.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Khó thở do co thắt phế quản, thanh quản và phù nề thanh môn, xử trí khí dung thuốc giãn phế quản, thuốc chống phù nề hoặc thở máy không xâm nhập

- Trào ngược dịch dạ dày vào phổi gây viêm phổi sặc, dự phòng bằng tuân thủ nhịn ăn và hút dịch dạ dày trước rút ống.

6. QUY TRÌNH KỸ THUẬT ÉP TIM NGOÀI LỒNG NGỰC

I. ĐẠI CƯƠNG

Ngừng tuần hoàn có thể xẩy ở bất kỳ đâu và bất kỳ lúc nào, đây là trường hợp cấp cứu khẩn cấp. Ngay khi phát hiện Người bệnh ngừng tuần phải tiến hành ngay cấp cứu cơ bản hồi sinh tim phổi để giúp duy trì dòng tuần hoàn cho não và tim.

Trong hồi sinh tim phổi kỹ thuật ép tim ngoài lồng ngực giữ vai trò rất quan trọng.

Ép tim ngoài lồng ngực là một kỹ thuật dùng áp lực mạnh, liên tục và nhịp nhàng nhờ lực của phần thân trên người, vai và 2 tay ép lên 1/2 dưới của xương ức người bệnh

II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh bị ngừng thở, ngừng tim

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối
- Chống chỉ định tương đối:

+ Có tràn khí màng phổi áp lực

+ Chấn thương ngực nặng, dập nát vùng ngực trước

IX. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ, điều dưỡng hoặc người được đào tạo và nắm được kỹ thuật ép tim ngoài lồng ngực

2. Phương tiện, dụng cụ

- Bộ, hộp cấp cứu ngừng tuần hoàn được chuẩn bị sẵn

- Bóng, mặt nạ, ống NKQ, máy theo dõi Người bệnh có điện tim, bơm tiêm 5 ml, găng, mũ, khẩu trang,...
- Máy sốc điện, ô xy,
- Thuốc Adrenalin, dịch truyền, catheter ngoại biên, .

3. Người bệnh

- Đặt Người bệnh ở tư thế nằm ngửa, trên nền cứng

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH KỸ THUẬT:

1. Ngay khi phát hiện người bệnh đột ngột bất tỉnh có nghi ngờ ngừng tuần hoàn cần nhanh chóng tiếp cận Người bệnh và gọi người hỗ trợ. Đặt Người bệnh nằm ngửa trên một mặt phẳng cứng, có thể để chân cao hơn đầu.

Nếu nằm trên giường đệm thì lót tấm ván dưới lưng.

1.1. Nhanh chóng khai thông đường thở và xác định ngừng hô hấp và mất mạch cảnh.

1.2. Tiến hành ép tim ngoài lồng ngực: thông khí nhân tạo 30: 2 nếu

Người bệnh là người lớn, trẻ nhỏ và nhũ nhi khi có 1 người cấp cứu.

Tỷ lệ 15: 2 nếu Người bệnh là trẻ nhỏ hoặc nhũ nhi khi có trên 2 người cấp cứu. Ép tại 1/2 dưới xương ức, lún từ 1/3 đến 1/2 bề dày lồng ngực và tần số 100 lần/phút

2. Trẻ nhũ nhi (dưới 1 tuổi)

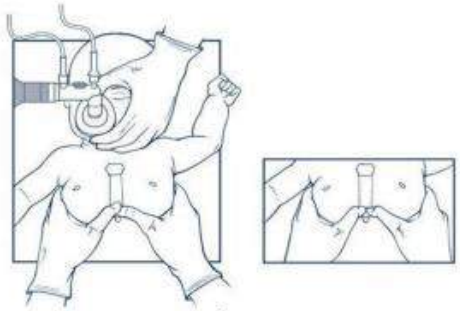
- Ép tim ngay phía dưới đường ngang hai núm vú (nửa dưới xương ức)

- Có thể dùng 2 ngón tay để ép tim (nếu là người cấp cứu không chuyên hoặc chỉ có 1 Người thực hiện cấp cứu) với tỷ lệ ép tim/thông khí là 30/2

- Nếu có từ 2 Người thực hiện cấp cứu trở lên có thể áp dụng tỷ lệ ép tim/thông khí 15/2 đến khi đặt được đường thở hỗ trợ. Nên áp dụng kỹ thuật ép tim dùng 2 ngón tay cái và 2 bàn tay ôm ngực



Kỹ thuật ép tim bằng 2 ngón tay
(Khi chỉ có 1 người cấp cứu)



Kỹ thuật ép tim bằng 2 ngón cái và bàn tay ôm ngực
(Khi có nhiều người cấp cứu)

3. Trẻ nhỏ (trẻ > 1 tuổi đến thiếu niên)

Ép tim ở nửa dưới xương ức, trên đường ngang qua 2 núm vú, ép lún sâu 1/3 đến 1/2 độ dày lồng ngực. Người cấp cứu không chuyên có thể dùng 1 hay 2 tay để ép tim

Áp dụng tỷ lệ ép tim/thông khí 30/2 nếu là người cấp cứu không chuyên hoặc chỉ có 1 Người thực hiện cấp cứu

Nếu có 2 Người thực hiện cấp cứu (hoặc là người đã hoàn thành khóa đào tạo về cấp cứu ngừng tuần hoàn) có thể áp dụng tỷ lệ ép tim/thông khí 15/2 đến khi đặt được đường thở hỗ trợ





4. Người lớn và trẻ từ 8 tuổi trở lên

- Ép tim ở giữa ngực ngang 2 núm vú

- Ép lún sâu khoảng 4 đến 5 cm, dùng lòng bàn tay của cả 2 tay

- Kỹ thuật có 3 bước cơ bản

+ Bước 1: Xác định vị trí mũi ức

+ Bước 2: Đặt lòng bàn tay thứ nhất lên trên xương ức sát ngay vị trí mũi ức

+ Bước 3: Đặt bàn tay thứ 2 lên trên bàn tay thứ nhất, các ngón tay đan vào nhau và nắm chặt

- Hướng ép vuông góc với mặt phẳng Người bệnh đang nằm. Luôn giữ khớp vai - khuỷu tay - cổ tay thành 1 đường thẳng



Bước 1 Bước 2 Bước 3

- Phương châm chung của ép tim ngoài lồng ngực trong cấp cứu ngừng tuần hoàn cơ bản là "ép tim nhanh, mạnh, để lồng ngực phồng hết trở lại sau mỗi lần ép tim và hạn chế tối đa khoảng thời gian tạm ngừng ép tim"

VI. BIẾN CHỨNG:

Khi ép tim sai vị trí, sai kỹ thuật hay làm quá thô bạo có thể gặp 1 số biến chứng sau:

- Gãy xương sườn
- Gãy xương ức
- Tràn khí màng phổi
- Đụng dập phổi

7. QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐẶT CATHETER NGOẠI VI

I. ĐẠI CƯƠNG

Catheter ngoại vi là một kim nhựa có nòng, được dùng để đặt vào tĩnh mạch ngoại vi nhằm các mục đích sau:

- Duy trì đường truyền tĩnh mạch
- Chuẩn bị sẵn đường truyền để lấy máu xét nghiệm, truyền dịch và thực hiện thuốc.
- Tránh tuột đường truyền khi vận chuyển người bệnh.
- Đặt catheter tĩnh mạch ngoại vi là thủ thuật cơ bản của điều dưỡng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Khi cần truyền dịch, lấy máu xét nghiệm và thực hiện tiêm, truyền thuốc.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Rối loạn đông máu (chống chỉ định tương đối)
- Huyết khối tĩnh mạch
- Giãn tĩnh mạch ngoại vi
- Sốt xuất huyết

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 01 điều dưỡng
- Giải thích cho Người bệnh và người nhà trước khi làm thủ thuật.
- Trang bị mũ, khẩu trang.
- Vệ sinh bàn tay, đi găng tay vô trùng.

2. Người bệnh

- Đo mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở.
- Tư thế Người bệnh nằm ngửa, đầu nghiêng sang bên đối diện, kê một gối mỏng dưới khuỷu tay (nếu đặt ở tay), cố định tay, chân NGƯỜI BỆNH.
- Vị trí đặt: tĩnh mạch khuỷu hoặc tĩnh mạch cổ tay

3. Phương tiện, dụng cụ

- Gói dụng cụ tiêu hao
- Gói dụng cụ rửa tay, sát khuẩn
- Bộ dụng cụ bảo hộ cá nhân

- Bộ dụng cụ tiêm truyền vô khuẩn

- Dụng cụ, máy theo dõi

- Máy truyền dịch

- Catheter ngoại vi các cỡ, bộ dây truyền, dịch truyền dung dịch natri chlorua 0,9%, khóa ba chạc, băng dính, opside.

- Gối kê tay, bàn thủ thuật, xăng vô khuẩn có lỗ và không lỗ.

4. Hồ sơ, bệnh án:

- Có chỉ định đặt catheter tĩnh mạch ngoại vi để truyền dịch.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Kiểm tra chai dịch natrichlorua 0,9%, cắm dây truyền vào chai, khóa lại. Bộc lộ vùng cần đặt catheter, chọn tĩnh mạch.

- Đi găng tay, buộc dây cao su trên vùng cần đặt 3 - 5 cm.

- Sát khuẩn vị trí cần đặt từ trong ra ngoài theo hình xoáy ốc 2 lần, Điều dưỡng sát khuẩn tay.

- Lắp kim có catheter vào bơm tiêm. Một tay căng da, một tay cầm bơm tiêm có để sẵn catheter đâm kim chếch 30 độ so với mặt da vào tĩnh mạch thấy máu trào ra. Rút từ từ nòng kim ra khỏi catheter, lắp dây truyền đã chuẩn bị trước vào đốc catheter. Tháo dây cao su, mở khóa cho dịch chảy.

- Cố định catheter và dây truyền, che catheter bằng gạc vô khuẩn, cố định tay vào nẹp (nếu cần).

- Điều chỉnh tốc độ truyền theo y lệnh. Ghi phiếu truyền dịch.

- Giúp người bệnh về tư thế thoải mái, theo dõi và phát hiện tai biến, dặn người bệnh những điều cần thiết.

- Thu dọn dụng cụ, tháo găng, rửa tay.

- Ghi bệnh án quá trình thủ thuật và phiếu theo dõi.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi toàn trạng Người bệnh trong quá trình tiến hành thủ thuật (sắc mặt, mạch, SpO_2) để phát hiện tai biến. Sau khi đặt theo dõi mạch, huyết áp 30 phút/lần, 1 giờ/lần.

- Theo dõi nơi đặt catheter hàng ngày, theo dõi chảy máu, nhiễm khuẩn, thay băng.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Nhiễm khuẩn nơi đặt, nhiễm khuẩn huyết: rút catheter, cấy đầu catheter.

- Tắc catheter: thông truyền, nếu tắc quá lâu không thông được phải rút catheter ra.

- Đứt catheter (hiếm gặp), tuột catheter: đặt lại.

8. QUY TRÌNH KỸ THUẬT SIÊU ÂM TIM CẤP CỨU TẠI GIƯỜNG Ở NGƯỜI BỆNH HỒI SỨC

I. ĐẠI CƯƠNG

Siêu âm tim cấp cứu tại giường là một kỹ thuật thăm dò không xâm nhập rất cần thiết trong hồi sức cấp cứu các người bệnh nặng, giúp cho các bác sĩ lâm sàng chẩn đoán nhanh một số các rối loạn tim mạch, từ đó đưa ra biện pháp điều trị tích cực và hiệu quả hơn.

II. CHỈ ĐỊNH

- Nhồi máu cơ tim

- Tràn dịch màng tim, tràn máu màng tim.

- Sùi van tim.

- Tình trạng sốc: sốc tim, sốc nhiễm khuẩn…

- Theo dõi hiệu quả của phương pháp điều trị.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: 1 bác sĩ và 2 điều dưỡng.

- Bác sĩ đã được đào tạo về siêu âm tim, mạch máu:

+ Đội mũ, đeo khẩu trang, rửa tay.

+ Ngồi bên phải của người bệnh.

+ Tay phải cầm đầu dò, tay trái điều chỉnh các nút của máy siêu âm.

- Điều dưỡng: đội mũ, đeo khẩu trang.

+ 01 Điều dưỡng theo dõi các chức năng sống, đảm bảo hô hấp và đường truyền tĩnh mạch cho Người bệnh trong quá trình làm siêu âm.

+ 01 Điều dưỡng phụ giúp bác sĩ trong quá trình làm thủ thuật: thay đổi tư thế người bệnh.

2. Phương tiện

- Máy siêu âm có chức năng siêu âm mạch máu.
- Máy monitor theo dõi chức năng sống: nhịp tim, SpO_2, nhịp thở, huyết áp.
- Gel siêu âm: 1 lọ
- Gạc sạch vô khuẩn: 1 gói
- Găng khám: 3 đôi
- Mũ phẫu thuật: 3 cái
- Khẩu trang phẫu thuật: 3 cái
- Dung dịch rửa tay nhanh
- Điện cực theo dõi điện tim khi làm siêu âm: 3 cái
- Chi phí bão dưỡng máy
- Chi phí khấu hao máy

3. Người bệnh

- Giải thích cho người bệnh, gia đình người bệnh biết lợi ích của siêu âm mạch máu tại giường.
- Người bệnh nằm ngửa, tùy vào vị trí siêu âm mà có tư thế khác nhau.
- Mắc điện tâm đồ đồng thời trong lúc làm siêu âm.
- Người bệnh có thở máy phải chú ý đảm bảo tình trạng hô hấp cho người bệnh trong quá trình làm siêu âm.
- Người bệnh có truyền các thuốc vận mạch phải chú ý đảm bảo đường truyền tĩnh mạch trong quá trình làm siêu âm.

4. Hồ sơ bệnh án

- Ghi phiếu chỉ định siêu âm mạch máu.
- Ghi các thông số đo được vào tờ phiếu kết quả siêu âm và dán vào bệnh án.

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 lại người bệnh: các chức năng sống xem có thể tiến hành thủ thuật được không.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Siêu âm 2D: cho phép khảo sát cấu trúc quả tim đang hoạt động

a) Mặt cắt cạnh ức trái

Đầu dò đặt ở bờ trái xương ức, khoang liên sườn 3 hoặc 4, hoặc 5.

*** Mặt cắt theo trục dọc**



Hình 1. Mặt cắt cạnh ức trái trục dọc

- Cho phép khảo sát buồng tống máu thất phải, van động mạch chủ (ĐMC), ĐMC lên, vách liên thất, thất trái, van hai lá (HL), vòng van HL, các dây chằng van HL, nhĩ trái, thành sau thất trái, ĐMC ngực ở hình ảnh cắt ngang.

- Có thể phát hiện các biểu hiện bệnh lý của tim:

+ Sùi van tim: van ĐMC, van HL

+ Hẹp van HL, dầy, vôi hóa van HL. .

+ Huyết khối trong buồng nhĩ trái, u nhầy nhĩ trái...

+ Sự vận động bất thường của VLT, thành sau thất trái trong nhồi máu cơ tim, tràn dịch màng tim gây ép tim cấp.

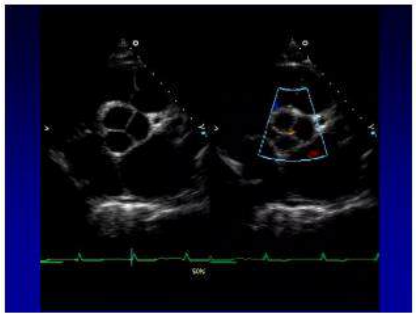
+ Đứt dây chằng van HL

+ Tràn dịch màng tim: có khoảng trống siêu âm thành sau thất trái, nếu số lượng nhiều có thể thấy được khoảng trống siêu âm ở thành trước thất phải.

*** Mặt cắt theo trục ngang**

- Thẳng góc với trục dọc của tim (xoay đầu dò 900 theo chiều kim đồng hồ), có 3 mặt cắt từ trên xuống dưới (mặt cắt qua gốc các mạch máu lớn, mặt cắt ngang qua van HL, mặt cắt ngang cột cơ)

+ Mặt cắt qua gốc các mạch máu lớn: quan sát được ĐMC, van ĐMC có hình chữ “Y”, nhĩ trái, nhĩ phải, vách liên thất, van ba lá, buồng tống máu thất phải, van ĐM phổi, thân ĐM phổi, 2 nhánh ĐM phổi phải và ĐM phổi trái, ĐM vành trái.



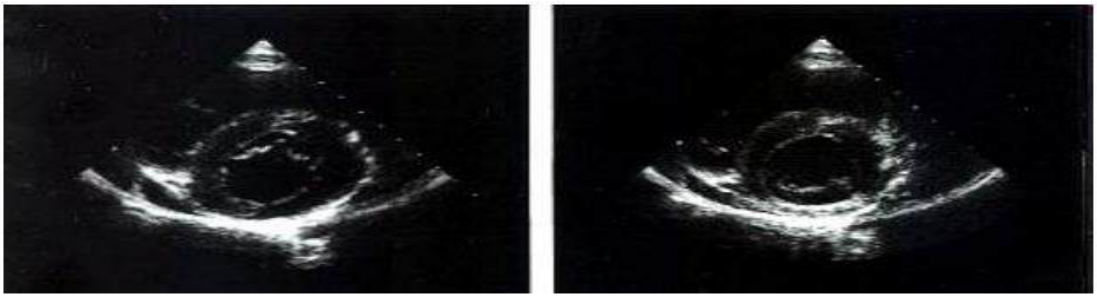
Hình 2. Mặt cắt cạnh ức trái trục ngang qua gốc mạch máu lớn

+ Mặt cắt ngang van HL: giúp thấy được van HL nằm giữa thất trái

+ Mặt cắt ngang cột cơ: thấy được 2 cột cơ (trước bên và sau giữa), thất phải nhỏ hơn thất trái và nằm phía trước bên thất trái, có thể thấy được ĐMC xuống (cắt ngang) nằm sau thất trái.



Hình 3. Mô hình mặt cắt cạnh ức trái trục ngang thấp dưới van hai lá



Hình 4. Mặt cắt cạnh ức trái trục ngang thấp dưới van hai lá

- Có thể phát hiện các biểu hiện bệnh lý của tim:

+ Van ĐMC: có thể thấy dày từng lá van ĐMC, van ĐMC chỉ có 2 lá.

+ Van HL: dày mép van, hẹp van HL

+ Sự vận động bất thường của VLT, thành sau thất trái trong nhồi máu cơ tim, tràn dịch màng tim gây ép tim cấp.

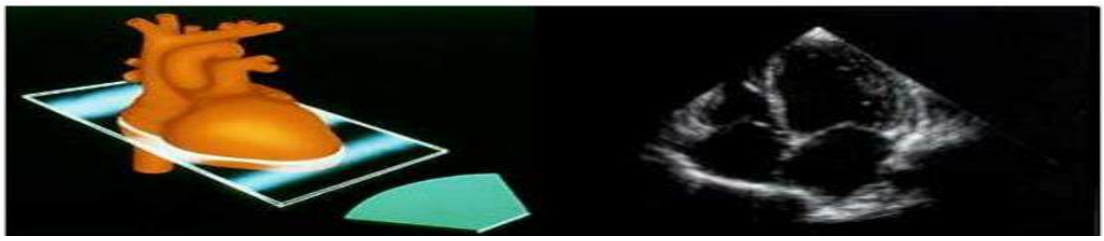
+ Tràn dịch màng tim: có khoảng trống siêu âm thành sau thất trái, nếu số lượng nhiều có thể thấy được khoảng trống siêu âm ở thành trước thất phải.

+ Hẹp ĐM phổi.

b) Các mặt cắt từ mỏm tim

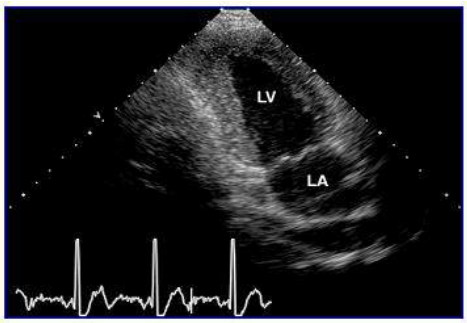
Người bệnh nằm ngửa, đầu dò đặt ở mỏm tim hướng đến đáy tim.

* Mặt cắt 4 buồng: khảo sát được cấu trúc tim theo chiều dọc (2 buồng thất, vách liên thất (VLT), hai buồng nhĩ, van HL, van BL, các TM phổi đổ về NT.



Hình 5. Mặt cắt 4 buồng từ mỏm tim

*** Mặt cắt 2 buồng:** từ mặt cắt 4 buồng xoay đầu dò 900 theo chiều kim đồng hồ sẽ được mặt cắt 2 buồng, khảo sát được thất trái, nhĩ trái, thành trước thất trái, thành dưới thất trái.



Hình 6. Mặt cắt 2 buồng từ mỏm tim

- Có thể phát hiện các biểu hiện bệnh lý của tim:

+ Sùi van tim: van HL, van BL

+ Hẹp van HL, dầy, vôi hóa van HL. .

+ Huyết khối trong buồng nhĩ trái, u nhầy nhĩ trái...

+ Sự vận động bất thường của VLT, thành bên thất trái trong nhồi máu cơ tim, tràn dịch màng tim gây ép tim cấp.

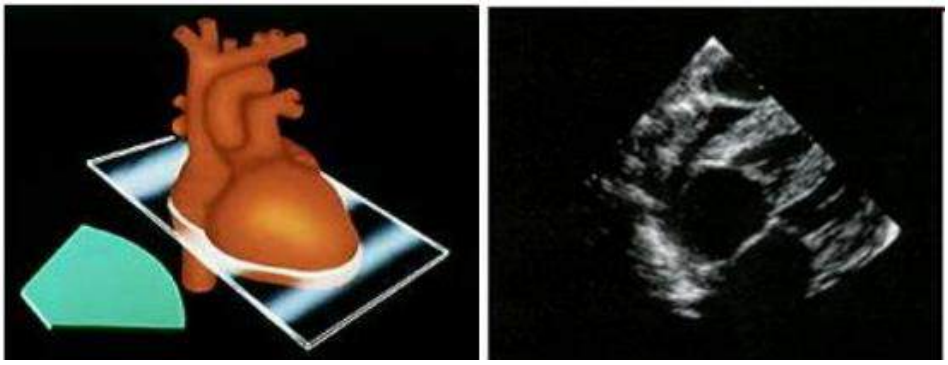
+ Đứt dây chằng van HL

+ Tràn dịch màng tim: nếu số lượng nhiều có thể thấy được khoảng trống siêu âm ở thành bên thất phải và thất trái (mặt cắt 4 buồng), khoảng trống siêu âm thành dưới thất trái (mặt cắt 2 buồng).

c) Mặt cắt dưới bờ sườn

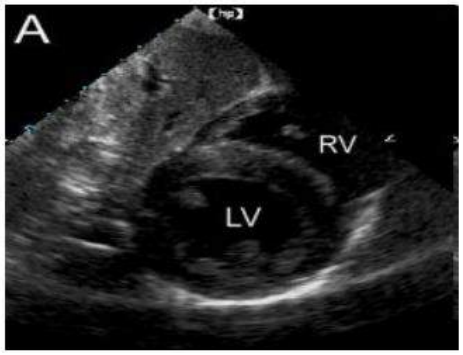
Người bệnh nằm ngửa, đầu gối hơi gập, đầu dò đặt ở thượng vị dưới mũi ức

* Mặt cắt 4 buồng: thấy các cấu trúc tim tương tự như mặt 4 buồng từ mỏm.



Hình 7. Mặt cắt 4 buồng dưới bờ sườn

*** Mặt cắt trục ngang:** có thể cắt theo đáy tim thấy được ĐMC và thân ĐM phổi, cắt ngang van HL, ngang cột cơ, ngang TM chủ dưới và nhĩ phải.



Hình 8. Mặt cắt dưới sườn trục ngang, ngang qua cột cơ

- Có thể phát hiện các biểu hiện bệnh lý của tim:

+ Sùi van tim: van HL, van BL

+ Hẹp van HL, dầy, vôi hóa van HL. .

+ Huyết khối trong buồng nhĩ trái, u nhầy nhĩ trái...

+ Sự vận động bất thường của VLT, thành bên thất trái trong nhồi máu cơ tim, tràn dịch màng tim gây ép tim cấp.

+ Đứt dây chằng van HL

+ Tràn dịch màng tim: nếu số lượng nhiều có thể thấy được khoảng trống siêu âm ở thành bên thất phải và thất trái (mặt cắt 4 buồng). Quanh thất trái (mặt cắt trục ngang).

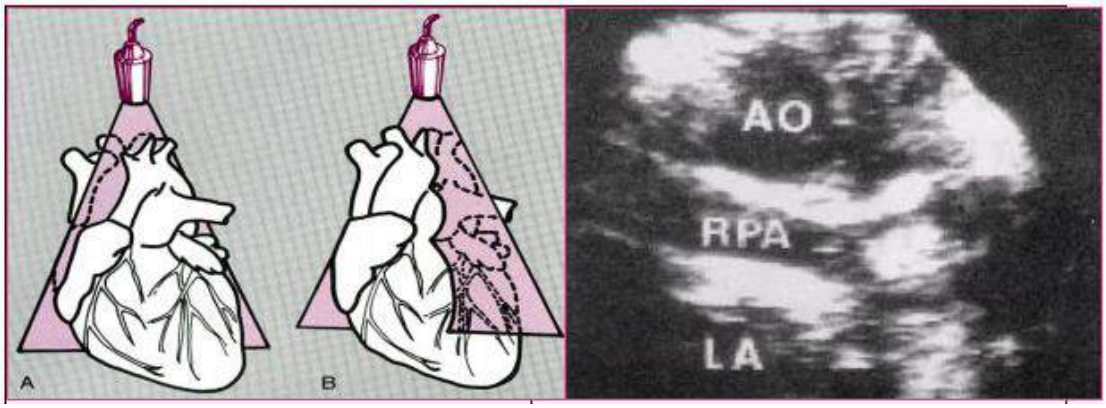
d) Các mặt cắt trên hõm ức

*** Theo trục dọc:** thấy được cung ĐMC và các nhánh thân ĐM cánh tay đầu, ĐM cảnh gốc trái, ĐM dưới đòn trái, ĐMC lên, ĐMC xuống, eo ĐMC, ĐM phổi phải cắt ngang



Hình 9. Mặt cắt trên hõm ức theo trục dọc

*** Theo trục ngang:** từ mặt cắt trục dọc, xoay đầu dò 900 ngược chiều kim đồng hồ sẽ được một mặt cắt trục ngang thấy được cung ĐMC cắt ngang, ĐM phổi phải theo chiều dọc, TM chủ trên và TM vô danh, nhĩ trái và các TM phổi.



Hình 10. Mặt cắt trên hõm ức theo trục ngang

- Có thể phát hiện các biểu hiện bệnh lý của tim:

+ Hẹp eo ĐMC

+ Phình, tách ĐMC đoạn quai.

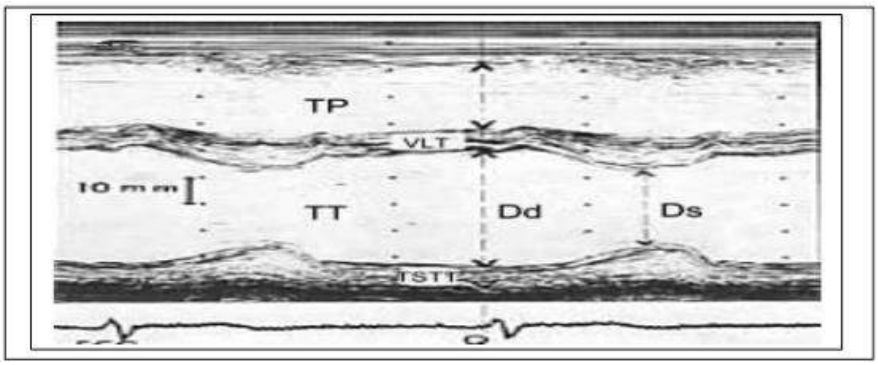
3.2. Siêu âm TM

Sóng siêu âm thẳng góc với cấu trúc tim, giúp đo được bề dày, bề rộng các cấu trúc này.

Đầu dò đặt ở bờ trái xương ức khoang liên sườn 3 hoặc 4, đầu dò tạo với mặt phẳng lồng ngực một góc 80^o - 90^o.

*** Vị trí mặt cắt ngang thất:**

Thiết đồ cạnh ức trái (trục dài hoặc trục ngắn) là vị trí chuẩn nhất để đo các kích thước của thất trái trên siêu âm TM (theo hiệp hội siêu âm tim mạch hoa kỳ).



Hình 11. Siêu âm TM ngang thất trái

Cắt ngang thất trái ngay sát bờ tự do của van HL, từ trước ra sau sẽ thấy các cấu trúc: thành ngực phía trước, thành trước thất phải, buồng thất phải, VLT, buồng thất trái, thành sau thất trái, thượng tâm mạc dính sát ngoại tâm mạc cho hình ảnh siêu âm đậm. Mặt cắt này cho phép đo

- Vào cuối thời kỳ tâm trương (khởi đầu sóng Q của phức bộ QRS trên ĐTĐ) đường kính thất phải, bề dày vách liên thất, đường kính thất trái, bề dày thành sau thất trái

- Vào cuối thời kỳ tâm thu (đo ở vị trí vách liên thất đạt được độ dày tối đa) bề dày vách liên thất, đường kính thất trái, bề dày thành sau thất trái.

- Thể tích tống máu thất trái, từ đó có thể tính được cung lượng tim.

- Có thể phát hiện các biểu hiện bệnh lý của tim:

+ Di động bất thường van HL: di động song song trong hẹp van HL

+ Bề dày VLT (bt: tâm trương 7,5 ± 1mm; tâm thu 10 ± 2 mm)

+ Thành sau thất trái (bt: tâm trương 7, 0 ± 1 mm; tâm thu 12 ± 1 mm)

+ Di động bất thường VLT, thành sau thất trái: giảm di động, di động nghịch thường trong nhồi máu cơ tim, tràn dịch màng tim gây ép tim cấp.

+ Đường kính thất phải (bt 16 ± 4mm)

+ Đường kính thất trái (bt: tâm trương 46 ± 4 mm, tâm thu 30 ± 3 mm)

+ Thể tích thất trái tâm trương (101 ± 17 ml) và tâm thu (37 ± 9 ml), thể tích tống máu thất trái.

+ Phân số co rút cơ thất trái (%D: 34 ± 6)

+ Phân số tống máu thất trái (EF: 63 ± 7 %)

+ Tràn dịch màng tim: nếu khoảng trống siêu âm ở sau thất trái thời kỳ tâm thu, tâm trương.

*** Vị trí mặt cắt ngang van ĐMC và nhĩ trái**

Từ trước ra sau sẽ thấy các cấu trúc thành trước lồng ngực, thành trước thất phải, buồng tống máu thất phải, thành trước ĐMC nối liền bằng vách liên thất, sự liên tục của van HL-ĐMC, buồng nhĩ trái, thành sau nhĩ trái.

Chỉ quan sát được 2 trong 3 lá van sigma của ĐMC: lá vành phải và lá không vành. Vận động các van sigma ĐMC khi mở tạo thành "hình hộp". Mặt cắt này cho phép đo:

+ Đường kính cuối tâm trương ĐMC (bt: 28 ± 3 mm)

+ Biên độ mở van ĐMC

+ Đường kính cuối tâm thu của nhĩ trái (bt: 31 ± 4 mm)

- Có thể phát hiện các biểu hiện bệnh lý của tim:

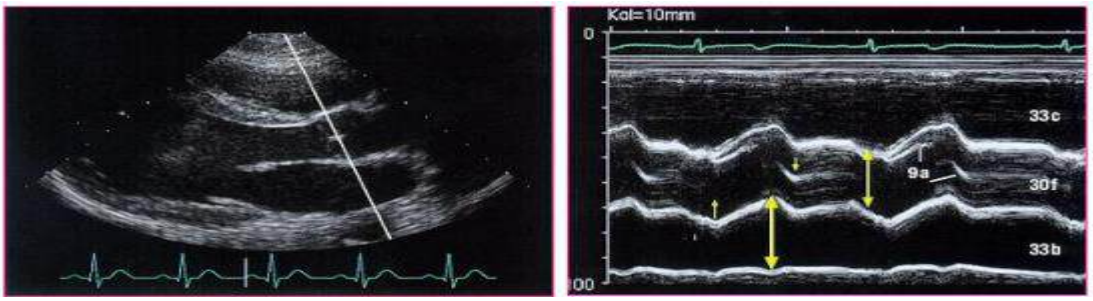
+ Sùi van tim: van HL, van BL

+ Hẹp van HL, dầy, vôi hóa van HL. .

+ Huyết khối trong buồng nhĩ trái, u nhầy nhĩ trái...

+ Sự vận động bất thường của VLT, thành bên thất trái trong nhồi máu cơ tim, tràn dịch màng tim gây ép tim cấp.

+ Tràn dịch màng tim: nếu số lượng nhiều có thể thấy được khoảng trống siêu âm ở thành bên thất phải và thất trái (mặt cắt 4 buồng). Quanh thất trái (mặt cắt trục ngang).



Hình 12. Mặt cắt TM ngang van động mạch chủ và nhĩ trái

3.3. Siêu âm Doppler

Hiệu ứng doppler được phát sinh khi sóng siêu âm với một tần số f_i được phát ra gặp một cấu trúc đang chuyển động, dội trở lại với tần số f_r, hiệu số f_i và f_r là f_d

$$f_d = \frac{2fi \times V \times \cos\theta}{C}$$

V: vận tốc dòng máu theo cm/sec

θ: góc hợp bởi chùm siêu âm tới fi và chiều di chuyển của cấu trúc.

Trong tim mạch cấu trúc là dòng máu, đại diện là hồng cầu

C: vận tốc của sóng siêu âm trong mô sinh vật (1560 cm/sec).

Mục đích của siêu âm doppler: khảo sát huyết động không xâm nhập

a) Các dạng của siêu âm doppler**:** doppler xung, doppler liên tục, doppler màu (một dạng đặc biệt của doppler xung).

*** Doppler xung:** sóng siêu âm phát ra và sóng thu nhận được thực hiện bởi 1 tinh thể, do đó chùm siêu âm phát ra ngắt quãng để đầu dò nhận âm dội sau 1 khoảng thời gian chậm chễ (time delay) mà độ dài ngắn phụ thuộc vào độ sâu cần thăm dò.

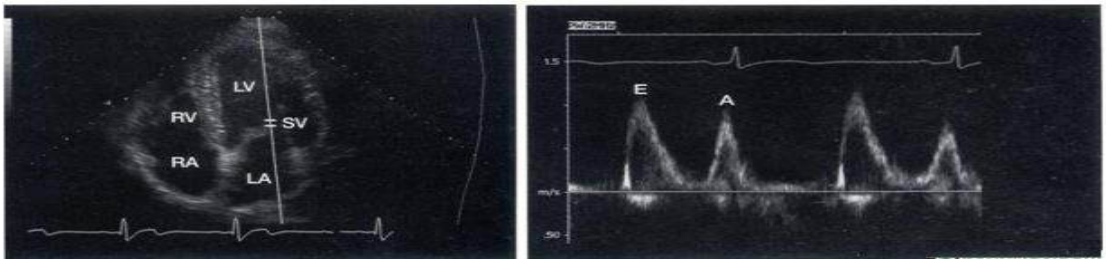
*** Doppler liên tục:** sóng siêu âm phát ra và sóng thu nhận được thực hiện bởi 2 tinh thể khác nhau của đầu dò, do đó không có hạn chế về tốc độ máu.

*** Doppler màu:** là doppler xung mà vận tốc và chiều di chuyển của dòng máu được thể hiện bằng mầu sắc khác nhau với độ đậm nhạt khác nhau. Theo quy ước, khi dòng chảy hướng tới đầu dò ta có màu đỏ, và màu xanh khi dòng chảy đi xa đầu dò.

b) Khảo sát các dòng chảy bình thường

*** Dòng chảy qua van HL:** ghi tốt nhất ở mặt cắt 4 buồng từ mỏm

Thời kỳ tâm trương: hai sóng dương, gồm sóng E (sóng đổ đầy đầu tâm trương của thất trái) và sóng A (sóng đổ đầy khi nhĩ trái co bóp)

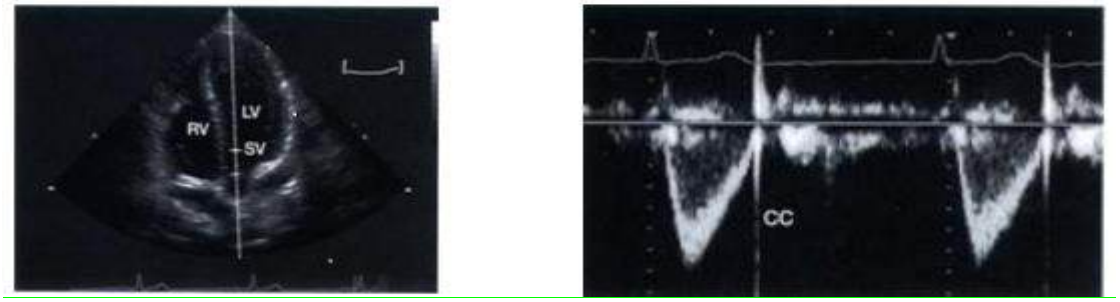


Hình 13. Doppler xung qua dòng chảy van hai lá

Có thể phát hiện các biểu hiện bệnh lý của tim: hở van HL (dòng phụt ngược ở thời kỳ tâm thu)

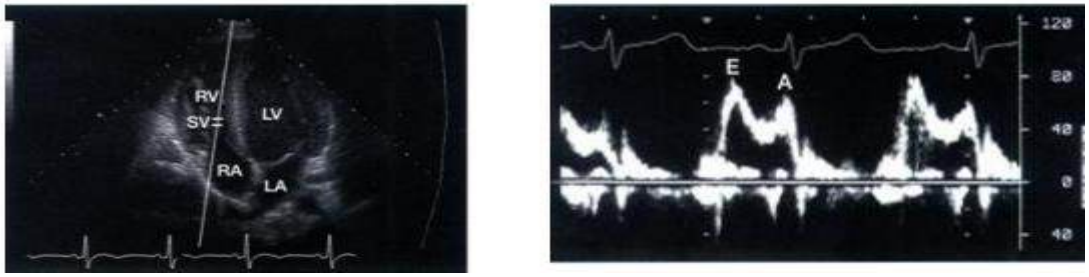
*** Dòng chảy qua van ĐMC:** thường ghi được ở mặt cắt 5 buồng từ mỏm, hoặc mặt cắt cạnh ức phải, hoặc mặt cắt trên hóm ức là sóng tâm thu lên nhanh, xuống nhanh. Phổ dương hay âm tùy vị trí mặt cắt.

Có thể phát hiện các biểu hiện bệnh lý của tim: hở van ĐMC (dòng phụt ngược ở thời kỳ tâm trương)



Hình 14. Doppler xung qua dòng chảy van động mạch chủ

*** Dòng chảy qua van ba lá:** thường ghi được mặt cắt 4 buồng từ mỏm, mặt cắt cạnh ức trái, mặt cắt 4 buồng dưới bờ sườn. Phổ của dòng van ba lá cùng dạng với phổ của dòng dòng van HL (phổ có dòng dương). Trong thời kỳ tâm thu có thể thấy dòng hở van BL (phổ có dòng âm)



Hình 15. Doppler xung qua van ba lá

- Có thể phát hiện các biểu hiện bệnh lý của tim:

+ Hở van BL (dòng phụt ngược ở thời kỳ tâm thu)

+ Tăng áp ĐM phổi: chênh áp qua van thời kỳ tâm thu > 30 mmHg

*** Dòng chảy qua van ĐM phổi:** thường ghi được ở mặt cắt cạnh ức trái.

Thời kỳ tâm thu, phổ có dòng âm. Thời kỳ tâm trương có thể có phổ của hở van ĐM phổi (phổ có dòng dương).

Có thể phát hiện các biểu hiện bệnh lý của tim: hở van ĐM phổi (dòng phụt ngược ở thời kỳ tâm trương)

VI. THEO DÕI

- Ý thức, mạch, huyết áp, nhịp thở, SpO_2 trong quá trình làm siêu âm
- Các thông số máy thở (nếu người bệnh đang thở máy).

9. QUY TRÌNH KỸ THUẬT GHI ĐIỆN TIM TẠI GIƯỜNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Điện tim đồ là một đường cong, đồ thi tuần hoàn, ghi lại các biến thiên của các điện lực do tim phát ra trong một hoạt động co bóp.

Điện tim có thể coi là một đò thị có hoành độ là thời gian và tung độ là điện thế của dòng điện tim.

II. CHỈ ĐỊNH

Tủy theo bệnh cảnh Người bệnh mà chỉ định làm điện tim một chuyển đạo hay 12 chuyển đạo.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định làm điện tim

IV.12 CHUYỂN ĐẠO CƠ BẢN

- Chuyển đạo mẫu

+ Chuyển đạo D1: điện cực âm ở tay phải, điện cực dương ở tay trái.

+ Chuyển đạo D2: điện cực âm ở tay phải, điện cực dương ở chân trái.

+ Chuyển dạo D3: điện cực âm ở tay trái, điện cực ở chân trái.

Chuyển đạo đơn cực các chi

+ Chuyển đạo AVR: điện cực ở cổ tay phải, thu điện thế ở mé phải và đáy tim.

+ Chuyển đạo AVL: điện cực ở cổ tay trái, thu điện thế ở phía thất trái

+ Chuyển đạo AVF: điện cực ở cổ chân trái, chuyển đạo duy nhất “nhìn” thấy được thành sau dưới đáy tim.

- Chuyển đạo trước tim.

+ V1: Cực thăm dò ở khoảng gian sườn 4 bên phải, sát xương ức.

+ V2: Cực thăm dò ở khoảng gian sườn 4 bên trái, sát xương ức

+ V3: Cực thăm dò ở điểm giữa đường thẳng nối V2 với V4.

+ V4: Giao điểm của đường thẳng đi qua điểm giữa xương đòn trái và khoang liên sườn 5.

+ V5: cực thăm dò ở giao điểm của đường nách trước bên trái với đường đi ngang qua V4

+ V6: Cực thăm dò ở giao điểm của đường nách giữa và đường ngang qua V4, V5.

V. CHUẨN BỊ

1. Phương tiện, dụng cụ

- Máy điện tim: Có đủ dây dẫn, dây đất bản cực.

- Kem dẫn điện hoặc nước muối 9%o

- Vài miếng gạc sạch để lau chất dẫn diện, sau khi làm xong.

2. Người bệnh

- Nếu là trẻ nhỏ, không hiểu biết, khó điều khiển: cần cho uống thuốc an thần để Người bệnh nằm yên rồi mới làm.

- Người bệnh tỉnh táo: giải thích kỹ thuật không gáy đau, không ảnh hưởng đến cơ thể cần thiết phải làm để giúp cho quá trình điều trị. Người bệnh phải bỏ các vật dụng kim khí trong người ra: đồng hồ, chìa khóa...

Nghỉ ngơi trước khi ghi điện tim ít nhất 15 phút.

- Để Người bệnh nằm ngửa thoải mái trên giường.

- Nhiệt độ phòng không được quá lạnh.

3. Hồ sơ bệnh án

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

VI. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Nối dây đất ở máy vào vị trí nào đó: vòi nước, chỗ rửa có phần kim loại tiếp xúc với mặt đất.

- Nối nguồn điện vào máy, bật máy thấy chắc chắn điện đã vào máy

Bộc lộ phần cổ tay, cổ chân người bệnh, bôi chất dẫn điện vào các bản cực nối các bản cực vào cổ tay cổ chân (mặt trong cổ tay cổ chân). Lắp các dây chuyển đạo ngoại vi vào các bản cực sao cho dây có màu đỏ nối với bản cực ở cổ tay phải.

- Dây có màu vàng nối với bản cực ở cổ tay trái

- Dây có màu đen nối với bản cực ở cổ chân phải.

- Dây có màu xanh nối với bản cực ở cổ chân trái.

- Bộc lộ phần ngực người bệnh, bôi chất dẫn điện vào các vị trí da nơi gắn điện cực, sau đó gắn với điện cực lên vị trí tương ứng.

- Bảo Người bệnh thở đều, có thể nhắm mắt lại.

- Bật máy, định chuẩn điện thế, thời gian: làm test thời gian và biên độ. Yêu cầu của test là phải vuông góc. Làm test nào thì ghi điện tim theo test đó (thời gian và điện thế).

- Chú ý tốc độ chạy giấy có những tốc độ sau: l0mm/s, 25mm/s, 50mm/s, 100mm/s.

Điện tâm đồ bình thường chạy tốc độ 25mm/s.

Nếu chạy 10mm/s khoảng cách các phức bộ ngắn.

Nếu chạy 50mm/s, 100mm/s: các phức bộ chậm và giãn ra.

Ghi các chuyển đạo: mỗi chuyển đạo nên ghi khoảng cách từ 3 đến 5 ô.

Nhưng nếu nhịp tim không đều có thể ghi dài hơn theo yêu cầu. Trong quá trình ghi, kim ghi có thể lên xuống phải điều chỉnh kim sao cho vị trí kim ghi luôn ở giữa giấy.

Ghi xong các chuyển đạo, cho giấy chạy quá vài ô rồi tắt máy.

Tắt máy tháo các điện cực trên cơ thể người bệnh, lau chất dẫn điện trên người Người bệnh và trên các bản cực.

Ghi lên đoạn giấy: tên họ người bệnh, tuổi ngày giờ ghi. Ghi tên các chuyển đạo tương ứng lên giấy.

Thu dọn máy móc, cắt dán đoạn điện tim vừa ghi vào phiếu theo dõi điện tim.

VII. CÁCH ĐỌC ĐIỆN TIM CƠ BẢN

1. Điện tâm đồ bình thường

Được biểu diễn trên giấy, chiều dọc biểu thị biên độ (độ cao của sóng) và chiều ngang biểu hiện thời gian.

- Sóng P: ứng với thời gian xung động từ nút xoang ra nhĩ (hiện tượng khử cực của nhĩ) trung bình biểu đồ 1 - 3mm. Thời gian 0,008 giây.

- Khoảng PQ: biểu hiện của cả thời gian khử cực nhĩ với việc truyền xung động từ nhĩ xuống thất, trên điện tâm đồ là bắt đầu từ sóng P đến đầu sóng Q.

Trung bình dài từ 0,12 đến 0,18 giây.

- Phức bộ QRS: là hoạt động của 2 thất. Thời gian trung bình là 0,08 giây. Biên độ QRS thay đổi khi cao khi thấp tùy theo tư thế tim.

- Đoạn ST ứng với thời kỳ tâm thất được kích thích đồng nhất, thời kỳ hoàn toàn khử cực của thất.

- Sóng T: ứng với thời kỳ tái cực thất, bình thường dài 0, 2 giây.

- Đoạn QT: thời gian tâm thu điện học của thất. Trung bình 0, 35 đến 0, 40 giây. Đo từ đầu sóng Q đến cuối sóng T.

2. Các sự cố gây nhiễu khi ghi điện tim

- Các sóng nhiễu xuất hiện không có quy luật, hình dạng rất khác nhau, chỉ thêm vào điện tâm đồ mà không thay thế một sóng nào cả. Nguyên do có thể do sức cản của da (da bẩn) hoặc khô chất dẫn điện.

- Nhiễu: trên hình ảnh điện tâm đồ thấy các đoạn gấp khúc hay rung động từng chỗ, có thể chênh hẳn hoặc uốn lượn có các sóng nhỏ lăn tăn.

Khi gặp nên xem lại: Người bệnh có cử động nhẹ không (không được cử động), nhịp thở rối loạn Người bệnh run vì rét hoặc sợ (ủ ấm, giải thích hoặc uống thuốc an thần trước khi ghi). Có thể 1 trong các bản cực bị tuột (xem các bản cực).

VIII. THEO DÕI

Điều dưỡng nhận định sơ bộ điện tim bất thường hay bình thường. Nếu bất thường báo ngay cho bác sĩ để xử trí kịp thời.

10. QUY TRÌNH KỸ THUẬT CẤP CỨU NGỪNG TUẦN HOÀN CƠ BẢN

I. ĐẠI CƯƠNG

- Ngừng tuần hoàn là tim đột ngột ngừng hoạt động hoặc còn hoạt động điện học nhưng không co bóp. Ngừng tuần hoàn là 1 tối cấp cứu vì có thể xảy ra đột ngột bất kỳ lúc nào với bất kỳ ai và ở bất kỳ đâu.

- Hồi sinh tim phổi cần được bắt đầu ngay lập tức sau khi phát hiện Người bệnh ngừng tuần hoàn. Do khoảng thời gian từ khi gọi cấp cứu đến khi kíp cấp cứu có mặt để cấp cứu Người bệnh thường trên 5 phút, nên khả năng cứu sống được Người bệnh ngừng tim phụ thuộc chủ yếu vào khả năng và kỹ năng cấp cứu của người cấp cứu tại chỗ.

- Trong cấp cứu ngừng tuần hoàn cần tiết kiệm tối đa thời gian do vậy cần nhanh chóng tiếp cận Người bệnh nghi ngờ ngừng tuần hoàn, gọi hỗ trợ sớm và nhanh chóng tiến hành cấp cứu tại chỗ.

II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh ngừng tuần hoàn

III. DẤU HIỆU SỚM NHẤT NGỪNG TUẦN HOÀN

- Dấu hiệu sớm nhất và cũng dễ nhận biết nhất khi ngừng tuần hoàn là mất ý thức đột ngột.

- Ngay khi nhìn thấy hoặc được thông báo có người mất ý thức đột ngột chúng ta cần nhanh chóng tiếp cận người bệnh. Gọi hỏi Người bệnh thật to bằng 2 câu hỏi " Anh tên là gì?" và "Anh làm sao thế?" đồng thời dùng tay đập mạnh lên vùng ngực Người bệnh hoặc dùng tay day ấn mạnh vào vùng xương ức (vùng giữa ngực)

- Ngay lập tức sau đó chúng ta cần gọi hỗ trợ. Gọi ngắn gọn, đủ lớn và đủ thông tin theo thứ tự như sau: "Người bệnh ở đâu (ví dụ: trong bếp, ngoài vườn…), bị bất tỉnh đột ngột, cần hỗ trợ cấp cứu khẩn cấp"

IV. XỬ TRÍ CẤP CỨU TẠI CHỖ

- Xử trí cấp cứu ngừng tuần hoàn được khởi động ngay từ khi phát hiện trường hợp nghi ngờ ngừng tuần hoàn. Người cấp cứu vừa tiến hành tiếp cận người bệnh, gọi người hỗ trợ vừa bắt đầu các biện pháp hồi sinh tim phổi cơ bản ngay.

- Khi có nhiều người cần có 1 người là chỉ huy để phân công, tổ chức cấp cứu đúng trình tự và đồng bộ.

- Cần ghi nhớ thời điểm tiếp cận Người bệnh và bắt đầu cấp cứu.

- Thiết lập không gian cấp cứu đủ rộng và hạn chế tối đa những người không không tham gia cấp cứu vào và làm cản trở công tác cấp cứu.

- Nhanh chóng đặt Người bệnh nằm trên 1 mặt phẳng cứng để có thể tiến hành làm hôi sinh tim phổi cơ bản

Tiến hành ngay hồi sinh tim phổi cơ bản (ABC)

Kiểm soát đường thở:

+ Đặt ngửa đầu, cổ ưỡn, thủ thuật kéo hàm dưới/nâng cằm.

+ Chú ý trường hợp nghi ngờ hoặc có chấn thương cột sống cổ không làm thủ thuật kéo hàm/nâng cằm.

+ Móc sạch đờm dãi hay dị vật trong miệng nếu có. Làm nghiệm pháp Heimlich nếu có nghi ngờ dị vật đường thở.

Kiểm soát và hỗ trợ hô hấp: thổi ngạt hoặc bóp bóng

Nếu Người bệnh không thở: thổi ngạt hoặc bóp bóng 2 lần liên tiếp. Sau đó kiểm tra mạch:

+ Nếu có mạch: tiếp tục thổi ngạt hoặc bóp bóng.

+ Nếu không có mạch: thực hiện chu kỳ ép tim/thổi ngạt (hoặc bóp bóng) theo tỷ lệ 30/2.

+ Nhịp thở nhân tạo (thổi ngạt, bóp bóng) thổi vào trong 1 giây, đủ làm lồng ngực phồng lên nhìn thấy được với tần số nhịp là 10 - 12 lần/phút đối với người lớn, 12-20 lần/phút đối với trẻ nhỏ và nhũ nhi.

+ Nối ôxy với bóng ngay khi có ôxy.

Kiểm soát và hỗ trợ tuần hoàn: ép tim ngoài lồng ngực

+ Kiểm tra mạch cảnh trong vòng 10 giây. Nếu không thấy mạch: tiến hành ép tim ngoài lồng ngực ngay.

+ Ép tim ở 1/2 dưới xương ức, lún 1/3-1/2 ngực (4-5 cm với người lớn) đủ để sờ thấy mạch khi ép; tần số 100 lần/phút. Phương châm là *"ép nhanh, ép mạnh, không gián đoạn và để ngực phồng lên hết sau mỗi lần ép".*

+ Tỷ lệ ép tim/thông khí là 30/2 nếu là Người bệnh người lớn hoặc Người bệnh trẻ nhỏ, nhũ nhi có 1 người cấp cứu. Tỷ lệ có thể là 15/2 đối với trẻ nhỏ hoặc nhũ nhi có 2 người cấp cứu.

+ Kiểm tra mạch trong vòng 10 giây sau mỗi 5 chu kỳ ép tim/thổi ngạt hoặc sau mỗi 2 phút (*1 chu kỳ ép tim/thổi ngạt là 30 lần ép tim/2 lần thổi ngạt*).

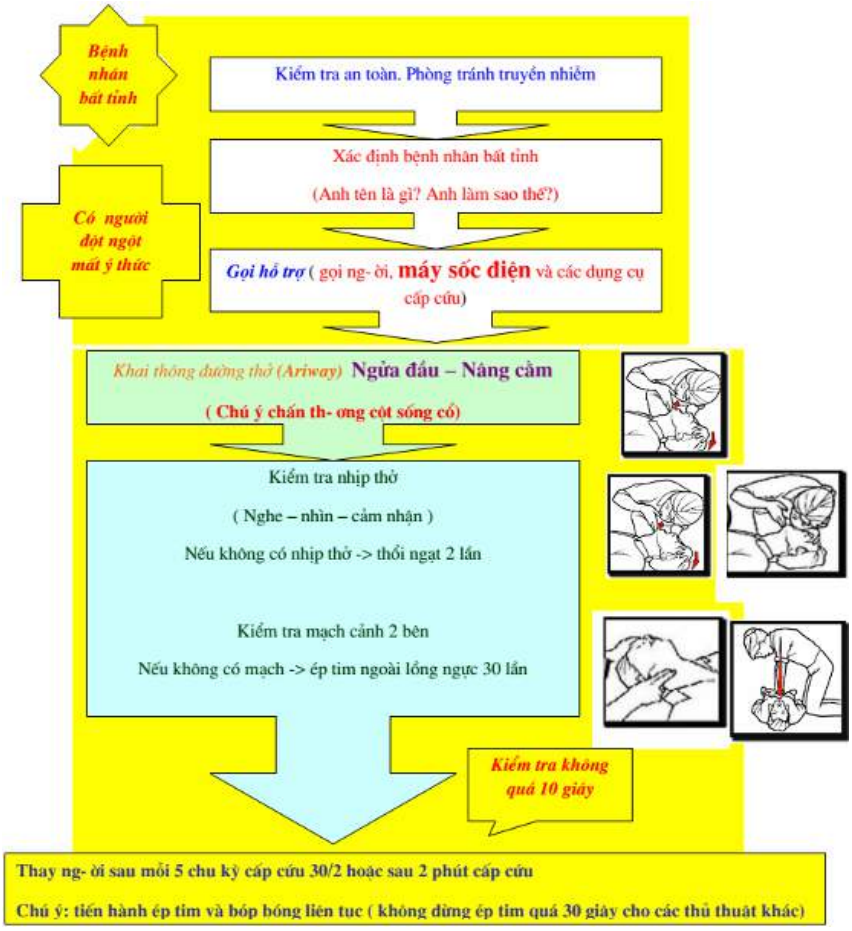
V. PHÒNG BỆNH

Ngừng tuần hoàn thường xảy ra đột ngột, không dự đoán trước được. Tất cả mọi người, các Người thực hiện cấp cứu, người thực hiện cứu hộ phải được tập luyện và chẩn bị sẵn sàng cấp cứu. Các cơ sở cấp cứu tại chỗ cần có các phương tiện và thuốc cấp cứu cần thiết cho cấp cứu ngừng tuần hoàn.

Túi thuốc cấp cứu cần có mặt nạ giấy hoặc mặt nạ có ống dài để thổi ngạt, bóng ambu và mặt nạ bóp bóng, bình ô xy, bộ đặt nội khí quản và ống nội khí quản số 7 số 8, thuốc adrenalin ống 1mg.

CẤP CỨU NGỪNG TUẦN HOÀN CƠ BẢN

Basic life support



11. QUY TRÌNH KỸ THUẬT SỐC ĐIỆN NGOÀI LỒNG NGỰC

I. ĐẠI CƯƠNG

Dùng 1 xung điện có điện thế lớn (7000-8000 volt) trong thời gian rất ngắn (0,03 - 0,10 s) phóng qua tim làm khử cực toàn bộ cơ tim, tạo điều kiện cho nút xoang trở lại nắm quyền chỉ huy toàn bộ tim. Có hai loại: sốc điện không đồng bộ và sốc điện đồng bộ (xung được phóng ra vào thời điểm lựa chọn là sườn sau sóng R). Sốc điện có thể tiến hành trực tiếp trên tim khi mở lồng ngực (sốc điện trong lồng ngực) hoặc qua thành ngực (sốc điện ngoài lồng ngực).

II. CHỈ ĐỊNH

1. Sốc điện cấp cứu

- Rung thất/nhanh thất vô mạch: sốc điện không đồng bộ, mức năng lượng: 360J
- Loạn nhịp nhanh (trừ nhanh xoang) có rối loạn huyết động: sốc điện đồng bộ
- Cần thực hiện nhanh chóng, không cần gây mê, chống đông.

2. Sốc điện có chuẩn bị

- Các loạn nhịp nhanh (trừ nhanh xoang) chưa có rối loạn huyết động không đáp ứng với các biện pháp điều trị khác như thủ thuật cường phế vị, thuốc chống loạn nhịp. Cần gây mê ngắn khi sốc điện.
- Phương thức: Sốc điện đồng bộ, mức năng lượng thường thấp 25-200J.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tim nhanh nhĩ đa ổ
- Người bệnh còn tỉnh
- Có sự tiếp xúc trực tiếp của Người bệnh với người khác.
- Bề mặt da vị trí đặt điện cực bị ẩm ướt.

- Người bệnh đang mang các thiết bị tạo nhịp hay phá rung trong người.

IV. CHUẨN BỊ

1. Thuốc

- Thuốc gây mê tác dụng ngắn: Propofol là thuốc được lựa chọn hàng đầu hiện nay.

- Các thuốc vận mạch

2. Dụng cụ

Dụng cụ cấp cứu: Bóng ambu, nguồn ô xy, bộ dụng cụ đặt nội khí quản.

Máy sốc điện bao gồm:

- Bộ phận tạo xung điện là 1 tụ điện tích điện từ nguồn điện xoay chiều có khả năng phóng ra được dòng điện với các tính chất mong muốn theo yêu cầu sốc điện.

- Bản sốc điện có kích cỡ thay đổi tùy sốc trong hay ngoài lồng ngực, người lớn hay trẻ em. Đối với người lớn sốc điện qua thành ngực thường có đường kính 80mm.

- Dây điện cực với 3 - 5 điện cực

- Màn huỳnh quang (monitor) hiển thị sóng điện tim thu từ các điện cực hoặc bản sốc điện, các thông số kỹ thuật.

- Nút/phím chọn phương thức sốc điện đồng bộ (SYN = synchronization).

- Nút hoặc phím lựa chọn mức năng lượng (tính bằng joules hoặc watts). Các mức 5 - 50 J chủ yếu dùng cho sốc điện trực tiếp trên tim khi phẫu thuật mở lồng ngực; các mức cao hơn thường dùng cho sốc điện ngoài lồng ngực.

- Nút/phím nạp điện (CHARGE)

- Nút phóng điện

3. Hồ sơ bệnh án

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Đặt các bản điện cực trên thành ngực người bệnh, kết nối dây dẫn các điện cực với monitoring. Lựa chọn phương thức sốc điện và năng lượng sốc.

- Thoa kem dẫn điện đầy đủ, lực ép trên thành ngực phải đủ đảm bảo tiếp xúc tốt với da Người bệnh tránh sinh nhiệt quá mức gây phỏng da.

- Tránh nối tắt do kem dẫn điện giữa 2 bản điện cực, không để phần da trần của Người bệnh tiếp xúc với các vật kim loại xung quanh như thành giường để đảm bảo hiệu quả của sốc điện.

- Gây mê ngắn cho Người bệnh bằng propofol liều 1 mg/kg cân nặng.

- Người phụ bóp bóng hỗ trợ hô hấp cho người bệnh, theo dõi liên tục SpO_2

- Thủ thuật viên đặt các bản điện cực sốc vào đúng vị trí. Thông thường vị trí đặt bản điện cực là đáy - đỉnh, bản điện cực “STERNUM” ở vùng dưới xương đòn bên phải, “APEX” ở hơi phía ngoài mỏm tim.

- Ấn phím nạp điện, khi thanh chỉ dẫn nạp điện ở mức đủ, ấn phím phóng điện.

- Sau khi sốc điện, người phụ duy trì bóp bóng qua mặt nạ có ôxy cho đến khi Người bệnh hồi tỉnh hoàn toàn.

- Cách ly tốt Người bệnh để tránh gây điện giật cho những người xung quanh.

VI. THEO DÕI

- Lâm sàng: ý thức người bệnh, nhịp thở, nhịp tim, huyết áp. Nếu Người bệnh ngừng thở thì cố gắng kích thích bằng cách gây đau và gọi to cho Người bệnh tỉnh. Nếu Người bệnh vẫn ngừng thở và SaO_2 <90%: bóp bóng có ôxy hỗ trợ. Nếu tăng tiết đờm rãi: hút đờm rãi qua mũi miệng, đặt NKQ nếu cần.

- Theo dõi điện tâm đồ và xử trí những rối loạn nhịp nếu có.

- Theo dõi các tổn thương do sốc điện gây ra: bỏng, tiêu cơ vân, hoại tử cơ tim

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Rung thất do lựa chọn sai phương thức sốc điện, mức năng lượng quá cao: ép tim, và lựa chọn lại mức năng lượng.

- Ngừng tim: cấp cứu theo quy trình cấp cứu ngừng tuần hoàn ABC

- Tắc mạch: Hay gặp ở Người bệnh rung nhĩ không được điều trị chống đông hiệu quả. Can thiệp mạch hoặc phẫu thuật và dùng chống đông tùy từng trường hợp.

- Hoại tử cơ tim do năng lượng sốc quá cao

- Phù phổi cấp do suy giảm chức năng tâm thu thất trái hoặc do nhĩ ngừng co bóp thoáng qua: điều trị theo phác đồ xử trí phù phổi cấp.

- Bỏng da

12. QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐẶT CATHETER TRÊN KHỚP VỆ TẠI KHOA HỒI SỨC CẤP CỨU

I. ĐẠI CƯƠNG/ĐỊNH NGHĨA

Đặt catheter trên khớp vệ 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/mm^3; 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 catheter.

- 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

01 bác sĩ và 01 điều dưỡng đã được đào tạo

2. Người bệnh

2.1. Vật tư tiêu hao

- Bộ dụng cụ đặt catheter qua da

+ 01 catheter trên khớp vệ, cỡ 12 - 16 F.

+ 01 bơm tiêm 50 ml gắn vào đầu catheter, 03 bơm tiêm 10 ml.

+ 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 4 cm, băng dán vô khuẩn.

2.2. Dụng cụ cấp cứu

- Bộ cấp cứu sốc phản vệ

- Các chế phẩm máu sẵn sàng lĩnh về truyền khi xuất hiện chảy máu gây mất máu.

2.3. Các chi phí khác

- Máy siêu âm

- Máy chụp Xquang tại giường.

3. Người bệnh

- Giải thích cho Người bệnh (nếu Người bệnh còn tỉnh táo) và gia đình/người đại diện hợp pháp của Người bệnh về sự cần thiết và các nguy cơ của thủ thuật. Người bệnh/đại diện của Người bệnh ký cam kết thực hiện kỹ thuật.

- Người bệnh nằm ngửa, đầu cao 30^o và được chuẩn bị sạch vùng tiểu khung: cạo sạch lông, sát khuẩn rộng.

4. Hồ sơ bệnh án

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. 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, SPO_2 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^o 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 5 ml 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, SPO_2 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. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Co thắt bàng quang: Thường gặp, phòng bằng cách để đầu trong của catheter cách thành bàng quang 2cm. Khi co thắt mạnh dùng ô xybutynin 5 mg, 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.

13. QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐẶT ỐNG THÔNG BÀNG QUANG DẪN LƯU NƯỚC TIỂU

I. ĐẠI CƯƠNG

- Đặt thông tiểu là phương pháp đưa ống thông qua đường niệu đạo vào bàng quang lấy nước tiểu ra ngoài nhằm mục đích chẩn đoán và điều trị.
- Làm giảm sự khó chịu và căng quá mức do ứ đọng nước tiểu trong bàng quang.
- Đo lường khối lượng và tính chất nước tiểu lưu trú trong bàng quang.
- Lấy mẫu nước tiểu để xét nghiệm.
- Làm sạch bàng quang trong những trường hợp cần thiết như trước và sau phẫu thuật
- Theo dõi lượng nước tiểu liên tục ở người bệnh nặng nằm tại các khoa Hồi sức tích cực: suy thận cấp, sốc, ngộ độc, bỏng nặng…

II. CHỈ ĐỊNH

- Trường hợp Người bệnh bí tiểu do nhiều nguyên nhân (bệnh lý liệt cơ vòng cổ bàng quang, do dùng thuốc an thần, dãn cơ..)
- Rối loạn tiểu kéo dài: tiểu không tự chủ
- Vết thương loét, nhiễm trùng nặng vùng hậu môn trực tràng, âm đạo.
- Trước và sau các phẫu thuật.
- Lấy nước tiểu làm xét nghiệm giúp chẩn đoán và điều trị.
- Theo dõi số lượng nước tiểu trong các trường hợp sốc, suy thận cấp, Người bệnh dùng an thần giãn cơ ….

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Chấn thương niệu đạo như dập, rách, đứt niệu đạo, nhiễm khuẩn niệu đạo mủ.

U xơ tiền liệt tuyến gây bí tiểu hoàn toàn

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: Bác sỹ, điều dưỡng đã được đào tạo chuyên khoa Hồi sức cấp cứu.

- Rửa tay bằng dung dịch cồn sát khuẩn tay nhanh
- Đội mũ, đeo khẩu trang.
- Đi găng sạch để vệ sinh, làm sạch lông bộ sinh dục, kê bô dẹt, vệ sinh nước xà phòng bộ phận sinh dục cho Người bệnh.
- Rửa tay bằng xà phòng diệt khuẩn đúng quy trình kỹ thuật.

2. Phương tiện, Dụng cụ

2.1. Vật tư tiêu hao

- Ống thông bàng quang kích cỡ phù hợp: 01 cái
- Găng sạch: 01 đôi
- Găng vô khuẩn: 01 cái
- Khay quả đậu vô khuẩn
- Panh vô khuẩn
- Ống cắm panh
- Khay quả đậu sạch
- Bát kền

- Panh
- Kéo
- Xăng có lỗ: 01 cái
- Túi dẫn lưu nước tiểu: 01 cái
- Gạc củ ấu vô khuẩn
- Gạc miếng vô khuẩn
- Natriclorua 0,9%
- Dung dịch sát khuẩn iode (Povidin) 10%
- Bơm tiêm 20 ml: 01 cái
- Dầu parafin
- Xà phòng diệt khuẩn
- Lưỡi dao cạo
- Bình phong
- Ống xét nghiệm (nếu cần)
- Bô dẹt
- Tấm nilon 40 x 60 cm
- Mũ: 02 cái
- Khẩu trang: 02 cái
- Dung dịch sát khuẩn tay nhanh
- Xà phòng diệt khuẩn tay
- Dung dịch khử khuẩn sơ bộ
- Máy theo dõi
- Cáp điện tim
- Cáp đo SpO_2
- Cáp đo huyết áp liên tục
- Bao đo huyết áp

2.2. Dụng cụ cấp cứu

Bộ dụng cụ chống sốc.

3. Người bệnh- Thông báo giải thích cho Người bệnh và gia đình về mục đích của việc đặt ống thông bàng quang và yêu cầu sự hợp tác của gia đình người bệnh.

- Che bình phong
- Người bệnh nằm ngửa, cởi quần, bộc lộ vùng lỗ niệu đạo, đắp ga.
- Trải nilon dưới mông, được vệ sinh bộ phận sinh dục (như trên)

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra dụng cụ, đưa tới giường bệnh

- Điều dưỡng rửa tay bằng xà phòng tiệt khuẩn đúng quy trình kỹ thuật.
- Điều dưỡng đội mũ, đeo khẩu trang.
- Đưa dụng cụ đến giường để ở nơi thuận tiện.
- Mở bộ dụng cụ, đổ dung dịch sát khuẩn iode 10% vào bát kền
- Tư thế và Người bệnh đã được chuẩn bị sẵn, mở ga đắp để lộ bộ phận sinh dục.

2. Sát khuẩn vệ sinh vùng sinh dục niệu đạo

- Điều dưỡng sát khuẩn tay nhanh, đi găng sạch.
- Dùng kìm kẹp gạc củ ấu sát khuẩn bộ phận sinh dục và lỗ tiểu từ trên xuống dưới, từ trong ra ngoài cho đến khi sạch bằng dung dịch Povidin.
- Điều dưỡng tháo bỏ găng sạch, sát khuẩn tay bằng cồn rửa tay nhanh

3. Đặt ống thông tiểu vô trùng

- Đi găng vô trùng

- Trải săng có lỗ.

- Lấy bơm tiêm 20 ml hút nước muối 0,9%

- Đặt khay quả đậu đã hấp tiệt khuẩn vào giữa 2 đùi người bệnh để đựng nước tiểu.

- Nối ống thông tiểu với túi dẫn lưu.

- Bôi paraphin vào đầu ống thông tiểu 5 - 6 cm

- Một tay trái bộc lộ lỗ niệu đạo

- Sát trùng lại lỗ niệu đạo bằng Povidin 10%.

- Tay phải cầm ống thông và nhẹ nhàng đưa ống thông qua niệu đạo vào bàng quang:

+ Đối với Người bệnh nam: Tay phải cầm ống thông, tay trái nâng dương vật thẳng góc với thành bụng, đưa vào lỗ niệu đạo khoảng 10 cm, thấy vướng hạ dương vật xuống song song với thành bụng, tiếp tục đưa vào khoảng 10-15 cm thấy nước tiểu ra đẩy sâu thêm khoảng 3 - 5 cm.

+ Đối với Người bệnh nữ: Tay trái bộc lộ lỗ niệu đạo, tay phải cầm ống thông đưa nhẹ nhàng vào niệu đạo 4-5 cm thấy nước tiểu ra đẩy thêm vào 3 - 5 cm.

- Khi ống thông đã vào sâu trong bàng quang mới được bơm bóng chèn bằng NaCl 0,9% theo thể tích ghi trên ống thông, kéo nhẹ ra đến khi thấy vướng.

- Dùng gạc lau khô bộ phận sinh dục và đầu lỗ niệu đạo.

- Bỏ săng

- Dùng gạc tẩm Povidin quấn kín vị trí nối giữa ống thông với túi nước tiểu (đối với Người bệnh nam quấn thêm gạc tẩm Povidin quanh đầu dương vật)

- Dùng băng dính cố định ống thông vào đùi Người bệnh, túi đựng nước tiểu luôn đặt ở vị trí thấp hơn giường của Người bệnh

- Thu dọn dụng cụ, rửa tay.

- Đặt Người bệnh tư thế thích hợp, đắp ga, mặc lại quần áo cho Người bệnh (nếu cần), ghi ngày đặt thông.

- Ghi bảng theo dõi.

- Trường hợp chỉ định rút thông bàng quang ngay: khi nước tiểu ra hết, rút hết nước ở bóng chèn, gập đuôi ống thông và vừa rút ra vừa cuộn gọn bỏ vào khay quả đậu hoặc túi đựng

- Nếu lấy nước tiểu để xét nghiệm: bỏ nước tiểu đầu khi mới chảy ra, lấy nước tiểu giữa dòng.

VI. THEO DÕI

1. Trong khi làm thủ thuật

- Khi đưa ống thông vào niệu đạo thấy vướng chú ý không cố đưa vào, báo bác sĩ.

- Chảy máu niệu đạo trong khi làm thủ thuật

- Ống thông không đi vào bàng quang: dừng thủ thuật báo bác sĩ.

- Bàng quang căng quá to không nên tháo ra một lần mà phải tháo ra từ từ tránh gây xuất huyết.

- Thủng bóng chèn, kiểm tra bằng cách kéo ống thông bớt ra tới khi mắc sau bơm bóng

2. Sau tiến hành thủ thuật

- Không nên thông tiểu nhiều lần trong ngày

- Sau 7 ngày đặt thông bàng quang nếu còn chỉ định lưu thông báo bác sĩ để thay ống thông hoặc thay khi có dấu hiệu nhiễm khuẩn như cặn mủ, chảy máu.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ:

1. Tai biến trong khi tiến hành thủ thuật

- Chảy máu, chấn thương niệu đạo bàng quang: dừng thủ thuật, báo bác sĩ, đánh giá tổn thương, theo dõi các dấu hiện sinh tồn và cầu bàng quang, tình trạng chảy máu.

2. Tai biến sau khi tiến hành thủ thuật

- Nhiễm khuẩn bệnh viện ngược dòng.

- Tắc ống thông do chảy máu và cục máu đông

- Chấn thương, rách niệu đạo, tổn thương bàng quang.

- Đứt rách đầu bàng quang do Người bệnh giật rách ống thông

14. QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐẶT ỐNG THÔNG DẠ DÀY

I. ĐẠI CƯƠNG

Đặt ống thông dạ dày là luồn một ống thông vào trong dạ dày qua đường mũi, hoặc đường miệng, để theo dõi, hút dịch, rửa dạ dày hoặc nuôi dưỡng Người bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH

- Rửa dạ dày cho Người bệnh ngộ độc qua đường tiêu hóa đến sớm
- Theo dõi tình trạng chảy máu trong xuất huyết dạ dày.
- Hút dịch, hơi dạ dày
- Nuôi dưỡng Người bệnh nặng không tự ăn được

2. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Uống các chất gây ăn mòn: a xít, kiềm mạnh gây tổn thương mũi, miệng, hầu họng.

III. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 01 Điều dưỡng, phải là người đã được đào tạo kỹ thuật đặt ống thông dạ dày, cần phải đội mũ, đeo khẩu trang, đi găng tay sạch.
- Khi Người bệnh cần phải bóp bóng thì thêm Điều dưỡng thứ hai.

2. Phương tiện

- Ống thông Faucher băng chất dẻo, đầu tù, có nhiều lỗ ở cạnh, dùng để đặt đường miệng, rửa dạ dày trong trường hợp dạ dày có nhiều thức ăn, có các cỡ sau:

+ Số 10 đường kính trong 4 mm.

+ Số 12 đường kính trong 5 mm.

+ Số 14 đường kính trong 6 mm.

- Ống thông cho ăn được làm từ nhựa PVC (Stomach Tube) không độc hại, đã được khử khuẩn, thường dùng đặt qua đường mũi cho Người bệnh có các kích thước sau:

* Ở người lớn:

- Ống số 18 (đường kính trong 6 mm) dài 125 cm
- Ống số 16 (đường kính trong 5 mm) dài 125 cm

Có 4 vạch chuẩn:

- Vạch 1 cách đầu ống thông 45 cm
- Vạch 2 cách đầu ống thông 55 cm
- Vạch 3 cách đầu ống thông 65 cm
- Vạch 4 cách đầu ống thông 75 cm

* Ở trẻ em:

Ống số	Đường kính trong ống thông
12	3 mm
10	2,5 mm
8	2 mm
6	1,5 mm
4	1 mm

- Gói dụng cụ tiêu hao
- Gói dụng cụ rửa tay, sát khuẩn
- Bộ dụng cụ bảo hộ cá nhân
- Bộ dụng cụ, thuốc thủ thuật:
- Bộ dụng cụ, thuốc cấp cứu khi làm thủ thuật

3. Người bệnh:

- Nếu Người bệnh tỉnh: giải thích để Người bệnh hợp tác

- Tư thế Người bệnh: nằm ngửa, đầu thấp. trên ngực đặt một săng nhỏ sạch

- Hồ sơ bệnh án: ghi chỉ định đặt ống thông dạ dày, tình trạng Người bệnh trước và sau khi làm thủ thuật, cách thức tiến hành thủ thuật, theo dõi trong và sau thủ thuật về tai biến và biến chứng.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Chọn lựa ống thông: tùy theo mục đích, Người bệnh (người lớn, trẻ em), đặt đường miệng dùng ống thông to, đặt đường mũi dùng ống thông nhỏ (loại ống thông dùng một lần)

1.1. Đặt mò:

- Bôi trơn đầu ống thông bằng gạc thấm parafin vô khuẩn.

- Đặt đường mũi:

+ Đưa ống thông vào mũi Người bệnh một cách từ từ, đẩy ống thẳng góc với mặt, khi vào đến họng, gập đầu Người bệnh vào ngực, tiếp tục đẩy ống thông đến vạch thứ nhất (45 cm) vừa đẩy vào vừa bảo Người bệnh nuốt. Khi đầu ống thông vào đến dạ dày thấy có dịch và thức ăn chảy ra trong lòng ống thông.

+ Chiều sâu của ống thông: 45 cm nếu để cho Người bệnh ăn; 55 cm nếu để theo dõi chảy máu

- Đặt đường miệng:

+ Chỉ định cho Người bệnh chảy máu mũi do bệnh máu, rối loạn đông máu, viêm mũi... .,

+ Bảo Người bệnh há miệng nếu Người bệnh tỉnh, hợp tác. Nếu cần thiết dùng dụng cụ mở miệng, sau đó luồn canun Guedel vào rồi rút dụng cụ mở miệng ra.

+ Đưa ống thông vào miệng Người bệnh một cách từ từ, khi đến họng thì bảo Người bệnh nuốt đồng thời đẩy ống thông vào. Các thao tác tiếp theo cũng giống như đặt đường mũi.

1.2. Đặt ống thông bằng đèn đặt nội khí quản:

+ Khi không đặt được ống thông bằng đường mò

+ Luồn ống thông vào mũi, qua lỗ mũi sau, đến họng, dùng đèn đặt nội khí quản xác định vị trí thực quản, sau đó dùng kẹp Magill gắp đầu ống thông đưa vào lỗ thực quản đồng thời một người khác đẩy phần ngoài ống thông vào dạ dày Người bệnh.

+ Khi có nội khí quản cần tháo bóng chèn trước khi đặt ống thông, sau đó bơm bóng chèn trước khi rửa dạ dày.

2. Kiểm tra:

- Dịch vị và thức ăn có thể chảy ra ống thông.

- Đặt ống nghe ở vùng thượng vị của Người bệnh, dùng bơm 50 ml bơm vào ống thông sẽ nghe thấy tiếng lọc sọc ở thượng vị.

3. Cố định:

+ Mục đích để ống thông khỏi tuột,

+ Dán băng dính trên môi ngoài lỗ mũi, hoặc cố định vào ống nội khí quản

VI. THEO DÕI

- Theo dõi toàn trạng: Ý thức, mạch, huyết áp, nhịp thở, SpO_2, nhiệt độ.

- Theo dõi các tai biến sau làm thủ thuật: nôn, chảy máu, chấn thương phù nề thanh môn, tổn thương niêm mạc thực quản, dạ dày, rối loạn nước điện giải (Natri, kali)

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. **Nôn:** do phản xạ nhất là trẻ em, nguyên nhân đầu ống thông kích thích họng làm Người bệnh lo sợ. Vì vậy cần phải giải thích để Người bệnh hợp tác.

2. **Chấn thương vùng thanh môn** gây phù nề thanh môn, hoặc phản xạ gây co thắt thanh môn do đầu ống thông đi vào đường khí quản, đặt thô bạo.

+ Biểu hiện: Người bệnh có cảm giác đau vùng họng, nói khó, khàn tiếng. Nặng có khó thở thanh quản có thể gây ngạt thở cấp. Nếu không xử trí kịp thời Người bệnh có thể tử vong.

+ Điều trị:

- Nhẹ: Cho Người bệnh khí dung corticoid.

- Nặng: Đặt nội khí quản, nếu không được phải mở khí quản một thì

3. **Chảy máu**

+ Hay gặp chảy máu mũi khi đặt ống thông đường mũi do niêm mạc mũi nhiều mạch máu nông, ống thông to, không bôi trơn dầu parafin, đặt thô bạo. Chảy máu miệng ít gặp hơn chủ yếu chảy máu chân răng khi khó mở miệng Người bệnh, Người bệnh dãy giụa khi đặt ống thông. Chảy máu thực quản dạ dày gặp khi dùng ống thông có đầu cứng, đưa vào quá sâu.

+ Phòng: Phải giải thích để Người bệnh hợp tác, làm đúng động tác, nhẹ nhàng đầu ống thông không vát cạnh và cứng.

+ Điều trị: Chảy máu nhẹ thường tự cầm nếu Người bệnh không có rối loạn đông máu. Nặng có thể dùng adrenalin pha nồng độ 1/10.000 rồi nhỏ vào chỗ chảy máu khi Người bệnh không có chống chỉ định dùng adrenalin. Nếu không đỡ có thể phải đặt nút gạc lỗ mũi. Tốt nhất nên mời chuyên khoa Tai Mũi Họng để cầm máu. Trong trường hợp chảy máu dạ dày nặng phải soi dạ dày để cầm máu, có khi phải truyền máu khi có tình trạng mất máu nặng.

15. QUY TRÌNH KỸ THUẬT SIÊU ÂM Ổ BỤNG CẤP CỨU

I. ĐẠI CƯƠNG

Siêu âm ngày càng phổ biến, dễ áp dụng, có độ chính xác tương đối cao khi được tiến hành bởi một bác sĩ được đào tạo đầy đủ. Trong thực hành cấp cứu, siêu âm là một phương tiện không thể thiếu và làm được siêu âm là một kĩ năng của người Người thực hiện hồi sức cấp cứu.

Siêu âm có thể áp dụng để chẩn đoán nhanh các bất thường về màng phổi, màng tim, tim, ổ bụng và các tổn thương khác. Đồng thời cũng có thể dùng để làm các thủ thuật (chọc dịch màng phổi, màng tim, ổ bụng, đặt catheter tĩnh mạch...) dưới hướng dẫn siêu âm để tăng độ chính xác, giảm tai biến.

II. CHỈ ĐỊNH

- Chấn thương bụng
- Tình trạng sốc: sốc tim, sốc mất máu …
- Nghi ngờ các bất thường trong ổ bụng: dịch, máu, vỡ phình động mạch chủ bụng, sỏi mật, ứ nước - mủ đài bể thận...
- Nghi ngờ có bất thường trong cấp cứu sản khoa: chửa ngoài tử cung vỡ
- Nghi ngờ dịch màng phổi, khí màng phổi
- Tìm các huyết khối tĩnh mạch sâu
- Siêu âm đánh giá lượng dịch ổ bụng cho Người bệnh viêm tụy cấp và sau mổ
- Hướng dẫn làm các thủ thuật: đặt catheter tĩnh mạch trung tâm, chọc hút - chọc dẫn lưu dịch màng phổi, đặt dẫn lưu ổ dịch trong ổ bụng …

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định siêu âm.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 01 bác sỹ chuyên khoa hồi sức cấp cứu được đào tạo về siêu âm tổng quát
- Điều dưỡng: 01 Điều dưỡng khoa hồi sức cấp cứu

2. Phương tiện, dụng cụ

2.1. Vật tư tiêu hao

- Mũ y tế: 02 cái
- Khẩu trang y tế: 02 cái
- Găng tay sạch: 02 đôi
- Phiếu ghi kết quả: 01 tờ
- Gel siêu âm lọ 100 ml: 0,1 lọ

***2.2. Dụng cụ cấp cứu*:** không cần chuẩn bị

2.3. Các chi phí khác (khấu hao máy móc, nhà cửa, xử trí rác thải…)

Máy siêu âm màu có đầu do đa tần (siêu âm tại giường).

3. Người bệnh

- Giải thích cho bệnh (nếu tỉnh) và gia đình về lợi ích và tai biến có thể xảy ra khi làm thủ thuật dưới hướng dẫn siêu âm

- Người bệnh nằm ngửa, bộc lộ vùng thăm khám

- Mắc máy theo dõi nhịp tim, huyết áp, nhịp thở, SpO_2.

4. Hồ sơ bệnh án. Ghi chép đầy đủ kết quả siêu âm vào hồ sơ bệnh án

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án: kiểm tra chỉ định, chống chỉ định và giấy cam kết đồng ý tham gia kỹ thuật, phiếu ghi chép theo dõi thủ thuật.

2. Kiểm tra Người bệnh

- Kiểm tra hệ thống máy thở, các dây truyền thuốc như thuốc vận mạch.

- Đảm bảo hô hấp

- Điều dưỡng phụ giữ Người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Siêu âm gan mật

3.1.1. Cắt dọc qua động mạch chủ: Để đo kích thước gan trái. Bình thường < 8 cm

3.1.2. Cắt dọc qua tĩnh mạch chủ dưới: để đánh giá tình trạng huyết khối tĩnh mạch (nếu có)

3.1.3. Cắt dọc qua đường giữa đòn phải: Đo kích thước gan phải (bình thường 10,5 $\pm$ 1,5 cm) và cũng có thể thấy khoang Morrisson khi có dịch trong khoang phúc mạc.

3.1.4. Các lát cắt dọc qua đường nách: Theo mặt phẳng chính diện cho thấy rõ vòm hoành, phân thuỳ sau gan phải, liên quan thận phải - gan và khoang Morrisson.

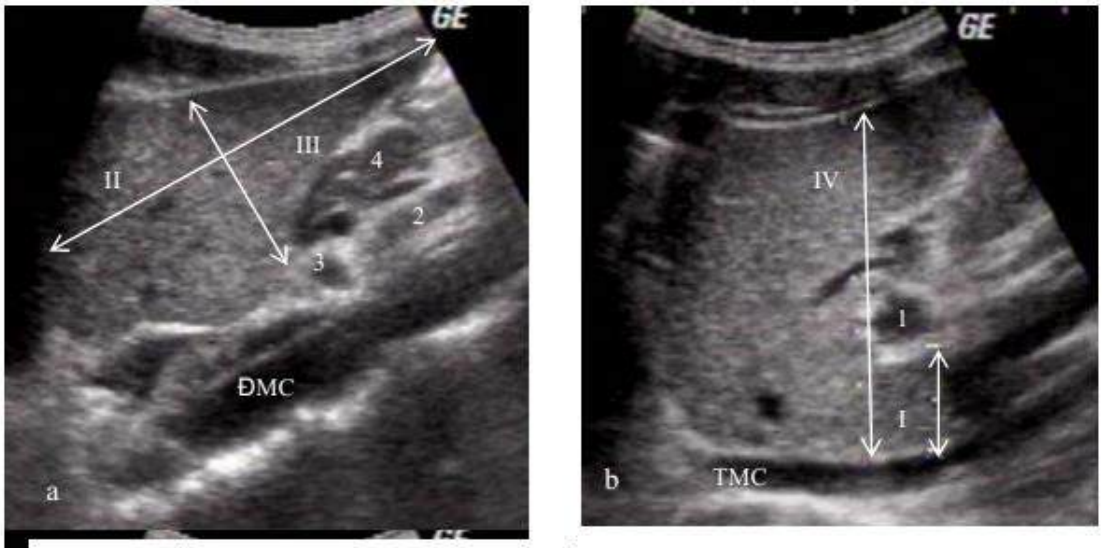
3.1.5. Cắt ngang gan trái: theo trục của nhánh tĩnh mạch trái tĩnh mạch cửa và cắt quặt ngược từ dưới bờ sườn phải qua nhánh phải tĩnh mạch cửa để nghiên cứu nhu mô, đường mật gan trái và phải

3.1.6. Cắt quặt ngược từ dưới bờ sườn phải trong mặt phẳng của các tĩnh mạch gan: lát cắt này cho thấy rõ 3 tĩnh mạch gan và hợp lưu của chúng với tĩnh mạch chủ dưới.

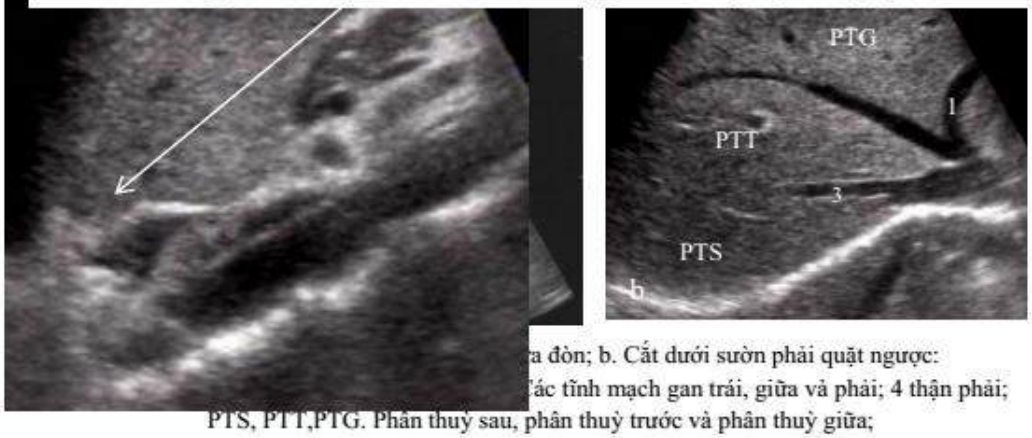
3.1.7. Các lát cắt qua rốn gan: Để khảo sát cuống gan người ta thường hay để Người bệnh nằm nghiêng trái để vùng này gần với đầu dò hơn.

3.1.8. Các lát cắt vuông góc tĩnh mạch cửa: Nhằm mục đích khảo sát cuống gan theo bình diện ngang của nó. Đánh giá tình trạng giãn đường mật, sỏi mật (trong trường hợp tìm, định khu ổ nhiễm khuẩn)

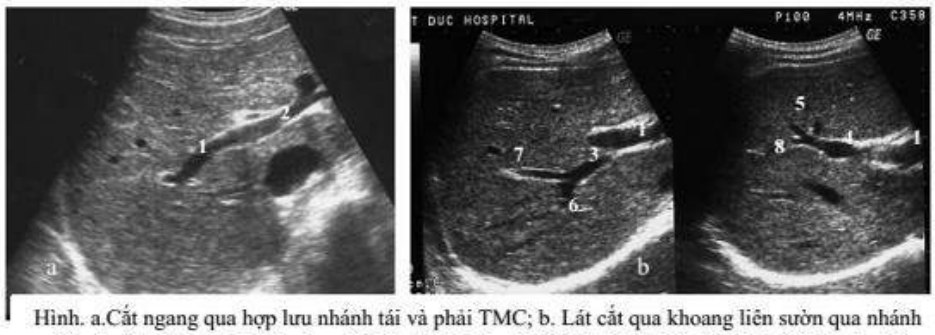
3.1.9. Lát cắt dọc và cắt ngang túi mật: Nhằm mục đích khảo sát túi mật. Tuy nhiên, túi mật nhiều khi được thấy rõ hơn qua các lát cắt trên sườn chếch xuống phía dưới tới vị trí túi mật.



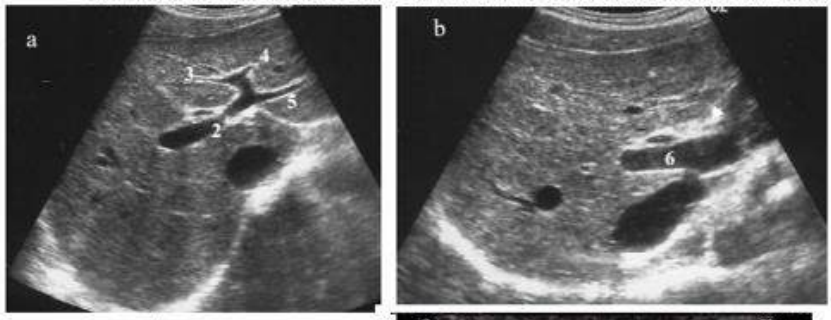
Hình 1: a. Cắt dọc qua động mạch chủ (ĐMC), b. Cắt dọc qua tĩnh mạch chủ (TMC) : I, II, III, IV. Hạ phân thuỳ gan ; 1. Nhánh trái tĩnh mạch cửa, 2. Động mạch mạc treo tràng trên, 3, Động mạch thân tạng, 4. Thân tuỵ ; các mũi tên chỉ cách đo gan trái và tỷ lệ phân thuyI-gan T



a đòn; b. Cắt dưới sườn phải quặt ngược:
các tĩnh mạch gan trái, giữa và phải; 4 thận phải;
PTS, PTT,PTG. Phân thuỳ sau, phân thuỳ trước và phân thuỳ giữa;

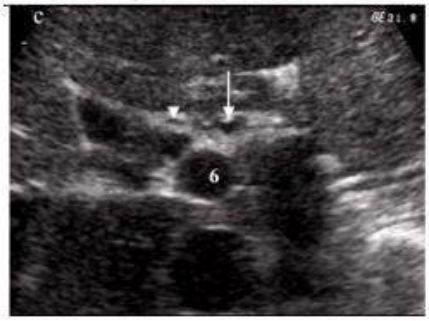


Hình. a.Cắt ngang qua hợp lưu nhánh tái và phải TMC; b. Lát cắt qua khoang liên sườn qua nhánh phân thuỳ trước và phân thuỳ sau TMC: 1. Nhánh phải TMC, 2. Nhánh tái TMC; 3. Nhánh phân thuỳ sau; 4. Nhánh phân thuỳ trước; 5, 6, 7, 8. Các nhánh tĩnh mạch cửa hạ phân thuỳ



Hình 3.. a, Cắt qua nhánh trái TMC; b. Cắt dọc qua rốn gan; c. Cắt ngang qua rốn gan: I. Phân thuỳ I; 2. Nhánh trái TMC; 3, 4, 5. Nhánh phân thuỳ IV, hạ phân thuỳ III và hạ phân thuỳ II; 6. Thân TMC; (►). Ống mật chủ;

(⟶►) Động mạch gan ,



3.2. Siêu âm hệ tiết niệu

- Mục đích đánh giá các bệnh lí thuộc hệ tiết niệu bao gồm thận, niệu quản, bàng quang, tiền liệt tuyến trong một số trường hợp đặc biệt bao gồm cả niệu đạo.

- Trong hồi sức cấp cứu, siêu âm hệ tiết niệu có ý nghĩa trong việc tìm nguồn nhiễm trùng (sỏi niệu quản, sỏi thận, ứ nước, ứ mủ thận, giãn đài bể thận…), hình ảnh chảy máu, dịch quanh thận

- Mặt cắt dọc thận để đo kích thước, đánh giá giãn đài bể thận, sỏi

- Mặt cắt ngang:

- Mô tả, đo kích thước dịch quanh thận, khoang cạnh thận và rãnh đại tràng hai bên

3.3. Siêu âm tụy: đánh giá kích thước, nhu mô, ống tụy giãn hay không, có sỏi kèm theo hay không. Đánh giá dịch quanh tụy, thâm nhiễm mỡ

- Mặt cắt dọc: thấy hình ảnh đầu tụy nằm giữa động mạch mạch treo tràng trên và động mạch thân tạng

- Mặt cắt ngang: đo các kích thước của tụy, đánh giá ống tụy giãn hay không, các tổn thương quanh tụy: thâm nhiễm mỡ, ổ dịch quanh tụy...

3.4. Siêu âm lách*:* đánh giá kích thước, nhu mô, huyết khối tĩnh mạch lách nếu có. Đánh giá dịch quanh lách

3.5. Siêu âm tử cung phần phụ

- Đo các kích thước tử cung, siêu âm xác định dịch, máu trong buồng tử cung

- Đánh giá sơ bộ các tổn thương hai phần phụ nếu có

- Chẩn đoán nguyên nhân gây sốc như sốc mất máu do chửa ngoài tử cung vỡ, vỡ nang buồng trứng...

3.6. Siêu âm bàng quang và tiền liệt tuyến

- Đánh giá thành bàng quang, nước tiểu, máu cục, sỏi nếu có

- Mô tả, đo kích thước tiền liệt tuyến

- Siêu âm xác định dịch màng phổi: dịch màng phổi, tình trạng xẹp phổi hoặc đông đặc phổi, định hướng để chọc dịch màng phổi dưới hướng dẫn siêu âm

VI. THEO DÕI VÀ TAI BIẾN

Siêu âm là một kỹ thuật không xâm nhập, an toàn, không có các biến chứng.

16. QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHỌC DỊCH THÁO Ổ BỤNG DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM TRONG KHOA HỒI SỨC CẤP CỨU

I. ĐẠI CƯƠNG

Chọc dịch màng bụng là một kỹ thuật thường xuyên được thực hiện trong các đơn vị hồi sức tích cực với mục đích chẩn đoán và điều trị. Các Người bệnh trong khoa Hồi sức thường rất nặng, có nhiều bệnh lí kèm theo đặc biệt là rối loạn đông máu, liệt ruột cơ năng do nằm bất động hay do sử dụng thuốc an thần, giảm đau để thở máy. Vì vậy, khi chọc dịch màng bụng có thể gặp các biến chứng chảy máu từ vị trí chọc, rò dịch, chọc vào ruột và nhiễm khuẩn. Chọc - dẫn lưu dịch màng bụng dưới hướng dẫn siêu âm có nhiều thuận tiện, hạn chế các biến chứng chọc vào ruột.

II. CHỈ ĐỊNH

- Chọc hút dịch để chẩn đoán viêm phúc mạc tiên phát và thứ phát (nhiễm trùng báng, thủng tạng rỗng …)

- Chọc rửa ổ bụng chỉ định cho các trường hợp nghi ngờ chảy máu trong ổ bụng sau chấn thương, sốc mất máu có dịch cổ trướng

- Chọc tháo dịch để điều trị các trường hợp dịch cổ trướng nhiều gây khó chịu, khó thở

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH (tương đối)

- Rối loạn đông máu hoặc giảm tiểu cầu nặng.

- Tắc ruột non. Khi Người bệnh bị tắc ruột non thì nên đặt sonde dạ dày trước khi tiến hành thủ thuật.

- Nhiễm trùng hoặc máu tụ vị trí chọc

- Lưu ý: khi Người bệnh bí dái thì nên đặt sonde bang quang trước khi làm thủ thuật. Những Người bệnh mà đã phẫu thuật ổ bụng nhiều lần mà không có nhiều dịch ổ bụng, các tạng phì đại hoặc chọc màng bụng thất bại nhiều lần thì nên chọc màng bụng dưới siêu âm.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện 01 bác sĩ chuyên khoa đã được đào tạo, 01 bác sĩ phụ (có thể là cao học, nội trú, chuyên khoa 1…đã được đào tạo), 01 điều dưỡng.

2. Phương tiện, dụng cụ

2.1. Vật tư tiêu hao	**Số lượng**	**Đơn vị**
- Găng vô trùng	5	đôi
- Găng khám	6	đôi
- Kim lấy thuốc	5	Cái
- Kim luồn 16 G	02	cái
- Lưỡi dao mổ	01	cái
- Chỉ khâu không tiêu liền kim	02	Sợi
- Bơm tiêm 5 ml	5	Cái
- Bơm tiêm 10 ml	5	Cái
- Bơm tiêm 20 ml	5	Cái
- Bơm tiêm 50 ml	2	Cái
- Dây truyền	2	Cái
- Gạc N2	5	Gói
- Iodine 10%	1	Lọ
- Thuốc giảm đau fentanyl 0,1mg		1 Lọ
- Mũ phẫu thuật	4	Cái
- Khẩu trang phẫu thuật	4	Cái

2.2. Dụng cụ cấp cứu

- Hộp chống sốc

- Bóng ambu, mặt nạ bóp bóng

2.3. Các chi phí khác (khấu hao máy móc, nhà cửa, xử trí rác thải…)

- Panh có mấu, không mấu
- Hộp bông còn
- Bát kền to
- Khay quả đậu inox nhỡ
- Ống cắm panh inox
- Săng lỗ vô trùng
- Áo mổ
- Dung dịch Anois rửa tay nhanh
- Xà phòng rửa tay
- Cồn trắng 90^o
- Chi phí khấu hao máy siêu âm(5000 ca/5 năm)
- Ống để bệnh phẩm xét nghiệm

3. Người bệnh

- Giải thích cho Người bệnh (nếu tỉnh) hoặc người nhà Người bệnh lợi ích và nguy cơ của thủ thuật, cho Người bệnh hoặc người nhà Người bệnh kí cam kết thủ thuật
- Kiểm tra lại các chống chỉ định
- Người bệnh nên được nằm ngửa, đầu cao hơn chân.

4. Hồ sơ bệnh án

- Giải thích về kỹ thuật cho Người bệnh, gia đình hoặc người đại diện hợp pháp của Người bệnh.
- Ghi chỉ định, có dán cam kết thủ thuật của Người bệnh hoặc người đại diện hợp pháp
- Ghi chép đầy đủ thông tin cách tiến hành thủ thuật, diễn biến và biến chứng (nếu có).

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ: kiểm tra lại chỉ định, chống chỉ định và đã có giấy cam đồng ý tham gia kỹ thuật.

2. Kiểm tra lại người bệnh: xem các chức năng sống để xác định Người bệnh có đảm bảo khi tiến hành thủ thuật.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Chuẩn bị máy siêu âm: để bên đối diên với vị trí chọc và Người thực hiện, được bật sẵn. Siêu âm xác định lại vị trí dịch ổ bụng cần dẫn lưu

- Sát khuẩn vị trí chọc với dung dịch sát khuẩn bằng cồn iod 10%(betadin)…, trải ga vô khuẩn.
- Dùng găng tay vô khuẩn, săng để bọc đầu dò máy siêu âm

3.2 Bước 1 - gây tê: Sử dụng kim 22 hoặc 25 gauge, gây tê tại chỗ với lidocain 1%. Gây tê từ nông đến sâu. Vừa gây tê vừa hút trong suốt quá trình gây tê, gây tê từ từ từng lợp một.



3.3. Bước 2: Tay trái Người thực hiện làm thủ thuật hoặc người phụ cầm đầu dò máy siêu âm. Tay phải cầm kim dẫn lưu chọc dưới hướng dẫn đầu dò siêu âm, đưa kim vuông góc với thành bụng. Quan sát vị trí đầu kim trên màn hình máy siêu âm. Vừa đưa kim vào vừa hút chân không trong tay cho đến khi thấy đầu kim qua thành bụng, lớp phúc mạc và hút ra dịch.





3.4. Bước 3: rút nòng sắt của kim luồn, có dịch chảy ra. Dùng bơm tiêm hút lấy dịch làm xét nghiệm.

3.5. Bước 4: nối đốc kim với dây dẫn lưu vô khuẩn, cố định lại trong trường hợp cần dẫn lưu

VI. THEO DÕI

- Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn trong và sau khi làm thủ thuật

- Thay băng, chăm sóc chân dẫn lưu hằng ngày

- Theo dõi màu sắc (dịch máu, dịch đục...) để phát hiện sớm các biến chứng như chảy máu, chọc vào ruột.

- Số lượng dịch tháo ra không nên quá 1500 ml/ngày

VII. TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG

- Chảy máu: do chọc vào động mạch từ thành bụng, rối loạn đông máu.

Điều chỉnh rối loạn đông máu bằng truyền plasma, khối tiểu cầu trước khi truyền (nếu có chỉ định). Khi chọc vào động mạch gây chảy máu ít chỉ cần theo dõi tình trạng mất máu, nếu chảy máu nhiều thì phải hội chẩn chuyên khoa ngoại để phẫu thuật cầm máu

- Chọc vào ruột: biểu hiện bằng đau bụng, sốt, chọc ra dịch tiêu hóa... xử trí bằng: mời chuyên khoa ngoại hội chẩn để phẫu thuật

- Tắc dẫn lưu: biểu hiện bằng không có dịch ra. Xử trí: lấy bơm tiêm 20 ml hoặc 50 ml hút thông dẫn lưu

- Nhiễm trùng: khi thấy chân ống dẫn lưu nề đỏ, sốt... rút ngay ống dẫn lưu. Khi hết chỉ định cần rút dẫn lưu sớm để tránh nhiễm trùng.

- Rò dịch ổ bụng: dịch ổ bụng chảy ra sau khi rút kim dẫn lưu. Xử trí: sát khuẩn lại, băng bằng gạc N2 và thay băng hằng ngày.

17. QUY TRÌNH KỸ THUẬT RỬA DẠ DÀY LOẠI BỎ CHẤT ĐỘC QUA HỆ THỐNG KÍN

I. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Rửa dạ dày (RDD) là thủ thuật làm sạch dạ dày có sử dụng hệ thống ống thông và nhiều nước với muối 0,9%

- Là biện pháp quan trọng hạn chế hấp thu, loại bỏ độc chất qua đường tiêu hóa trong cấp cứu ngộ độc cấp qua đường tiêu hóa

- Hiệu quả: Nếu thực hiện trong vòng 1 giờ sau khi uống độc chất có thể loại 80% lượng độc chất đã uống vào, muộn loại trừ được ít hơn nhưng vẫn có tác dụng giảm nhẹ mức độ ngộ độc

- Rửa dạ dày không đúng chỉ định, sai kỹ thuật sẽ dẫn đến các biến chứng nặng nề, thậm chí tử vong.

II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh (NGƯỜI BỆNH) ngộ độc cấp qua đường tiêu hóa đến trước 3 giờ.

Chú ý:

- NGƯỜI BỆNH đến muộn hơn có thể vẫn RDD nếu uống nhiều, NGƯỜI BỆNH hôn mê, giảm nhu động đường tiêu hoá.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

***1. Chống chỉ định tuyệt đối**:*

- Uống các chất gây ăn mòn: a xít, kiềm mạnh.
- Các chất khi gặp nước tạo ra các phản ứng làm tăng tác dụng độc.
- Xăng, dầu hoả, các chất tạo bọt (xà phòng, dầu gội đầu...), Phosphua kẽm, Phosphua nhôm.
- Có tổn thương niêm mạc đường tiêu hoá.

2. Chống chỉ định tương đối:

- Tổn thương niêm mạc miệng: đặt ống thông nhỏ đường mũi.
- Người bệnh rối loạn ý thức, có nguy cơ co giật hoặc co giật cần được đặt ống nội khí quản trước khi rửa
- Trường hợp lợi ích của RDD không rõ ràng mà nguy cơ biến chứng cao thì cho NGƯỜI BỆNH uống than hoạt:

+ NGƯỜI BỆNH uống quá liều thuốc loại ít nguy hiểm, không có dấu hiệu ngộ độc.

+ Phụ nữ có thai, trẻ nhỏ và người già không hợp tác.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: Đội mũ, đeo khẩu trang, đi găng tay sạch

- Bác sĩ ra chỉ định, theo dõi phát hiện và xử trí biến chứng
- 1 - 2 Điều dưỡng đã được đào tạo kỹ thuật RDD: Thao tác đặt ống thông dạ dày, đóng mở khóa điều chỉnh nước rửa và dịch thải, lắc và ép bụng trong quá trình rửa, khi cần bóp hỗ trợ hô hấp.

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ rửa dạ dày hệ thống kín: 1 bộ
- Ống thông dạ dày: 1 cái
- Gói dụng cụ tiêu hao
- Gói dụng cụ rửa tay, sát khuẩn
- Bộ dụng cụ bảo hộ cá nhân
- Bộ dụng cụ, thuốc thủ thuật

3. Người bệnh

- Nếu NGƯỜI BỆNH tỉnh: giải thích để NGƯỜI BỆNH hợp tác
- Nếu rối loạn ý thức: Đặt ống nội khí quản (NKQ) có bóng chèn trước.
- NGƯỜI BỆNH uống thuốc gây co giật: Dùng diazepam tiêm bắp hoặc tĩnh mạch, đặt NKQ trước khi rửa
- NGƯỜI BỆNH có suy hô hấp, truỵ mạch: Hồi sức trước, NGƯỜI BỆNH ổn định mới RDD.
- Tư thế NGƯỜI BỆNH: Nằm nghiêng trái, đầu thấp.
- Trải một tấm nilông ở đầu giường.
- Hồ sơ bệnh án: Ghi chỉ định RDD, đặt ống thông dạ dày, tình trạng người bệnh trước và sau khi làm thủ thuật, cách thức tiến hành thủ thuật, theo dõi trong và sau thủ thuật về tai biến và biến chứng

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Bước 1: Chuẩn bị hệ thống rửa dạ dày:

- ***Chuẩn bị 3 lít*** nước muối 0,5-0,9%: Sử dụng nước uống tinh đóng chai, nước cất 1 lần hoặc nước RO, cho vào túi 3000 ml (mùa đông phải pha nước ấm) cùng với 2 gói muối (20g). Treo túi dịch cao các mặt giường 1m (túi trên). Treo túi 3500 ml dưới mặt giường để chờ chứa dịch thải (túi dưới)
- ***Đặt ống thống dạ dày (có quy trình riêng)***
- Nối hệ thống túi dịch vào ống thông dạ dày vừa đặt

Bước 2: Tiến hành rửa dạ dày

- Đưa dịch vào: Đóng khóa đường dịch ra lại, mở khóa đường dịch vào để cho dịch chảy vào dạ dày đạt 200 ml rồi khóa đường dịch vào lại. Dùng tay lắc vùng thượng vị - dạ dày để cặn thuốc và thức ăn được hào tan vào dịch

- Mở khóa đường dịch ra để cho dịch chảy ra túi dưới đồng thời ép vùng thượng vị để dịch ra nhanh và đủ (~ 200 ml)

- Sau đó lấy 200 ml dịch rửa đầu tiên cho vào lọ gửi làm xét nghiệm độc chất.

- Lặp lại quy trình cho dịch vào - ra như trên, mỗi lần 200 ml dịch cho đến khi hết số lượng 3000 ml dịch. Nếu dịch dạ dày đã trong không còn vẫn thuốc và thức ăn thì ngừng cuộc rửa. Nếu vẫn còn đục thì pha thêm 3000 ml dịch vào túi trên tiếp tục quy trình rửa cho đên khi nước trong.

Chú ý:

- Theo dõi cân bằng lượng dịch vào - ra. Nếu lượng dịch chảy ra < 150 ml nghi ngờ tắc ống thông, kiểm tra lại đầu ống thông, điều chỉnh độ nông sâu của đầu ống thông.

- Thời tiết lạnh nên dùng nước ấm 37^{o}C.

- NGƯỜI BỆNH ngộ độc thuốc trừ sâu, dịch rửa dạ dày pha thêm than hoạt: 20g - 40g mỗi 5 lít dịch

- Sau khi rửa xong, bơm than hoạt 20g và sorbitol 40g hoặc 1 tuýp antipois Bmai vào dạ dày (trẻ em nửa liều)

VI. THEO DÕI

- Theo dõi toàn trạng: Ý thức, mạch, huyết áp, nhịp thở, SPO2, nhiệt độ.

- Theo dõi các tai biến sau làm thủ thuật: nôn, Viêm phổi do sặc, chảy máu, chấn thương phù nề thanh môn, tổn thương niêm mạc thực quản, dạ dày, rối loạn nước điện giải (Natri, kali), …

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Nôn: do phản xạ, nhất là trẻ em: primperan 10 mg tiêm bắp hoặc tĩnh mạch 1 ống; trẻ em 1/2 ống. có thể nhắc lại nếu cần.

2. Viêm phổi do sặc

- Điều trị: soi hút và bơm rửa phế quản nếu mới sặc, đặt NKQ, thở máy với PEEP; kháng sinh phù hợp, dùng corticoid sớm, liều cao trong 2 đến 3 ngày nếu không có chống chỉ định.

3. Chấn thương thanh môn

- Điều trị:

+ Nhẹ: khí dung corticoid.

+ Nặng: Đặt NKQ, nếu không được phải mở màng nhẫn giáp

4. Chảy máu đường tiêu hóa trên (mũi, họng, thực quản, dạ dày)

- Phòng: Điều dưỡng giải thích cho người bệnh hợp tác, làm đúng động tác, nhẹ nhàng đầu ống thông không vát cạnh và cứng.

- Điều trị:

+ *Nhẹ*: thường tự cầm nếu NGƯỜI BỆNH không có rối loạn đông máu.

+ *Nặng*: adrrenalin 1/10.000 nhỏ vào chỗ chảy máu khi không có chống chỉ định. Không đỡ: nút lỗ mũi sau, mời chuyên khoa Tai Mũi Họng để cầm máu. Chảy máu dạ dày nặng phải soi dạ dày để cầm máu, truyền máu khi có tình trạng mất máu nặng.

5. Hạ thân nhiệt: không gặp nếu làm đúng quy trình

- Phòng: Thời tiết lạnh phải RDD bằng nước ấm, nơi kín gió, dùng máy sưởi trong quá trình rửa

- Điều trị: lau khô, ủ ấm cho người bệnh, dùng máy sưởi, uống nước đường hoặc sữa ấm.

18. QUY TRÌNH KỸ THUẬT SỬ DỤNG THAN HOẠT ĐA LIỀU TRONG CẤP CỨU NGỘ ĐỘC QUA ĐƯỜNG TIÊU HÓA

I. ĐẠI CƯƠNG

- Than hoạt tính, là loại bột nhỏ có màu đen, không mùi, không độc có tác dụng hấp phụ hiệu quả với nhiều chất khác nhau được gọi là than hoạt tính.

- Than hoạt không hấp phụ được những chất có kích thước quá nhỏ, có độ ion hóa cao như là các loại acid, kiềm, điện giải (ví dụ kali) và kém hấp phụ các muối dễ phân ly như arsenic, bromide, cyanide, fluoride, iron, lithium, acid boric, sulfat sắt, ethnol và methanol.

II. CHỈ ĐỊNH

- 1) Ngăn cản hấp thu các chất độc với lượng lớn trong lòng ruột, có giảm nhu động ruột; 2) Ngăn cản tái hấp thu các độc chất có chu trình gan - ruột; 3) Tăng đào thải chất đó ra khỏi máu qua màng niêm mạc ruột

- Các trường hợp đã được chứng minh hiệu quả bằng các thử nghiệm lâm sàng: carbamazepine, dapsone, phenobarbital (gardenal), quinin, theophyline, ngộ độc nấm độc có độc tố là amatô xyn (amanitin)

- Các trường hợp có khuyến cáo sử dụng trên lý thuyết: phenytoin, salicylate, meprobamate, phenylbutazone, digô xyn, digitô xyn và sotalol, phosphor hữu cơ, carbamat, paraquate, ...

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh được chẩn đoán hoặc nghi ngờ tắc ruột hoặc bán tắc ruột

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ: quyết định và ra y lệnh thực hiện cũng như phương thức tiến hành

- Điều dưỡng: thực hiện theo y lệnh của bác sỹ

2. Phương tiện

- Than hoạt bột gói hàm lượng 20g, hoặc Antipois BMai (thành phần 25 g than hoạt và 48g sorbitol)

- Sorbitol gói hàm lượng 5g

- Thuốc an thần: Diazepam 10 mg (ống tiêm) dùng cho người bệnh kích thích vật vã nhiều, ngộ độc chất gây co giật

- Bộ dụng cụ bảo hộ cá nhân

- Gói dụng cụ rửa tay, sát khuẩn

3. Người bệnh

- Nếu người bệnh tỉnh: Giải thích để người bệnh hợp tác.

- Nếu người bệnh rối loạn ý thức (kích thích, hôn mê): đặt nội khí quản, cho thuốc chống co giật trước khi tiến hành thủ thuật đề phòng sặc phổi than hoạt.

4. **Hồ sơ bệnh án**:

- Ghi chỉ định: sử dụng than hoạt đa liều, tình trạng người bệnh trước và sau khi làm thủ thuật, cách thức tiến hành thủ thuật, theo dõi trong và sau thủ thuật về tai biến và biến chứng.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tính liều than hoạt và quãng liều

- ***Người lớn***: liều 2g/kg cân nặng, 20g than hoạt mỗi 2 giờ, đối với ngộ độc nấm độc có amatô xyn có thể cho tới 3 ngày để cắt chu trình gan-ruột.

- ***Trẻ em***: Liều đầu tiên 1g/kg cân nặng, trung bình 10g than hoạt, dùng càng sớm càng tốt sau ngộ độc, (50% liều của người lớn).

- Với than hoạt bột, luôn cho cùng sorbitol liều gấp đôi liều than hoạt

- Lựa chọn quãng liều 2 hay 4 giờ tùy thuộc vào lượng độc chất trong lòng ruột và khả năng dung nạp than hoạt của người bệnh. Nếu NGƯỜI BỆNH uống thuốc trừ sâu phospho hữu cơ liều lớn thì nên cho quãng liều là 2 giờ trong 6 liều đầu. Nếu có giảm nhu động ruột thi nên lưu ống thông dạ dày và hút sạch dạ dày (cả than hoạt của liều trước đọng lại) trước khi cho liều than hoạt sau. Các trường hợp khác nên cho quãng liều 4-6 giờ.

2. Pha thuốc

- Nếu có Antipois. BMai, có thể cho người bệnh uống trực tiếp không phải pha. Thành phần 1 túyp Antipois BMai có 25g than hoạt + 48 g sorbitol + tá dược thành 120 ml

- Không có Antipois. BMai: pha than hoạt và sorbitol

+ Một gói than hoạt có 20g cho vào cốc thủy tinh trộn đều với sorbitol liều gấp đôi than hoạt, sau đó cho khoảng 100 ml nước lọc rồi quấy đều cho đến khi tan tạo thành một hỗn dịch đồng nhất ta được hỗn dịch có 20g than hoạt.

+ Tùy theo cân nặng người bệnh và thời điểm cho than hoạt lần đầu hay các lần sau mà dùng liều phù hợp như đã tính.

3. Cho người bệnh uống:

- Điều dưỡng giải thích trước và giúp cho NGƯỜI BỆNH uống. Uống từ từ trong 10 phút. Nếu người bệnh có rửa dạ dày, sau khi rửa: bơm than hoạt qua bộ rửa dạ dày hoặc xông nuôi dưỡng vào dạ dày bằng bơm cho ăn.

- NGƯỜI BỆNH hôn mê hoặc có rối loạn ý thức, Bác sĩ đặt nội khí quản, bơm bóng chèn, sau đó bơm than hoạt bằng bơm cho ăn qua xông nuôi dưỡng vào dạ dày người bệnh.

- Trước khi cho uống lần sau hút sạch than hoạt còn trong dạ dày của liều trước.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi

- Ý thức và toàn trạng của người bệnh: mạch, huyết áp, nhịp thở…

- Theo dõi dấu hiệu sặc than hoạt vào phổi: xảy ra ở người bệnh rối loạn ý thức, co giật không được bảo vệ đường thở trước khi cho than hoạt. Biểu hiện; suy hô hấp đột ngột, ho khạc ra than hoạt màu đen hoặc hút đờm qua ống nội khí quản có than hoạt

- Theo dõi người bệnh đi ngoài than hoạt: số lần và tính chất phân

- Đánh giá khả năng dung nạp than hoạt của người bệnh: buồn nôn và nôn sau khi uống 1 giờ, bụng chướng, không đi ngoài được.

- Rối loạn nước và điện giải: có thể xảy ra nếu ỉa chảy nhiều do quá liều sorbitol.

2. Xử trí tai biến

Nếu người bệnh được đánh giá đầy đủ, kỹ càng trước và tiến hành đúng quy trình kỹ thuật thì hiếm khi xảy ra các biến chứng tr n lâm sàng. Ngược lại có thể xảy ra các biến chứng sau đây:

+ Táo bón do than hoạt: không cho sorbitol hoặc ít hơn so với khuyến cáo.

Nếu trong vòng 24 giờ sau khi uống than hoạt mà NGƯỜI BỆNH chưa đại tiện ra than hoạt, phải cho thêm liều sorbitol 1g/kg

+ Tắc ruột do than hoạt: có thể xảy ra. Theo dõi và xử trí như một tắc ruột cơ học.

+ Ỉa chảy do sorbitol: giảm liều hoặc dừng sorbitol, chú ý bù điện giải

+ Viêm phổi do sặc than hoạt: Xử trí đặt nội khí quản, dùng ống thông hút đờm, hút dịch phế quản, nội soi phế quản để bơm rửa phế quản. Thở máy với PEEP nếu suy hô hấp và tổn thương phổi cấp.

+ Rối loạn nước và điện giải: Xử trí bù lại nước và điện giải qua đường uống hoặc đường tĩnh mạch theo các phác đồ điều chỉnh nước và điện giải hiện có.

+ ***Chú ý:*** Trường hợp người bệnh co giật hoặc có nguy cơ bi co giật, trước khi rửa dạ dày và bơm than hoạt phải chống co giật bằng diazepam hoặc phenobarbital (tiêm tĩnh mạch hoặc tiêm bắp), bác sỹ đặt Ống nội khí quản có bơm bóng chèn để đề phòng người bệnh nôn trào ngược dịch dạ dày vào phổi trước khi bơm than hoạt.

19. QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐIỀU TRỊ THẢI ĐỘC BẰNG PHƯƠNG PHÁP TĂNG CƯỜNG BÀI NIỆU (BÀI NIỆU TÍCH CỰC)

I. ĐỊNH NGHĨA

- Điều trị thải độc bằng phương pháp tăng cường bài niệu (còn gọi là “điều trị thải độc bằng bài niệu tích cực”) là truyền nhiều dịch và dùng lợi tiểu mạnh nếu cần làm tăng thể tích nước tiểu được bài xuất, giúp nhanh chóng đào thải chất độc khỏi cơ thể, góp phần giảm bớt mức độ nặng, rút ngắn thời gian bị ngộ độc và nằm viện của người bệnh.

- Liệu pháp bài niệu tích cực cũng giúp phòng tránh suy thận, giảm bớt tình trạng nhiễm toan, tăng kali máu của người bệnh.

- Đây là kỹ thuật đơn giản, ít tốn kém và có thể áp dụng tại tất cả các bệnh viện.

II. CHỈ ĐỊNH

- Ngộ độc hoặc quá liều các chất có thải trừ qua nước tiểu (ví dụ phenobarbital, nọc ong, hemoglobin, lithium, …Đặc biệt hiệu quả trong ong đốt, ngộ độc mật cá trắm.

- Sử dụng các thuốc hoặc các chất được thải trừ qua thận nhưng có nguy cơ gây tổn thương thận, tiết niệu nếu lưu lượng nước tiểu thấp: ví dụ sử dụng các thuốc cản quang, điều trị gắp kim loại nặng bằng các chất gắp dạng truyền tĩnh mạch (như dùng EDTA truyền tĩnh mạch để gắp chì), truyền cyclophosphamide, …

- Các NGƯỜI BỆNH có hội chứng tiêu cơ vân (CK > 1000)

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Suy thận không đáp ứng với lợi tiểu

- Sỏi niệu quản gây tắc nghẽn

- Suy tim (tương đối)

- Phù não (tương đối)

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: 02 bác sĩ chuyên ngành hồi sức, 02 điều dưỡng, 02 hộ lý (ít nhất có 01 bác sỹ và 01 điều dưỡng).

2. Thuốc và dụng cụ:

▪ Thuốc:

- Natriclorua 0,9%: 3000 - 4000 ml.

- Glucose 5%: 1000 - 2000 ml.

- Kaliclorua (ống 0,5g hoặc 1 g): 10 ống (loại 1g/ống), hoặc 20 ống (loại 0,5g/ống).

- Furosemide ống 20 mg: 50 ống

- Canxi clorua hoặc canxi gluconate (ống tiêm truyền tĩnh mạch)

- Thuốc khác.

▪ Dụng cụ:

- Máy truyền dịch

- Bơm tiêm điện

- Gói dụng cụ tiêu hao

- Gói dụng cụ rửa tay, sát khuẩn

- Bộ dụng cụ bảo hộ cá nhân

- Bộ dụng cụ, thuốc thủ thuật

- Bộ dụng cụ tiêm truyền vô khuẩn

- Các dụng cụ theo dõi chất thải: cân, bọc tiểu, túi dẫn lưu nước tiểu, …

- Dụng cụ, máy theo dõi monitor

- Các dụng cụ cấp cứu, điều trị khác.

3. Người bệnh: được giải thích trước về kỹ thuật và việc có thể tiểu tiện nhiều, thông báo các biểu hiện bất thường khi thực hiện.

4. Hồ sơ bệnh án:

- Ghi đầy đủ tình trạng người bệnh, các triệu chứng mất nước hoặc thừa nước.

- Bảng liệt kê cụ thế số lượng từng loại dịch vào - ra của người bệnh ít nhất 24 giờ/lần: dịch vào (dịch ăn, nước uống thuốc, nước tráng ống thông dạ dày, nước tráng miệng, từng loại dịch truyền tĩnh mạch, dịch pha thuốc, máu và chế phẩm máu, dịch trong thuốc, …), dịch ra (nôn, dịch dẫn lưu, nước tiểu, phân, thể tích nước rút bằng máy lọc máu, …).

- Cân nặng của người bệnh: ít nhất 24 giờ/lần.

- Các thuốc, các biện pháp tăng cường bài niệu đã thực hiện.

V. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

1. Bác sĩ thực hiện

- Khám, đánh giá tình trạng nước - điện giải người bệnh: Da, niêm mạc, khát nước, mạch, huyết áp, lưu lượng nước tiểu, cân nặng của người bệnh.

- Đặt đường truyền tĩnh mạch ngoại vi bằng catheter ngoại vi. Đặt catheter tĩnh mạch trung tâm nếu có chỉ định.

- Tính toán lượng dịch truyền cho người bệnh (ml): **V** = 100 x P - **V uống**

Trong đó

P là trong lượng cơ thể (kg),

V uống là lượng nước uống trong ngày (ml)

V là thể tích dịch truyền trong 24 giờ (ml), tối đa không quá 6000 ml với người Việt Nam.

+ Trường hợp có dinh dưỡng đường tĩnh mạch: cần trừ đi thể tích dịch truyền dinh dưỡng (huyết tương, đạm, máu, đường ưu trương, lipit).

- Tính tốc độ truyền dịch**: Vt = V/**24 (khoảng 4-5 ml/kg/giờ cho người lớn).

- Chọn loại dịch truyền: căn cứ vào loại độc chất, nhu cầu dinh dưỡng và điều chỉnh nước, điện giải, bệnh kèm theo.

- Ghi chỉ định truyền.

- Bổ sung kali: mỗi lít dịch không có kali cần bổ sung 1 gam kali clorua, trừ trường hợp người bệnh có kali máu trên 4, 5 mEq/L.

- Nếu sau 3 giờ mà lượng nước tiểu nhỏ hơn lượng dịch truyền vào (< Vt x 3) cân nhắc cho thuốc lợi tiểu: furosemide ống 20 mg tiêm tĩnh mạch 1 ống

- Nếu NGƯỜI BỆNH lượng nước tiểu không tăng. NGƯỜI BỆNH rơi vào tình trạng thiểu niệu hoặc vô niệu, cần làm test lợi tiểu: tăng liều furosemide (sau mỗi 30 phút) theo tiến trình: 1 - 2 - 5 - 10 ống. Nếu đáp ứng ở liều nào dùng liều đó duy trì nước tiểu.

- Liều furosemid tối đa với người lớn có thể lên tới 2000 mg/24 giờ.

- Tuy nhiên nếu tiêm 10 ống furosemid 1 lần mà không có nước tiểu thì ***ngừng liệu pháp*** bài niệu tích cực.

- Nếu có đáp ứng thì, tiếp tục cho lợi tiểu và truyền đuổi để đạt và duy trì lưu lượng nước tiểu như trên cho tới khi:

+ Người bệnh hết tình trạng ngộ độc, hết nguy cơ suy thận.

+ Hoặc: Không đáp ứng với lợi tiểu, có quá tải dịch.

2. Điều dưỡng thực hiện

- Kiểm tra mạch huyết áp, nhiệt độ trước khi truyền dịch

- Đặt catheter ngoại biên hoặc phụ giúp bác sĩ đặt catheter TM trung tâm

- Nối hệ thống dịch truyền với người bệnh, cài đặt máy truyền dịch và truyền dịch theo y lệnh, bắt đầu nên chọn natriclorua 0,9%.

- Theo dõi lượng nước tiểu theo giờ (đong hoặc cân), báo bác sỹ nếu lượng nước tiểu không đạt yêu cầu.

- Lấy máu xét nghiệm theo chỉ định, lấy kết quả xét nghiệm, báo với bác sỹ.

- Khi ngừng thủ thuật: khóa đường truyền hoặc rút bỏ đường truyền theo y lệnh.

VI. THEO DÕI

- Mạch, huyết áp, CVP, nhịp thở, SpO_2, lưu lượng nước tiểu, tốc độ truyền dịch, dùng lợi tiểu: 3 giờ/lần. Theo dõi cân nặng lúc vào và hàng ngày.

- Xét nghiệm máu:

+ Ure, creatinin, natri, kali, clo, canxi: làm ngày 1- 2 lần tùy theo tình trạng người bệnh và diễn biến.

+ Công thức máu, protit máu, albumin: làm lúc đầu, sau đó tùy theo tình trạng người bệnh.

- Xét nghiệm độc chất: tùy theo điều kiện.

- Điện tim, Xquang phổi.

VII. TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

1. Quá tải dịch:

Do truyền quá nhiều, suy thận, đáp ứng kém với lợi tiểu, lưu lượng nước tiểu thấp so với lượng truyền vào.

■ Phù dưới da, niêm mạc, thừa cân, tăng huyết áp:

- Giảm tốc độ truyền hoặc tạm ngừng.
- Tăng liều thuốc lợi tiểu tĩnh mạch.
- Nếu huyết áp vẫn tăng, dùng thuốc hạ huyết áp loại có tác dụng ngắn (như nifedipin).

■ Phù phổi cấp:

- Nguy cơ cao ở người suy tim, tăng huyết áp.
- Ngừng truyền ngay lập tức
- Tăng liều thuốc lợi tiểu tĩnh mạch, nếu không đáp ứng hoặc đáp ứng kém thì lọc máu để rút nước.
- Thuốc trợ tim nếu cần

2. Rối loạn điện giải:

■ Hạ kali máu:

- Do đái nhiều, không pha đủ kali trong dịch truyền. Truyền nhiều bicarbonate.
- Bù kali tùy theo mức độ hạ kali và mức độ kali dự kiến mất.

■ Hạ natri:

- Do dùng nhiều dịch nhược trương hoặc các dung dịch không có natri, lợi tiểu nhiều.
- Điều trị: Bù natri theo phác đồ

20. QUY TRÌNH KỸ THUẬT GIẢI ĐỘC NGỘ ĐỘC RƯỢU ETHANOL

I. ĐẠI CƯƠNG

Ngộ độc rượu ethanol nặng có thể gây hôn mê sâu, tụt huyết áp, suy hô hấp do ức chế hô hấp hoặc viêm phổi sặc, biến chứng hạ đường huyết, rối loạn điện giải nặng. Hầu hết triệu chứng do tính chất tác động của rượu ethanol và tình tạng tăng áp lực thẩm thấu gây ra. Biến chứng của ngộ độc rượu nặng có thể dẫn đến tử vong.

Điều trị giải độc rượu cấp nhằm giúp giảm nhanh triệu chứng của ngộ độc rượu, phòng và điều trị các biến chứng đã hoặc có thể xảy ra. Trước khi điều trị ngộ độc rượu cần loại trừ hôn mê do các nguyên nhân khác như chấn thương, nhiễm trùng thần kinh, bệnh chuyển hóa hay ngộ độc khác.

II. CHỈ ĐỊNH

Điều trị giải độc rượu ethanol khi đã có chẩn đoán xác định ngộ độc ethanol. Chẩn đoán ngộ độc ethanol dựa vào hỏi bệnh, khám lâm sàng và xét nghiệm.

Hỏi bệnh: có uống rượu.

Triệu chứng lâm sàng:

+ Hơi thở có mùi rượu

+ Rối loạn ý thức: ngủ gà đến hôn mê, hoặc kích thích rối loạn hành vi cảm xúc

+ Thở chậm, thở yếu hoặc ngừng thở. Có thể viêm phổi do sặc

Các biến chứng có thể gặp:

+ Chuyển hóa: toan chuyển hóa (ceton, lactic) mức độ nhẹ đáp ứng tốt với điều trị nội khoa, tăng áp lực thẩm thấu, hạ đường huyết, hạ thân nhiệt

+ Chấn thương kèm theo, cần đặc biệt chú ý chấn thương sọ não và chấn thương cột sống cổ.

Xét nghiệm:

+ Tăng ALTT và khoảng trống ALTT

+ Định lượng nồng độ ethanol trong máu hoặc hơi thở.

+ Có thể ngộ độc phối hợp rượu độc như methanol, ethylen glycol tuy nhiên sẽ xử trí theo quy trình khác.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối cho điều trị giải ngộ độc rượu ethanol

- Thận trọng trong các trường hợp sau đây:

+ Ngộ độc kèm theo các loại rượu độc: methanol, ethylenglycol

+ Rối loạn điện giải: hạ kali máu nặng

+ Hạ đường huyết

+ Chấn thương sọ não, tăng áp lực nội sọ

+ Viêm gan, xơ gan, suy gan.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

+ 1 Bác sỹ: đánh giá người bệnh, lựa chọn xét nghiệm, ra chỉ định và đặt mục tiêu điều trị và theo dõi trong quá trình giải ngộ độc rượu.

+ 1 Điều dưỡng thực hiện y lệnh thuốc.

2. Phương tiện

- Dung dịch glucose 10% x 1000 ml hoặc glucose 20% x 500 ml, natriclorid 0,9% x 2000 ml.

- Vitamin B1 chế phẩm tiêm, hàm lượng 100 mg

- Các gói dụng cụ cần dùng (chi tiết từng gói xin xem thêm trong phần phụ lục):

+ Gói dụng cụ tiêu hao

+ Gói dụng cụ rửa tay, sát khuẩn

+ Bộ dụng cụ bảo hộ cá nhân

+ Bộ dụng cụ tiêm truyền vô khuẩn

+ Bộ dụng cụ, thuốc cấp cứu khi làm thủ thuật: 1 xe cấp cứu gồm

+ Dụng cụ, máy theo dõi

3. Người bệnh

- Đặt người bệnh ở tư thế an toàn: nằm nghiêng hoặc đầu cao nếu huyết áp người bệnh ổn định.

- Giải thích tình trạng bệnh của người bệnh và kế hoạch điều trị cho gia đình người bệnh.

4. Hồ sơ bệnh án

- Ghi chép nhận xét tình trạng người bệnh vào bệnh án, ghi rõ lý do chỉ định giải độc rượu và phương pháp tiến hành giải độc rượu.

- Khai thác và ghi chép đầy đủ vào hồ sơ bệnh án tiền sử bệnh, các bệnh lý kèm theo.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra

+ Hồ sơ: ghi chép đầy đủ: Chỉ định, phương thức tiến hành. Riêng chỉ định cần đánh giá lại và ra chỉ định lại mỗi 24 giờ

+ Người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định và cân nhắc các thận trọng

2. Thực hiện kỹ thuật

+ Kiểm soát đường thở: tư thế nằm nghiêng an toàn hoặc đầu cao nếu huyết áp ổn định. Chống tụt lưỡi bằng canuyn, hút sạch đờm rãi miệng họng nếu có.

+ Đảm bảo hô hấp: thở ôxy qua kính mũi nếu người bệnh còn tự thở được, bóp bóng, đặt nội khí quản nếu người bệnh hôn mê sâu mất phản xạ bảo vệ đường thở. Đặt ống nội khí quản bảo vệ đường thở nếu hôn mê sâu glasgow < 6 điểm.

+ Đảm bảo tuần hoàn: nếu có tụt huyết áp, đặt catheter tĩnh mạch trung tâm, bù đủ dịch, thuốc vận mạch nếu cần

+ Tăng thải độc bằng truyền dịch với máy truyền dịch natriclorid 0,9% tốc độ 150 - 200 ml/giờ.

+ Chống hạ đường máu: cho ăn qua ống thông dạ dày, truyền glucose ưu trương 10%, 20% bằng máy truyền dịch tốc độ 40-80 ml/giờ tùy theo tình trạng đường huyết của người bệnh. Truyền tĩnh mạch vitamin B1 200 mg/ngày ngay hoặc trước khi truyền glucose

+ Khám kĩ để phát hiện các chấn thương kết hợp: chấn thương hàm mặt, sọ não, chấn thương ngực bụng kín.. vv

+ Điều trị các biến chứng: tiêu cơ vân, suy thận, nhiễm trùng, rối loạn nước điện giải, hạ đường máu, hạ thân nhiệt, toan chuyển hóa tăng acid lactic, viêm phổi sặc, tăng áp lực thẩm thấu

+ Nếu lâm sàng cải thiện, khoảng trống thẩm thấu và khí máu bình thường thì người bệnh hồi phục.

+ Nếu xét nghiệm có dấu hiệu nhiễm toan chuyển hóa, tăng acid lactic > 10 mmol/l kết hợp lâm sàng có nhìn mờ, tổn thương đa tạng thì cần nghĩ tới ngộ độc cồn công nghiệp như methanol và ethylen glycol. Cần làm xét nghiệm định lượng và chỉ định lọc máu sớm.

VI. THEO DÕI

+ Theo dõi tình trạng lâm sàng kịp thời xử trí đặt nội khí quản nếu người bệnh hôn mê sâu, không bảo vệ đường thở, phòng và điều trị viêm phổi sặc nếu có

+ Theo dõi sát huyết áp và đường máu, điện giải đồ

+ Lắp monitor theo dõi điện tim và độ bão hòa ôxy máu (SpO_2) đến khi tình trạng bệnh cải thiện

+ Theo dõi sát và phát hiện kịp thời các biến chứng khác có thể xảy ra.

+ Các xét nghiệm cần theo dõi: khí máu động mạch, xét nghiệm ceton máu, niệu, lactat máu, điện tâm đồ, công thức máu, đông máu cơ bản.

+ Chụp CT scan sọ não nếu người bệnh hôn mê kéo dài không tương xứng với mức độ nặng của ngộ độc

+ Siêu âm gan mật nếu người bệnh nghiện rượu mạn tính hoặc có các vấn đề kèm theo.

VII. XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG

+ Tăng đường máu nếu truyền đường 20% nhiều và nhanh: dừng truyền glucose.

+ Hạ đường máu có thể gặp nếu người bệnh không ăn và truyền glucose không đủ, không liên tục. Ngoài ra có thể gặp sốc phản vệ do vitamin B1

+ Rối loạn điện giải (natri, kali, canxi): bù theo phác đồ.

21. QUY TRÌNH KỸ THUẬT XÉT NGHIỆM SÀNG LỌC VÀ ĐỊNH TÍNH 5 LOẠI MA TÚY

I. ĐẠI CƯƠNG

Ngày càng có nhiều người sử dụng trái phép các loại ma túy, đặc biệt là giới trẻ. Xu hướng hiện nay chuyển từ sử dụng các loại ma túy như heroin, morphin sang các loại thuốc kích thích như: amphetamin, metamphetamin, cần sa…với số lượng người sử dụng rất nhiều. Do vậy rất cần thiết để có một Kit thử nhanh 5 loại ma túy phổ biến để giúp người xử trí có thái độ kịp thời.

Kit thử phát hiện đối tượng có sử dụng chất gây nghiện trong nước tiểu là kit thử phát hiện nhanh, không cần dùng thiết bị phức tạp. Dựa trên nguyên lý dùng kháng thể đơn dòng phát hiện chất gây nghiện trong nước tiểu. Kết quả dương tính khi nồng độ chất gây nghiên trong nước tiểu đạt ngưỡng 300 ng/ml

Kỹ thuật này chỉ cung cấp kết quả phân tích ban đầu. Cần phải làm thêm các phương pháp hóa học khác, đặc hiệu hơn để khẳng định kết quả (phương pháp sắc ký khí, sắc ký khối phổ GC/MS).

II. CHỈ ĐỊNH

- Khi nghi ngờ đối tượng có sử dụng một hoặc nhiêu loại ma túy thường gặp

- Xét nghiệm loại trừ trong một số trường hợp như ngộ độc các thuốc gây cường giao cảm khác: theophylin, cafein, salbutamol.. vv

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối của phương pháp

- Cân nhắc xét nghiệm có thể âm tính nếu xét nghiệm sau khi đối tượng phơi nhiễm với các loại ma túy quá 5 - 7 ngày

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Kỹ thuật viên xét nghiệm: 1 người

2. Phương tiện

Gồm các hóa chất và thiết bị kỹ thuật:

3. Hồ sơ

- Tiếp nhận giấy chỉ định kèm theo chữ ký của bác sỹ

- Lưu lại thông tin về người bệnh và bệnh phẩm cũng như phần kết quả vào hồ sơ xét nghiệm để hồi cứu

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra bệnh phẩm

- Đối chiếu thông tin người bệnh (họ tên, tuổi, giới, ngày làm xét nghiệm) ghi trên hộp, lọ đựng bệnh phẩm) trùng với tên người bệnh trên phiếu chỉ định xét nghiệm và trong hồ sơ lưu

- Kiểm tra số lượng và chất lượng bệnh phẩm có thể làm xét nghiệm hay không trước khi tiến hành xử trí mẫu

2. Thực hiện kỹ thuật

2.1. Lấy bệnh phẩm và chuẩn bị mẫu bệnh phẩm

- Kỹ thuật lấy mẫu nước tiểu: Mẫu nước tiểu phải được để trong lọ chứa khô và sạch. Có thể lấy nước tiểu vào bất kỳ thời điểm nào trong ngày. Mẫu nước tiểu có cặn cần phải được quay ly tâm, lọc và để lắng, lấy phần nước tiểu trong để xét nghiệm.

- Lưu trữ mẫu: Mẫu nước tiểu có thể lưu trữ ở 2 - 8^{o}C trong 48 giờ trước khi xét nghiệm. Nếu lưu trữ lâu hơn, mẫu nước tiểu có thể làm đông và lưu trữ ở nhiệt độ dưới -20^{o}C. Mẫu nước tiểu đông phải được làm tan ra và trộn đều trước khi xét nghiệm.

2.2. Thực hiện kỹ thuật

- Phương pháp kít thử:

Bóc bao bảo quản, đặt kít thử lên khay.

Dùng pipet lấy mẫu bệnh phẩm, nhỏ vào vị trí cho mẫu bệnh phẩm trên kít thử. Đợi 10 - 15 phút cho phản ứng xảy ra hoàn toàn khi đã xuất hiện các vạch mầu trên kít thử

Đọc kết quả, không sử dụng kết quả khi quá thời gian quy định để đọc kết quả theo hướng dẫn của nhà sản xuất.

- Phương pháp sắc ký lớp mỏng:

Thực hiện theo:

QTKT xử trí mẫu xét nghiệm độc chất và

QTKT định tính một chỉ tiêu độc chất bằng sắc ký lớp mỏng.

3. Đánh giá kết quả

Mẫu dương tính phải đáp ứng đầy đủ các yêu cầu thử nghiệm: dương tính với tất cả các phương pháp thử.

22. QUY TRÌNH KỸ THUẬT SỬ DỤNG HUYẾT THANH KHÁNG NỌC RẮN

I. ĐẠI CƯƠNG

- Rắn độc cắn là một loại nhiễm nọc độc thường gặp nhất.

- Huyết thanh kháng nọc rắn (HTKNR) là thuốc giải độc đặc hiệu duy nhất với rắn độc cắn. Thuốc có tác dụng trung hòa các nọc rắn còn trong cơ thể người bệnh, giảm mức độ nặng và tử vong của người bệnh.

- Để dùng HTKNR có hiệu quả và an toàn cao nhất đòi hỏi không chỉ dùng đúng loại, dùng sớm mà còn đúng cách và theo dõi sát người bệnh.

- Có thể dùng HTKNR đơn giá hoặc đa giá. Tuy nhiên HTKNR đơn giá đặc hiệu cho loại rắn tương ứng, đã được chứng minh là có hiệu quả cao và tốt nhất.

II. CHỈ ĐỊNH

Chỉ định dùng HTKNR khi người bệnh đáp ứng các tiêu chuẩn về chẩn đoán xác định loại rắn độc, triệu chứng và thời gian tính từ khi bị rắn cắn như sau:

1. Người bệnh được chẩn đoán bị các loại rắn sau cắn:

- Các chủng rắn hổ mang (*Naja spp.)*

- Rắn hổ chúa *(Ophiophagus hannah)*

- Rắn cạp nia *(Bungarus candidus, Bungarus multicinctus, Bungarus slowinskii).*

- Rắn cạp nong (*Bungarus fasciatus*)

- Rắn chàm quạp (*Calloselasma rhodostoma)*

- Rắn lục tre (*Cryptelytrops alborabris)*, rắn lục xanh (*Viridovipera stejnegeri*), rắn lục xanh miền Nam ***(*Popeia popeiorum).**

- Các loại rắn độc khác khi có huyết thanh kháng nọc rắn đặc hiệu.

2. Có triệu chứng nhiễm độc: các triệu chứng nhiễm độc đang tiến triển.

3. Thời gian tính từ khi bị rắn cắn:

- HTKNR cần được chỉ định càng sớm càng tốt, đặc biệt khi các triệu chứng nhiễm độc nọc rắn đang tiến triển nặng lên

- Tùy loại rắn, HTKNR có thể được chỉ định trong vòng 1 - 2 tuần sau khị bị cắn.

- Nếu có xét nghiệm nọc rắn trong máu, chỉ định HTKNR khi còn nọc rắn trong máu dương tính.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH DÙNG HTKNR:

- Không có chống chỉ định tuyệt đối đối với HTKNR.

- Cần cân nhắc giữa lợi ích và nguy cơ ở các người bệnh sau:

+ Có tiền sử dị ứng với các động vật (như ngựa, cừu) được dùng để sản xuất HTKNR hoặc các chế phẩm huyết thanh từ các động vật này (ví dụ huyết thanh giải độc tố uốn ván).

+ Người có cơ địa dị ứng: đã từng bị dị ứng hoặc các bệnh dị ứng như chàm, viêm mũi dị ứng, sẩn ngứa, đặc biệt dị ứng mạnh (như hen phế quản, từng bị phản vệ).

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 01 bác sỹ và 01 y tá. Trường hợp người bệnh nặng, các dấu hiệu sống không ổn định thì cần có thêm ít nhất một người nữa (tùy theo mức độ cấp cứu, hồi sức và số lượng công việc).

- Trang phục công tác thường quy.

2. Phương tiện

- Huyết thanh kháng nọc rắn đặc hiệu: Thuốc được bảo quản lạnh 5 - 8^{o}C nên cần làm tan giá đến 37^{o}C trước khi sử dụng.

- Các thuốc hỗ trợ: dịch truyền tĩnh mạch natriclorua 0,9%, Ringer lactate, glucose 5%, methylprednisolon (lọ), kháng histamine H1 (VD diphenhydramin, promethazine), kháng histamine H1 (ranitidine), thuốc giãn phế quản dạng tĩnh mạch và khí dung (salbutamol, terbutaline, aminophylline, ipratropium,…),…

- Các dụng cụ, trang thiết bị:

+ Máy truyền dịch

+ Bơm tiêm điện

+ Gói dụng cụ tiêu hao

+ Gói dụng cụ rửa tay, sát khuẩn

+ Bộ dụng cụ bảo hộ cá nhân

+ Bộ dụng cụ, thuốc thủ thuật

+ Bộ dụng cụ tiêm truyền vô khuẩn

+ Dụng cụ, máy theo dõi monitor

+ Các dụng cụ điều trị hỗ trợ, triệu chứng khác

+ Các dụng cụ đánh giá tổn thương tại chỗ do rắn cắn: ví dụ thước dây, bút đánh dấu, màng nhựa mỏng trong suốt đo diện tích tổn thương hoại tử,…

+ Dụng cụ đo thể tích khí lưu thông tự thở, áp lực âm tính đường thở tối đa (với rắn độc cắn gây liệt cơ hô hấp như rắn cạp nia, cạp nong, hổ chúa).

3. Người bệnh

- Được giải thích trước về sự vai trò, sự cần thiết của HTKNR, thông báo các biểu hiện bất thường khi thực hiện.

- Kiểm tra tiền sử dị ứng của người bệnh: các thuốc, các chất đã gây dị ứng, cơ địa dị ứng (hen phế quản, chàm,…).

- Đánh giá lại mức độ nhiễm độc của người bệnh ngay trước khi dùng HTKNR (kể cả xét nghiệm lại nếu thấy cần thiết).

4. Hồ sơ bệnh án

- Ghi chép tình trạng nhiễm độc, mô tả cụ thể các triệu chứng và mức độ nhiễm độc.

- Chỉ định, liều lượng, phương pháp dùng HTKNR, số lượng HTKNR thực tế đã dùng

- Diễn biến trong quá trình dùng HTKNR.

- Sử dụng Phiếu theo dõi dùng thuốc giải độc.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra HTKNR

- Thực hiện kiểm tra thuốc: theo quy định chung trước khi dùng thuốc (theo Bảng kiểm đánh giá an toàn trong sử dụng thuốc dành cho người bệnh nội trú, Tổ chức Y tế thế giới).

- Kiểm tra màu sắc, độ trong, đục của HTKNR: nếu HTKNR thay đổi màu sắc, đục, có kết tủa (bình thường màu vàng nhạt, trong suốt và không có tủa).

- Làm ấm HTKNR bằng nước ấm 37^{o}C.

2. Dự tính và dự phòng các phản ứng dị ứng trước khi dùng HTKNR

• Cân nhắc dùng thuốc dự phòng các phản ứng dị ứng ở các người bệnh có nguy cơ cao:

- Corticoid tĩnh mạch: Methylprednisolon: người lớn 40 - 80 mg, tiêm tĩnh mạch chậm, trẻ em 1 mg/kg cân nặng tiêm tĩnh mạch chậm.

- Kháng histamine: diphenhydramin người lớn và thiếu niên 10 - 20 mg tiêm bắp, trẻ em 1, 25 mg/kg cân nặng. Hoặc promethazin: người lớn tiêm bắp 25 mg, trẻ em (không dùng cho trẻ dưới 2 tuổi): 0,25 mg/kg tiêm bắp.

3. Cách sử dụng HTKNR

3.1. Liều HTKNR:

■ Liều ban đầu: từ 5 - 10 lọ. Lọ đầu tiên pha truyền tĩnh mạch hoặc tiêm tĩnh mạch chậm trong 10 phút, sau đó nếu không có dị ứng pha truyền tĩnh mạch nốt số còn lại.

■ Theo dõi tác dụng và tiến triển của triệu chứng trong và sau khi dùng HTKNR.

■ Các liều nhắc lại:

- Nếu thấy triệu chứng vẫn tiến triển nặng lên hoặc không cải thiện, nhắc lại trong vòng 3 giờ sau khi ngừng liều trước (càng sớm càng tốt), với liều bằng hoặc một nửa liều ban đầu.

- Sau khi nhắc lại tối đa 3 lần nếu triệu chứng vẫn không cải thiện cần xem lại, chẩn đoán xác định và chẩn đoán mức độ, liều lượng thuốc và các tình trạng khác của người bệnh để quyết định dùng tiếp hay ngừng HTKNR.

- Với rắn hổ mang cắn có hoại tử cần phải đánh giá ngay sau khi ngừng HTKNR liều trước và xét dùng ngay liều kế tiếp.

3.2. Dùng đường tĩnh mạch: Đường dùng bắt buộc. Có 2 cách dùng:

- Tiêm tĩnh mạch ngắt quãng.

- Truyền tĩnh mạch: pha loãng 5 - 10 lọ HTKNR trong 100 - 200 ml natriclorua 0,9% hoặc glucose 5%, truyền tĩnh mạch chậm với tốc độ đều đặn trong khoảng 30 phút đến 1 giờ.

3.3. Tiêm dưới da:

- Tiêm dưới da quanh vết cắn hoặc ranh giới tổn thương, ngăn chặn lan rộng của tổn thương.

- Cách tiêm: chia dung dịch pha làm nhiều phần và tiêm ở nhiều vị trí ở vùng xung quanh vết cắn hoặc vùng tổn thương da, phần mềm do nọc độc rắn. Mỗi vị trí tiêm không quá 1 - 2ml.

3.4. Ngừng dùng HTKNR khi

- Các triệu chứng nhiễm độc hồi phục tốt, hoặc:

- Các triệu chứng nhiễm độc hồi phục rõ và có xu hướng chắc chắn sắp trở về bình thường, hoặc:

- Triệu chứng nhiễm độc dừng lại, không tiến triển nữa (với triệu chứng khó có thể thay đổi ngay như hoại tử, bầm máu, máu đã chảy vào trong cơ,…), hoặc:

- Người bệnh có tai biến, biến chứng (cân nhắc lợi và hại sau khi đã xử trí ổn định tai biến, biến chứng).

VI. THEO DÕI

- Theo dõi sát các triệu chứng của người bệnh (lâm sàng và cận lâm sàng), lượng giá mức độ các triệu chứng (ví dụ người bệnh đau 3/10, há miệng 3 cm tính từ hai cung răng, cơ lực bàn tay 4/5, thể tích khí lưu thông tự thở của người bệnh là 200 ml,…), đo chu vi vòng chi bị sưng nề và so sánh với bên đối diện, đo mức độ lan xa của sưng nề, diện tích hoại tử (dùng bút khoanh vùng để dễ theo dõi),… để biết được diễn biến của người bệnh.

- Đánh giá mức độ nhiễm độc của người bệnh ngay trước, trong khi, ngay sau mỗi lần dùng HTKNR, sau đó 1-3 giờ/lần trong quá trình dùng HTKNR.

- Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn (mạch, huyết áp, nhịp thở, thân nhiệt, ý thức), các biểu hiện dị ứng, liên tục trước, trong, ngay sau và nhiều giờ sau khi dùng HTKNR. Mắc máy theo dõi liên tục cho người bệnh.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Khi có tai biến do HTKNR, tạm ngừng HTKNR và xử trí. Sau khi xử trí người bệnh ổn định, xét dùng tiếp HTKNR sau khi đã cân nhắc giữa lợi và hại. Nếu dùng tiếp thì dùng các liều nhỏ hơn và truyền tĩnh mạch chậm hơn, theo dõi sát hơn.

1. Sốc phản vệ:

- Thường xuất hiện trong vòng 3 giờ đầu sau khi dùng HTKNR.

- Theo dõi, chẩn đoán và xử trí ngay theo phác đồ của Bộ Y Tế.

2. Các biểu hiện dị ứng khác:

■ Mày đay, đau bụng, nôn, ỉa chảy, co thắt phế quản.

■ Điều trị triệu chứng:

- Corticoid tĩnh mạch: VD Methylprednisolon: người lớn 40-160 mg/ngày, dùng 1 lần hoặc chia 2 lần, tiêm tĩnh mạch chậm, trẻ em 1 - 2 mg/kg/ngày cân nặng, chia 2 lần, tiêm tĩnh mạch chậm.

- Kháng histamine: ví dụ diphenhydramin (Dimedrol) người lớn và thiếu niên 10 - 20 mg tiêm bắp, trẻ em 1, 25 mg/kg cân nặng, có thể tới 4 lần/ngày.

- Giãn phế quản: với co thắt phế quản, dùng thuốc giãn phế quản khí dung (VD salbutamol, terbutaline, ipraproppium), nếu không đỡ kết hợp truyền tĩnh mạch (VD salbutamol, terbutaline hoặc diaphylline).

3. Tăng thân nhiệt:

+ Do HTKNR nhiễm các chí nhiệt tố trong quá trình sản xuất.

+ Người bệnh biểu hiện rét run, thân nhiệt tăng, giãn mạch, có thể huyết áp có thể tụt.

+ Xử trí bằng corticoid tĩnh mạch, kháng histamin như nêu ở mục “các biểu hiện dị ứng khác”, dùng paracetamol và chườm mát.

4. Bệnh huyết thanh muộn:

+ Thường xuất hiện sau từ 1-12 ngày sau khi dùng HTKNR (trung bình 7 ngày).

+ Biểu hiện: sốt, nôn, ỉa chảy, ngứa, đau khớp, đau cơ, nổi hạch, sưng quanh khớp, viêm dây thần kinh, protein niệu với viêm thận do phức hợp miễn dịch, bệnh lý não (hiếm gặp). Người bệnh có phản ứng dị ứng sớm và được điều trị bằng kháng histamin và corticoid ít bị bệnh huyết thanh muộn.

+ Điều trị: thuốc kháng histamin và corticoid (prednisolon: 20 mg/ngày với người lớn, 0,7 mg/kg/ngày với trẻ em), thường người bệnh đáp ứng tốt khi dùng các thuốc này khoảng 5 ngày.

23. QUY TRÌNH KỸ THUẬT BĂNG ÉP BẤT ĐỘNG SƠ CỨU RẮN ĐỘC CẮN

I. ĐẠI CƯƠNG

- Rắn độc cắn là một loại nhiễm độc do động vật thường gặp nhất.

- Rắn độc cắn có thể gây tử vong trên đường vận chuyển đến viện.

- Nọc độc của rắn từ vị trí cắn về tuần hoàn hệ thống chủ yếu theo con đường bạch huyết.

- Băng ép bất động chi bị cắn tạo ra lực ép làm chậm quá trình nọc đi theo đường bạch huyết về tuần hoàn hệ thống, đồng thời bất động chi bị cắn làm hạn chế co cơ qua đó cũng góp phần làm giảm vai trò "bơm máu" của cơ với tuần hoàn trở về của chi. Các tác dụng này làm triệu chứng nhiễm độc xuất hiện chậm hơn, đặc biệt là liệt, có thể đủ giúp cho người bệnh tới được cơ sở y tế gần nhất một cách an toàn.

II. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp bị rắn cạp nong, rắn cạp nia, rắn hổ chúa, rắn hổ mang cắn.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Các loại rắn lục cắn.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: có thể là bất kỳ bác sỹ, y tá, kỹ thuật viên hoặc người đã được hướng dẫn và thực hành.

2. Phương tiện

- Băng:

+ Dùng băng chun giãn bản rộng 7 - 10cm: 03 cuộn.

+ Nếu không có băng chun giãn, có thể thể bằng ga rô tĩnh mạch (chú ý không ga rô động mạch vì gây thiếu máu, nguy cơ tổn thương đoạn chi)

- Nẹp: nẹp loại dành cho cố định gãy xương đùi, nẹp cố định cẳng bàn tay.

Nếu không có thể dùng que dài, gậy hoặc miếng bìa cứng to.

- Băng tam giác hoặc dây treo cẳng bàn tay.

- Băng cuộn thông thường: 03 cuộn (để buộc nẹp).

- Các dụng cụ, phương tiện khác: thuốc và dụng cụ sát trùng, rửa vết cắn, các dụng cụ cấp cứu hô hấp (hút đờm rãi, bong ambu, đặt nội khí quản, máy thở, ô xy), tuần hoàn (bộ đặt đường truyền tĩnh mạch, dịch truyền, thuốc vận mạch), dụng cụ vận chuyển người bệnh (cáng, xe cứu thương).

3. Người bệnh

- Động viên người bệnh yên tâm, đỡ lo lắng, không để người bệnh tự đi lại nếu vết cắn ở chân (vì vận động vùng bị cắn làm nọc độc vào cơ thể nhanh hơn).

- Cởi các đồ trang sức (nhẫn, vòng) ở vùng bị cắn (dễ gây chèn ép khi bị sưng nề). Không cố cởi quần áo vì dễ làm vùng bị cắn cử động, có thể băng đè lên quần áo.

- Không để người bệnh tự đi lại. Bất động chân, tay bị cắn (có thể bằng nẹp). Để vết cắn ở vị trí ngang bằng hoặc thấp hơn vị trí của tim.

- Giải thích về sự cần thiết của kỹ thuật, hạn chế vận động vùng bị cắn.

4. Hồ sơ, bệnh án: có thể dùng hồ sơ bệnh án hoặc một tờ giấy ghi chép theo dõi.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Kỹ thuật băng ép bất động: Vết cắn ở chân, tay, thực hiện theo các bước sau (theo thứ tự từ trên xuống dưới).

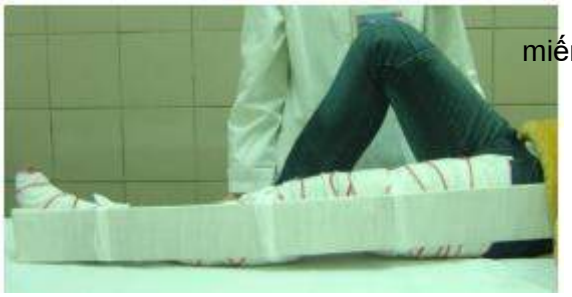


1) Đặt băng ở vùng quanh ngón tay, chân

Băng tương đối chặt nhưng không quá mức (vẫn còn sờ thấy mạch đập, đủ để luồn một ngón tay qua giữa các nếp băng một cách khó khăn).



2) Bắt đầu băng từ ngón tay hoặc chân tới bẹn hoặc nách (để hở móng tay, chân).



3) Dùng nẹp cứng (miếng gỗ, que, miếng bìa cứng, ...) để cố định chân, tay.



◆ Vết cắn ở bàn, ngón tay, cẳng tay:

+ Băng ép bàn, ngón tay, cẳng tay.

+ Dùng nẹp cố định cẳng bàn tay.

+ Dùng khăn hoặc dây treo lên cổ người bệnh.

◆ **Vết cắn ở thân mình, đầu, mặt cổ:** dùng gạc, vải hoặc giấy gấp tạo thành miếng có kích thước khoảng 5 cm^2, dày 2 - 3 cm đặt trực tiếp lên vết cắn và ấn giữ liên tục lên vùng bị cắn nhưng không làm hạn chế cử động thành ngực hay hít thở của người bệnh.

◆ **Kết hợp các biện pháp khác trên đường vận chuyển người bệnh đến bệnh viện:** Nếu người bệnh khó thở: hỗ trợ hô hấp theo điều kiện tại chỗ, hà hơi thổi ngạt, bóp bóng ambu qua mask hoặc đặt nội khí quản sau đó bóp bóng hoặc thở máy.

◆ **Khi nào tháo băng ép:**

- Duy trì băng ép bất động tới khi người bệnh đến được cơ sở y tế có khả năng cấp cứu hồi sức (có thể đặt nội khí quản bóp bóng hoặc thở máy).

- Chuẩn bị trước khi tháo băng ép:

+ Đặt đường truyền tĩnh mạch.

+ Thuốc: dịch natriclorua 0,9% hoặc Ringer lactate truyền tĩnh mạch duy trì đường truyền và bộ chống sốc phản vệ.

+ Các dụng cụ cấp cứu hô hấp: ôxy, bóng ambu, bộ đặt nội khí quản, máy thở.

- Cách tháo băng: tháo chậm, tháo từ từ từng phần.

- Theo dõi sát mạch, huyết áp, màu da, hô hấp và tình trạng liệt của người bệnh trong và sau khi tháo.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn: tri giác, mạch, huyết áp, nhịp thở.

- Tình trạng liệt của người bệnh: người bệnh bị liệt do rắn hổ cắn thường bị liệt ở các dây thần kinh sọ trước (đau họng, sụp mi, mờ mắt, nói khó, nuốt khó), sau đó liệt cơ kiên sườn, cơ hoành và cuối cùng liệt các chi.

- Cảm giác đau, căng tức, tê vùng chi bị cắn được băng ép.

- Màu sắc da đầu ngón, móng của chi được băng ép. Tư thế, vị trí và cử động của vùng bị cắn

- Độ chặt của băng.

VII. XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG

Nói chung kỹ thuật băng ép bất động an toàn. Thường có xu hướng băng ép không đủ chặt dẫn tới hiệu quả hạn chế.

- Chèn ép gây thiếu máu ngọn chi:

+ Không gặp nếu làm đúng kỹ thuật, thường do băng chặt quá, duy trì kéo dài nhiều giờ và sưng nề tiến triển.

+ Biểu hiện: đau, tê, mất cảm giác đầu ngón chân, ngón tay, màu sắc đầu ngón, móng chân, móng tay màu tím.

+ Xử trí: nới bớt băng nhưng vẫn phải đảm bảo lực ép.

24. QUY TRÌNH KỸ THUẬT CẦM MÁU VẾT THƯƠNG CHẢY MÁU

I. ĐẠI CƯƠNG

- Tất cả các vết thương đều ít nhiều có chảy máu.

- Mục đích của cầm máu vết thương là:

+ Nhanh chóng làm ngừng chảy máu để hạn chế mất máu (vì mất nhiều máu sẽ gây sốc nặng cho người bị thương).

+ Làm ngừng chảy máu nhưng phải thực hiện đúng nguyên tắc, đúng kỹ thuật thì mới bảo tồn được chi thể, bảo tồn được tính mạng người bị thương.

- Căn cứ vào mạch máu bị tổn thương mà phân chia thành 3 loại:

+ Chảy máu mao mạch

+ Chảy máu tĩnh mạch

+ Chảy máu động mạch

II. CHỈ ĐỊNH

- Các loại vết thương còn đang tiếp tục chảy máu

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối khi cầm máu các vết thương đang chảy máu. Tuy nhiên cần hạn chế sử dụng garo cầm máu với các vết thương chảy máu nhẹ

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ chuyên khoa chấn thương hoặc bác sỹ đa khoa hoặc điều dưỡng đã được tập huấn các kỹ thuật cầm máu.

- Rửa tay bằng xà phòng vô khuẩn, khử khuẩn tay, đi găng, đội mũ và mặc áo vô khuẩn.

2. Dụng cụ

- Bông vô khuẩn

- Các loại gạc vô khuẩn

- Dây garo

- Băng cuộn

- Kẹp Kocher

- Kim và chỉ khâu da
- Thuốc gây tê tại chỗ Xylocain 2%
- Cồn sát trùng
- Dây ôxy và bình ô xy
- Dịch truyền và dây truyền dịch
- Huyết thanh uốn ván.

3. Người bệnh

- Được giải thích về kỹ thuật cầm máu sắp tiến hành.
- Nằm đầu thấp, thở ôxy và đặt đường truyền tĩnh mạch nếu chảy máu nặng.

4. Nơi thực hiện

- Tại phòng thủ thuật vô khuẩn hoặc phòng mổ nếu chảy máu nặng.

5. Hồ sơ bệnh án theo quy định, người bệnh cần làm đầy đủ các xét nghiệm về công thức máu, đông máu cơ bản... Nếu trường hợp chảy máu cấp thì cần tiến hành cầm máu ngay sau đó tiến hành làm xét nghiệm và điều trị các rối loạn đông máu nếu có sau.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Kiểm tra lại hồ sơ người bệnh
- Khám và đánh giá lại tình trạng vết thương và mức độ chảy máu
- Gây tê tại chỗ vết thương nếu người bệnh đau nhiều hoặc vết thương phải khâu.

1. Vết thương chảy máu từ tĩnh mạch hoặc mao mạch:

- Bước 1: Sát khuẩn vết thương. Xác định vị trí chảy máu, kiểm tra tới đáy của vết thương.
- Bước 2: Nếu vết thương từ tĩnh mạch có thể kẹp và buộc thắt tĩnh mạch để cầm máu.
- Bước 3: Khâu vết thương tới đáy của vết thương bằng các mũi chỉ rời nếu vết thương rộng
- Bước 4: Sát khuẩn lại và băng ép bằng gạc và băng cuộn.

Với các vết thương chảy máu từ mao mạch hoặc vết thương nhỏ chỉ cần băng ép cầm máu là đủ.

2. Vết thương chảy máu từ động mạch

- Bước 1: Sát khuẩn vết thương. Xác định vị trí chảy máu hoặc động mạch bị tổn thương.
- Bước 2: Ấn động mạch

Dùng ngón tay ấn đè chặt vào động mạch trên đường đi của nó từ tim đến vết thương.Tùy theo mức độ tổn thương và vị trí ấn mà dùng ngón tay hoặc cả nắm tay để ấn động mạch. Thời gian ấn trung bình từ 15 - 30 phút sau khi kiểm tra máu đã cầm tạm thời.

- Bước 3 Sử dụng băng chèn

Là băng ép được buộc chặt tạo thành con chèn đặt lên các vị trí ấn động mạch sau khi đã ấn cầm máu tạm thời, sau đó băng cố định con chèn bằng nhiều vòng băng xiết.

3. Các vết thương động mạch ở sâu, giữa các kẽ xương, vết thương vùng cổ, vùng chậu không thể băng ép được ta dùng cách nhét gạc (Mècher) vào vết thương rồi khâu vết thương tạm thời để cầm máu sau đó chuyển đến cơ sở chuyên khoa xét phẫu thuật cầm máu.

4. Garo trong vết thương chảy máu nặng

- Chỉ định đặt garô:

+ Vết thương bị cụt chi hoặc chi bị đứt gần lìa.

+ Chi bị giập nát quá nhiều biết chắc không thể bảo tồn được.

+ Vết thương tổn thương mạch máu đã áp dụng những biện pháp cầm máu tạm thời trên mà không có kết quả.

- Cách đặt garô:

Bước1: Ấn động mạch ở phía trên vết thương để tạm thời cầm máu.

Bước 2: Lót vải hoặc gạc ở chỗ định đặt garô hoặc dùng ngay ống quần, ống tay áo để lót.

Bước 3: Đặt garô và xoắn dần (nếu là dây vải), bỏ tay ấn động mạch rồi vừa xoắn vừa theo dõi mạch ở dưới hoặc theo dõi máu chảy ở vết thương. Nếu mạch ngừng đập hoặc máu ngừng chảy là được. Khi đã xoắn vừa đủ chặt thì cố định que xoắn. Nếu là dây cao su thì chỉ cần cuốn nhiều vòng tương đối chặt rồi buộc cố định.

Bước 4: Băng ép vết thương và làm các thủ tục hành chính cần thiết chuyển người bệnh đến cơ sở có khả năng phẫu thuật cầm máu.

VI. THEO DÕI

- Tình trạng chảy máu của vết thương, mức độ thấm máu vào băng, gạc.

- Mạch, huyết áp, nhiệt độ phát hiện tình trạng chảy máu tiếp diễn, điều chỉnh rối loạn đông máu nếu có.

- Đánh giá tình trạng tưới máu ở đầu chi băng ép

- Với các vết thương garo cần theo dõi thời gian garo, thời gian vận chuyển và thời gian nới garo.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Vết thương vẫn tiếp tục chảy máu: Cần tháo bỏ băng ép, kiểm tra lại vị trí chảy máu và cầm máu lại vết thương.

2. Thiếu máu đầu chi băng ép: Người bệnh đau tức, đầu chi băng ép tím. Cần nới bớt băng ép hoặc nới garo mỗi 30 phút.

25. QUY TRÌNH KỸ THUẬT CỐ ĐỊNH TẠM THỜI NGƯỜI BỆNH GÃY XƯƠNG

1. ĐỊNH NGHĨA

Gãy xương là một tình trạng mất tính liên tục của xương, nó có thể biểu hiện dưới nhiều hình thức từ một vết rạn cho đến gãy hoàn toàn của xương.

Nguyên tắc cố định xương gãy:

- Không đặt nẹp trực tiếp lên da thịt nạn nhân phải có đệm lót ở đầu nẹp, đầu xương (không cởi quần áo, cần thiết rạch theo đường chỉ).

- Cố định trên và dưới ổ gãy, khớp trên và dưới ổ gãy, riêng xương đùi bất động 3 khớp.

- Bất động chi gãy ở tư thế cơ năng: Chi trên treo tay vuông góc, chi dưới duỗi thẳng 180^o.

- Trường hợp gãy kín phải kéo chi liên tục bằng một lực không đổi trong suốt thời gian cố định.

- Trường hợp gãy hở: Không được kéo nắn ấn đầu xương gãy vào trong, xử trí vết thương để nguyên tư thế gãy mà cố định.

II. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp gãy xương do bệnh lý hoặc do chấn thương nhằm giảm đau, hạn chế di lệch, hạn chế các tổn thương thứ phát.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: Bác sỹ chấn thương hoặc bác sỹ đa khoa, điều dưỡng đã được đào tạo về chấn thương.

- Khử khuẩn tay, đeo găng, đội mũ, khẩu trang vô khuẩn.

2. Dụng cụ

- Nẹp: nẹp phải đảm bảo đủ độ dài, rộng và dày. Một số loại nẹp: nẹp gỗ các cỡ, nẹp Cramer, nẹp máng Beckel, nẹp hơi, nẹp plastic...

- Bông: Dùng để đệm lót vào đầu nẹp hoặc nơi ụ xương cọ xát vào nẹp

- Băng cuộn: Dùng để buộc cố định nẹp. Băng phải đảm bảo: Rộng bản, dài vừa phải, bền chắc.

- Băng dính to bản.

- Thuốc giảm đau toàn thân hoặc giảm đau tại chỗ Xylocain 2%

3. Người bệnh: Được giải thích về kỹ thuật sắp làm.

- Được giảm đau bằng thuốc giảm đau toàn thân hoặc phong bế thần kinh vùng chi bị gãy.

4. Hồ sơ bệnh án: Được làm hồ sơ cẩn thận, chụp XQ xác định tổn thương xương tuy nhiên các trường hợp cấp cứu cần cố định xương gãy trước khi cho người bệnh đi chụp XQ.

5. Nơi thực hiện: khoa cấp cứu hoặc phòng thủ thuật sạch với các gãy xương hở

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Kiểm tra lại hồ sơ người bệnh

- Khám và đánh giá lại người bệnh, xác định vị trí gãy xương.

Có nhiều cách cố định xương gãy phụ thuộc vào vị trí xương gãy

1. Gãy xương sườn và xương ức

- Dùng băng dính to bản cố định xương sườn gãy bằng cách dán nửa ngực phía bị gãy cả phía trước lẫn phía sau.

2. Gãy xương đòn: Dùng băng số 8: cần 2 người tiến hành.

Người 1: Nắm 2 cánh tay nạn nhân nhẹ nhàng kéo ra phía sau bằng một lực vừa phải, không đổi trong suốt thời gian cố định.

Người 2: Dùng băng băng kiểu số 8 để cố định xương đòn.

Chú ý: Phải đệm lót tốt ở hai hố nách để tránh gây cọ sát làm nạn nhân đau khi băng.

3. Gãy xương cánh tay

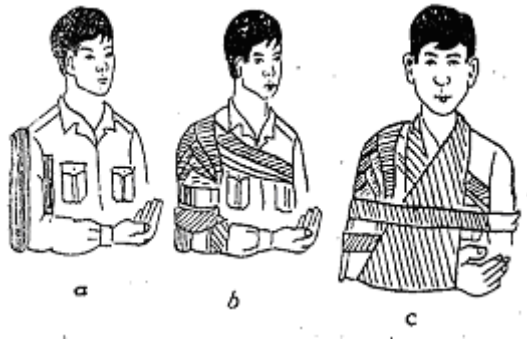
- Để cánh tay sát thân mình, cẳng tay vuông góc với cánh tay (tư thế co).

- Đặt 2 nẹp, nẹp trong từ hố nách tới quá khuỷu tay, nẹp ngoài từ quá bả vai đến quá khớp khuỷu. (Hình 1a)

- Dùng 2 dây rộng bản buộc cố định nẹp: một ở trên và một ở dưới ổ gãy. (Hình 1b)

- Dùng khăn tam giác đỡ cẳng tay treo trước ngực, cẳng tay vuông góc với cánh tay, bàn tay cao hơn khuỷu tay, bàn tay để ngửa.

- Dùng băng rộng bản băng ép cánh tay vào thân mình. Thắt nút phía trước nách bên lành. (Hình 1c)



Hình 1: Kỹ thuật cố định trong gãy ương cánh tay.

4. Gãy xương cẳng tay

- Để cẳng tay sát thân mình, cẳng tay vuông góc cánh tay. Lòng bàn tay ngửa.

- Dùng hai nẹp: Nẹp trong từ lòng bàn tay đến nếp khuỷu tay, nẹp ngoài từ đầu các ngón tay đến quá khuỷu. (Hình 2A a) hoặc dùng nẹp Cramer tạo góc 90° đỡ cả xương cẳng tay và cánh tay (Hình 2B)

- Dùng 3 dây rộng bản buộc cố định nẹp bàn tay, thân cẳng tay (trên, dưới ổ gãy) (Hình 2A b)

- Dùng khăn tam giác đỡ cẳng tay treo trước ngực. (Hình 2Ac)



A B

Hình 2: Kỹ thuật cố định trong gãy ương cẳng tay với nẹp gỗ(A) và nẹp Cramer (B).

5. Gãy xương cột sống

- Đặt người bệnh nằm thẳng trên ván cứng.

- Tùy thuộc người bệnh nghi ngờ tổn thương vùng cột sống nào mà lựa chọn đặt nẹp cột sống cổ, ngực hoặc thắt lưng cho người bệnh rồi chuyển đến cơ sở chuyên khoa.

6. Gãy xương đùi: Cần 3 người làm.

Người thứ nhất: luồn tay đỡ đùi ở phía trên và phía dưới ổ gãy.

Người thứ hai: đỡ gót chân và giữ bàn chân ở tư thế luôn vuông góc với cẳng chân.

Người thứ ba: đặt nẹp. Cần đặt 3 nẹp. (Hình 3a)

+ Nẹp ngoài từ hố nách đến quá gót chân

+ Nẹp dưới từ vai đến quá gót chân

+ Nẹp trong từ bẹn đến quá gót chân

Dùng dải dây rộng bản để buộc cố định nẹp ở các vị trí: trên ổ gãy, dưới ổ gãy, cổ chân, ngang ngực, ngang hông, dưới gối (Hình 3b)



Hình 3: Kỹ thuật cố định trong gãy ương đùi.

7. Gãy xương cẳng chân.

Cần 2 nẹp dài bằng nhau và 3 người làm:

Người thứ nhất: đỡ nẹp và cẳng chân phía trên và dưới ổ gãy.

Người thứ hai: Đỡ gót chân, cổ chân và kéo nhẹ theo trục của chi, kéo liên tục bằng một lực không đổi.

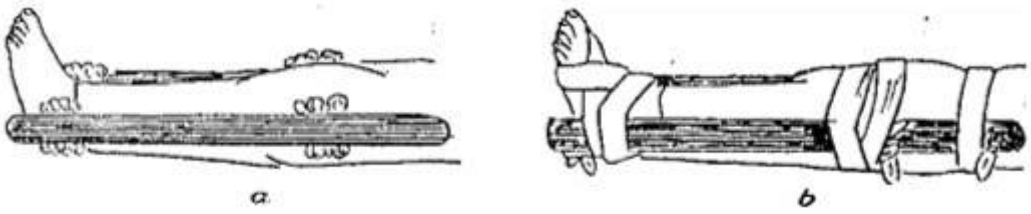
Người thứ ba: Đặt 2 nẹp (Hình 4 a)

Nẹp trong từ giữa đùi đến quá gót.

Nẹp ngoài từ giữa đùi đến quá gót.

Hoặc đặt nẹp Cramer tạo góc 90 ° đỡ bàn chân và cẳng chân (Hình 5 a)

- Buộc dây cố định nẹp ở các vị trí: Trên ổ gãy và dưới ổ gãy, đầu trên nẹp và băng số 8 giữ bàn chân vuông góc với cẳng chân. (Hình 4b)



Hình 4: Kỹ thuật cố định trong gãy ương cẳng chân bằng nẹp gỗ.



Hình 5: Kỹ thuật cố định trong gãy ương cẳng chân bằng nẹp Cramer.

VI. THEO DÕI

- Mạch, huyết áp, tình trạng đau của người bệnh.
- Kiểm tra tưới máu vùng ngọn chi bị gãy và cố định
- Các tổn thương khác đi kèm nếu có.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Di lệch xương gãy: Do cố định xương chưa tốt hoặc kéo nắn xương chưa thẳng trục. Cần chụp XQ kiểm tra và nẹp cố định lại xương gãy tránh di lệch.

26. QUY TRÌNH KỸ THUẬT VẬN CHUYỂN NGƯỜI BỆNH CẤP CỨU

I. ĐẠI CƯƠNG

Vận chuyển người bệnh cấp cứu là việc di chuyển người bệnh cấp cứu từ nơi này đến nơi khác để thực hiện các biện pháp cấp cứu, chẩn đoán hoặc điều trị cho người bệnh, đây một công việc rất khó khăn, phức tạp, bản thân người bệnh luôn có nguy cơ diễn biến nặng lên hoặc xuất hiện các biến chứng trong quá trình vận chuyển do diễn biến của bệnh hoặc do chính kỹ thuật vận chuyển không đúng. do đó, công tác vận chuyển người bệnh cấp cứu cần đảm bảo đúng các kỹ thuật vận chuyển nhằm hạn chế các biến cố nguy hiểm do vận chuyển cho người bệnh và đảm bảo an toàn cho người thực hiện làm công tác vận chuyển.

II. CHỈ ĐỊNH VẬN CHUYỂN

- Chuyển người bệnh ra khỏi nơi nguy hiểm như cháy, nổ, sập nhà, hiện trường tai nạn, thảm họa, ...
- Vận chuyển người bệnh từ gia đình, ngoài cộng đồng, nơi công cộng, nơi lao động sản xuất, ... đến các cơ sở y tế.
- Vận chuyển người bệnh từ cơ sở y tế này đến cơ sở y tế khác, chuyển người bệnh giữa các khoa phòng, chuyển người bệnh đi làm thăm dò, xét nghiệm, can thiệp, ...

III. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ, điều dưỡng, kỹ thuật viên cấp cứu, người hỗ trợ, ...số lượng tùy thuộc vào số lượng người bệnh cần vận chuyển.
- Số lượng Người thực hiện tham gia vận chuyển tùy thuộc vào tình hình thực tế nhưng phải đảm bảo tối thiểu là hai Người thực hiện để vận chuyển người bệnh, nếu trường hợp người bệnh nặng có nguy cơ rối loạn nặng chức năng sống hoặc có nguy cơ phải can thiệp nên có bác sỹ tham gia vận chuyển, Người thực hiện vận chuyển phải chuẩn bị đầy đủ hồ sơ bệnh án và các tài liệu liên quan, ghi chỉ định vận chuyển và ghi diễn biến trong quá trình vận chuyển. Lựa chọn tư thế và kỹ thuật vận chuyển phù cho người bệnh. Người thực hiện vận chuyển phải xác định rõ ràng lộ trình vận chuyển và nơi sẽ chuyển người bệnh tới.

2. Phương tiện, dụng cụ

2.1. Vật tư tiêu hao, dụng cụ: Dây truyền dịch, găng sạch, bơm kim tiêm, catheter ngoại biên, ống nghe, huyết áp, ống nội khí quản, ô xy, bóng mask, cáng, ô tô vận chuyển, ...

2.2. Dụng cụ cấp cứu trong khi vận chuyển: Tùy theo tình trạng người bệnh và khả năng trang thiết bị và thuốc để chuẩn bị cho quá trình vận chuyển. Thông thường các phương tiện và thuốc cơ bản cần thiết gồm máy theo dõi người bệnh monitoring, máy phá rung, ô xy, bóng ambu mặt nạ, ống nội khí quản, bình ô xy, ...Thuốc tối thiểu cấp cứu: adrenalin, atropin, lidocain, thuốc duy trì salbutamol, vận mạch, máy truyền dịch, bơm tiêm điện. nếu người bệnh cần thở máy các máy thở khi vận chuyển phải đảm bảo các chức năng cơ bản và an toàn cho người bệnh

3. Người bệnh

- Giải thích cho người bệnh và/hoặc người đại diện hợp pháp của người bệnh về việc cần thiết và mục đích của việc vận chuyển người bệnh và các lợi ích, các rủi ro, nguy cơ và các biến chứng nguy hiểm có thể gặp trong khi vận chuyển.

- Đánh giá tình trạng người bệnh, thảo luận giữa các Người thực hiện vận chuyển về tình trạng người bệnh, các chú ý về theo dõi, chăm sóc và điều trị của người bệnh, giải thích cho người bệnh (nếu người bệnh tỉnh) hoặc người nhà người bệnh về việc vận chuyển người bệnh và dự kiến những khó khăn trong quá trình vận chuyển.

- Đặt người bệnh nằm tư thế thuận lợi để dễ tiếp cận, dễ vận chuyển. cho thở ô xy, mắc máy monitoring theo dõi, dặt đường truyền tĩnh mạch, ...Nếu vận chuyển người bệnh di xa.

- Kỹ thuật vận chuyển được thực hiện khi cần vận chuyển người bệnh trong các tình huống như: Vận chuyển người bệnh ra khỏi nơi bị nạn, từ gia đình nạn nhân đến bệnh viện, từ cộng đồng đến cơ sở y tế, từ phòng cấp cứu vào các khoa trong bệnh viện, từ Khoa cấp cứu đến các phòng thăm dò chức năng trong bệnh viện, ngoài bệnh viện, ...

4. Chuẩn bị hồ sơ bệnh án

- Ghi chép chỉ định thực hiện kỹ thuật vận chuyển vào bệnh án.

- Kiểm tra lại các xét nghiệm

- Phiếu ghi chép về kỹ thuật vận chuyển và quá trình thực hiện kỹ thuật.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH KỸ THUẬT VẬN CHUYỂN NGƯỜI BỆNH

1. Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra lại hồ sơ về chỉ định chống chỉ định của việc vận chuyển người bệnh,...

2. Kiểm tra lại người bệnh: Khám lại, đánh giá lại chức năng sống của người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Kỹ thuật nâng và chuyển người bệnh:

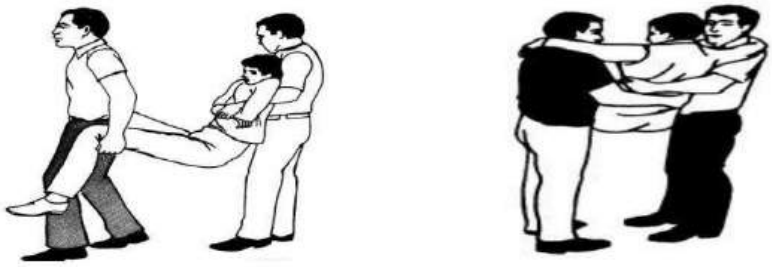
Các kỹ thuật này nhằm đưa người bệnh ra khỏi khu vực nguy hiểm như cháy, nổ, nước, điện, ...kỹ thuật nâng người bệnh phải dựa hoàn toàn vào sức lực của người thực hiện kỹ thuật, do đó trước khi nâng và chuyển người bệnh cần đánh giá nhanh tình trạng người bệnh và khả năng có thể đủ sức nâng được NGƯỜI BỆNH lên hay cần sự hỗ trợ để đưa NGƯỜI BỆNH vượt qua được khoảng cách đến vị trí định trước (hình 1).



Hình 1: một số kỹ thuật nâng người bệnh

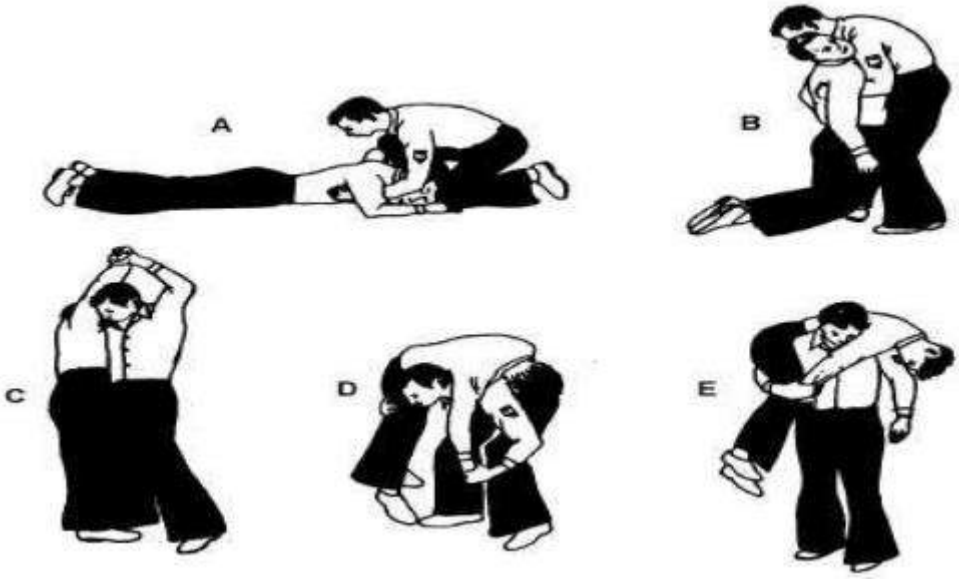
Cố gắng tận dụng các phương tiện sẵn có một cách hiệu quả. khi di chuyển người bệnh nên đi chậm, Người thực hiện vận chuyển cần sử dụng các động tác phối hợp để tận dụng cơ lực của mình một cách hiệu quả để chuyển người bệnh đến nơi an toàn gần nhất hoặc chuyển được người

bệnh lên cáng hoặc các phương tiện vận chuyển khác. nếu có nhiều người tham gia cần phối hợp chặt chẽ và thường xuyên giữa các Người thực hiện trong suốt quá trình vận chuyển để đảm bảo an toàn cho người bệnh và hỗ trợ lẫn nhau (hình 2).



Hình 2: một số kỹ thuật chuyển và di dời người bệnh đơn giản

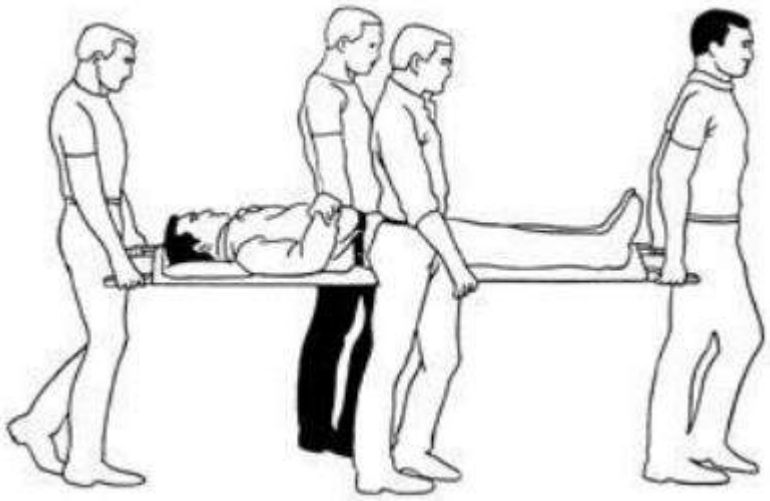
Một số kỹ thuật chuyển và di dời người bệnh có thể vận dụng trong những tình huống đặc biệt như kéo người bệnh bằng cách nắm lấy cổ áo người bệnh hay đặt người bệnh lên một tấm chăn rồi kéo người bệnh về phía trước, nhưng phải tôn trọng trục thẳng của cơ thể, hoặc người thực hiện kỹ thuật luồn hai tay qua nách người bệnh từ phía sau và kéo người bệnh về phía trước (hình 3).



Hình 3: một số kỹ thuật chuyển và di dời khẩn cấp

3.2. Kỹ thuật khiêng an toàn

Khi đã chuyển được người bệnh lên cáng hoặc các phương tiện tận dụng phù hợp (ván, ...) chỉ thực hiện động tác khiêng khi đã nắm chắc tay vào cáng, cáng phải sát vào thân mình, trong khi khiêng lưng phải thẳng, không nên bước dài, đầu giữ thẳng, di chuyển nhẹ nhàng tránh các động tác đột ngột, xóc nảy làm các cơ của người khiêng cáng hoạt động quá sức dẫn đến nhanh mỏi cơ và tổn thương cơ. phối hợp nhịp nhàng với đồng nghiệp, khi khiêng cáng ở những địa hình đặc biệt cần chú ý nguyên tắc khi đi xuống dốc (hoặc xuống cầu thang) phía chân người bệnh đi trước, khi lên dốc (hoặc lên cầu thang) phía đầu NGƯỜI BỆNH đi trước (hình 4).



Hình 4: một số kỹ thuật khiêng cáng an toàn

3.3. Kỹ thuật chuyển người bệnh từ cáng vào giường bệnh và ngược lại

3.3.1. Kỹ thuật kéo sang ngang:

Thường cần có 3 nhân viên, nếu người bệnh chấn thương, nghi có tổn thương cột sống cổ, cần có thêm 1 Người thực hiện để giữ đầu người bệnh luôn thẳng trục với thân mình. đặt cáng sát cạnh vào giường, mặt cáng và mặt giường ngang nhau, trong trường hợp có các phương tiện chuyên dụng như thảm lăn đặt dưới lưng người bệnh việc chuyển sẽ thuận lợi hơn, nếu NGƯỜI BỆNH không nằm trên ga trải, các Người thực hiện vận chuyển có thể đứng cùng một bên giường hay cáng luồn tay dưới đầu, lưng hông, đùi và chân NGƯỜI BỆNH nâng nhẹ và kéo người bệnh sang ngang.

3.3.2. Kỹ thuật "múc thìa"

Thường cần có 3 nhân viên, nếu người bệnh chấn thương, nghi có tổn thương cột sống cổ, cần có thêm 1 Người thực hiện để giữ đầu người bệnh luôn thẳng trục với thân mình. các Người thực hiện vận chuyển quỳ một chân ở cùng một bên của người bệnh, luồn tay dưới đầu, lưng hông, đùi chân người bệnh, nâng lên và cùng di chuyển giữ cho cơ thể người bệnh luôn được giữ thẳng trục (hình 5). kỹ thuật này thường áp dụng khi chuyển người bệnh lên cáng hoặc chuyển người bệnh từ cáng lên giường và ngược lại. Trong kỹ thuật chuyển người bệnh từ cáng lên giường hoặc ngược lại, vị trí của cáng so với giường có thể đặt tùy theo điều kiện cụ thể để thuận lợi cho chuyển người bệnh như đặt cáng song song gần, cáng song song xa và cáng vuông góc với giường.



Hình 5: Kỹ thuật "múc thìa"

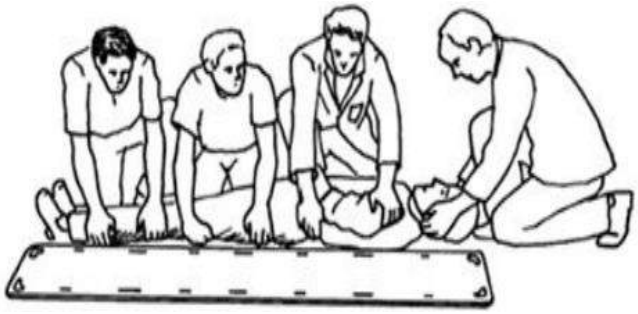
3.3.3. Cố định người bệnh trong khi vận chuyển:

Cần chú ý đặt người bệnh ở tư thế phù hợp và đảm bảo chắc chắn trước khi chuyển người bệnh tránh nguy cơ bị ngã, rơi,… trong khi vận chuyển. nếu chuyển bằng cáng sau khi đặt người bệnh nằm trên cáng, dùng dây cố định người bệnh vào cáng, thường dùng cố định ở 3 vị trí là ngang ngực, ngang bụng, ngang chân người bệnh, có thể nâng cao đầu cáng lên nếu không có chống chỉ định. nếu không dùng cáng, cũng cần đảm bảo người bệnh đã được cố định chắc chắn trước và trong khi vận chuyển (hình 6).



Hình 6: kỹ thuật cố định người bệnh vào cáng

Đối với các người bệnh chấn thương, phải chú ý đến chấn thương cột sống, đặc biệt là chấn thương cột sống cổ. nếu nghi ngờ có chấn thương cột sống cổ cần đặt người bệnh ở tư thế nằm ngửa đầu bằng trên ván cứng hoặc cáng cứng, luôn giữ thẳng trục đầu, cổ và thân mình và đặt nẹp cổ cho người bệnh, nếu nghi ngờ chấn thương cột sống cũng đặt người bệnh ở tư thế nằm ngửa, đầu bằng trên ván cứng hoặc cáng cứng, cố định toàn bộ người bệnh trên cáng trước khi tiến hành vận chuyển (hình 7)



Hình 7: kỹ thuật cố định người bệnh chấn thương cột sống vào cáng

3.3.4. Tư thế người bệnh trong khi vận chuyển:

Trong khi vận chuyển, người bệnh có nguy cơ diễn biến nặng thêm do tiến triển của bệnh hoặc do tác động của quá trình vận chuyển, cần đặt người bệnh ở tư thế phù hợp, theo dõi diễn biến và đặt lại tư thế cho phù hợp với tình trạng mới của người bệnh, đối với NGƯỜI BỆNH bị chấn thương phải chú ý đến chấn thương cột sống, đặc biệt là chấn thương cột sống cổ, nếu nghi ngờ chấn thương cột sống cổ cần đặt nẹp cổ cho NGƯỜI BỆNH và đảm bảo trục đầu, cổ và thân mình trong quá trình VC. Nếu có gãy chi phải cố định tạm thời trước khi vận chuyển và chú ý giữ bất động trong quá trình vận chuyển.

V. THEO DÕI NGƯỜI BỆNH TRONG KHI VẬN CHUYỂN

Người bệnh phải đảm bảo được theo dõi chặt chẽ các chức năng sống theo dõi liên tục và ghi định kỳ điện tim, nồng độ ôxy máu (SpO_2), theo dõi và ghi chép định kỳ huyết áp, mạch, nhịp thở, khi phát hiện người bệnh có những diễn biến bất thường trong trường hợp cần thiết có thể tạm dừng việc vận chuyển để xử trí người bệnh, phối hợp chặt chẽ giữa các Người thực hiện vận chuyển. cần lưu ý 2 thời điểm khi chuyển người bệnh từ giường lên cáng và chuyển người bệnh từ cáng lên giường rất dễ xảy ra các biến cố nguy hiểm hoặc bị tuột đường truyền thuốc, tuột các phương tiện theo dõi. bàn giao đầy đủ tình trạng người bệnh và diễn biến trong quá trình vận chuyển, các biện pháp điều trị đang thực hiện cho bộ phận tiếp nhận người bệnh.

27. QUY TRÌNH KỸ THUẬT THỬ ĐƯỜNG MÁU MAO MẠCH

I. ĐẠI CƯƠNG

Theo dõi diễn biến lượng đường trong máu của người bệnh bằng máy thử và que thử. Giúp bác sỹ kiểm soát và điều trị đạt kết quả tốt cho người bệnh, nhất là những người bệnh bi tiểu đường và rối loạn điện giải.

II. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh bị tiểu đường, viêm tụy cấp… theo chỉ định của bác sỹ.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh không bị tiểu đường, hoặc người bệnh có lượng đường trong máu ổn định trong giới hạn bình thường. không có chỉ định của bác sỹ.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: điều dưỡng.

2. **Phương tiện, dụng cụ: vật tư tiêu hao**

- Máy thử
- Que thử
- Kim thử đường máu: 01 cái
- Bông vô khuẩn
- Panh
- Găng sạch: 01 đôi
- Ống cắm panh
- Cồn 90 độ
- Dung dịch sát khuẩn tay nhanh
- Xà phòng rửa tay diệt khuẩn
- Mũ: 01 cái
- Khẩu trang: 01 cái

3. Người bệnh

Thông báo giải thích cho người bệnh hoặc gia đình người bệnh về việc sắp làm.

4. Hồ sơ bệnh án

Bảng theo dõi đường máu cá nhân, bảng chỉnh liều Insulin (nếu có).

V. TIẾN HÀNH

1. Thông báo giải thích động viên người bệnh và gia đình người bện mục đích của việc theo dõi đường máu.

2. Điều dưỡng rửa tay dưới vòi nước bằng xà phòng diệt khuẩn, đội mũ, đeo khẩu trang.

3. Bộc lộ bàn tay của người bệnh. Chọn vị trí lấy (đầu ngón tay).

4. Sát khuẩn tay nhanh

5. Điều dưỡng đi găng tay sạch, dùng kẹp phẫu tích gắp bông có tẩm cồn 90 độ sát khuẩn đầu ngón tay đã chọn (sát khuẩn 2 - 3 lần) để khô.

6. Dùng kim tiêm vô khuẩn chích nhẹ vào ngón tay người bệnh sao cho đi qua lớp da mỏng bóp nhẹ đầu ngón tay thấy dớm máu thì dừng lại.

7. Cho que thử vào máy. Khi trên màn hình máy có biểu tượng giọt máu thì đưa đầu kia của que thử vào giọt máu vừa nặn. khi que thử hút đủ máu thì bỏ máy và que thử ra khỏi giọt máu.

8. Chờ trong 10 giây máy hiện kết quả lượng đường trong máu của người bệnh.

9. Điều dưỡng tháo bỏ que thử khỏi máy. Thu dọn dụng cụ, tháo găng tay.

10. Rửa tay và ghi kết quả làm được vào bảng theo dõi. Báo kết quả lượng đường trong máu của người bệnh mà máy đã đo được cho bác sỹ.

VI. THEO DÕI

- Chảy máu không cầm (nếu người bệnh có rối loạn đông máu).
- Kỹ thuật làm không đúng cho kết quả sai…

Chú ý:

- Khi sát khuẩn xong phải để khô mới được chọc kim lấy máu.
- Phải lấy đủ máu thì kết quả mới chính xác.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu: băng ép, dự phòng bằng lấy cữ kim vừa phải
- Nhiễm khuẩn: cần tuân thủ quy trình vô khuẩn

28. QUY TRÌNH KỸ THUẬT THAY BĂNG VẾT MỔ Ở NGƯỜI BỆNH HỒI SỨC CẤP CỨU VÀ CHỐNG ĐỘC

I. ĐẠI CƯƠNG

Sự thành công của cuộc mổ tùy thuộc vào phần lớn sự chăm sóc người bệnh sau mổ. Giai đoạn sau mổ là giai đoạn có nhiều rối loạn về sinh lý bao gồm các biến chứng về hô hấp, tuần hoàn, hạ nhiệt độ, nhiễm trùng vết mổ… gây ra do mê hoặc do phẫu thuật. Để phát hiện sớm các biến chứng này cần phải có Người thực hiệngiàu kinh nghiệm theo dõi, chăm sóc và cần có các phương tiện theo dõi liên tục cho người bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH

Những người bệnh sau mổ được thay băng theo chỉ định.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định

IV. CHUẨN BỊ

1- Người thực hiện: 1 điều dưỡng được đào tạo chuyên khoa hồi sức cấp cứu.

2- Phương tiện, dụng cụ

2.1. Vật tư tiêu hao

- Povidin
- Găng sạch: 01 đôi.
- Găng vô khuẩn: 01 đôi.
- Gạc vô khuẩn
- Gạc củ ấu
- Panh vô khuẩn
- Kéo vô khuẩn
- Kéo cắt băng dính
- Khay hạt đậu
- Bát kền
- Kẹp phẫu tích vô khuẩn
- Băng dính
- Bơm tiêm 10 ml: 01 cái.
- Kim lấy thuốc: 01 cái.
- Natrichlorua 0,9% chai 250 ml
- Băng 3M
- Ôxy già
- Ete
- Túi nilon: 01 cái.
- Tấm nilon
- Khay chữ nhật
- Hộp đựng dụng cụ bẩn
- Mũ: 01 cái.
- Khẩu trang: 01 cái.
- Dung dịch sát khuẩn tay nhanh
- Xà phòng diệt khuẩn
- Dung dịch khử khuẩn sơ bộ

2.2. Thuốc điều trị (nếu có):

3. Người bệnh

- Thông báo giải thích động viên người bệnh và gia đình người bệnh việc sắp làm.
- Đặt người bệnh tư thế thích hợp, bộc lộ vùng có vết thương.

4. Hồ sơ bệnh án, phiếu chăm sóc.

V. TIẾN HÀNH

1- Điều dưỡng rửa tay bằng xà phòng diệt khuẩn dưới vòi nước, đội mũ, đeo khẩu trang.

2- Đối chiếu, giải thích, động viên người bệnh công việc chuẩn bị làm, đặt người bệnh nằm tư thế thích hợp.

3- Bộc lộ vết thương, trải tấm nilon dưới vết thương, đặt túi nilon vị trí thích hợp.

4- Điều dưỡng sát trùng tay nhanh, đi găng sạch, dùng kẹp phẫu tích tháo bỏ băng bẩn (nếu băng bị dính vào vết mổ có thể thấm NaCl 0,9% vào băng) cho vào túi nilon, có thể dùng ete bóc và rửa sạch băng dính trên da, bỏ kẹp phẫu tích vào hộp đựng dụng cụ bẩn có dung dịch khử khuẩn sơ bộ.

5- Quan sát và đánh giá tình trạng vết mổ, người bệnh mổ ngay thứ mấy.

6- Điều dưỡng bỏ găng, sát khuẩn tay, mở bộ chăm sóc, rót dung dịch NaCl 0,9% vào bát kền, đi găng tay vô khuẩn.

7- Dùng một kẹp vô khuẩn gắp gạc củ ấu nhúng vào dung dịch NaCl 0,9%, chuyển gạc sang kẹp thứ hai, rửa vết mổ từ trong ra ngoài, sau đó rửa ra xung quanh đường kính rộng khoảng 20 cm. Dùng miếng gạc khác rửa lại cho đến khi sạch. Bỏ kẹp bẩn vào hộp đựng dụng cụ bẩn

8- Dùng gạc miếng quấn vào panh vô khuẩn lăn cách mép mổ 5 cm lại gần vết mổ kiểm tra xem dịch ở vết mổ có còn không, màu sắc dịch như thế nào.

9- Với vết mổ sạch: dùng gạc thấm khô vết mổ, sát khuẩn vết mổ bằng povidin từ trong ra ngoài 2 lần, chờ khô, bỏ kẹp vào hộp dung dịch khử khuẩn.

10- Với vết mổ nhiễm khuẩn: Dùng gạc thấm ôxy già rửa cho đến khi sạch, rửa bằng NaCl 0,9%, thấm khô vết mổ, sát khuẩn vết mổ bằng povidin từ trong ra ngoài 2 lần, chờ khô, bỏ kẹp vào hộp dung dịch khử khuẩn.

11- Đắp thuốc nếu có chỉ định

12- Đặt gạc che kín vết mổ, dùng băng dính băng lại.

13- Giúp người bệnh về tư thế thoải mái, dặn người bệnh những điều cần thiết.

14- Thu dọn dụng cụ, rửa tay, ghi phiếu theo dõi điều dưỡng.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi ý thức, cảm giác đau của người bệnh trong suốt quá trình thay băng.
- Theo dõi màu sắc, số lượng dịch vết mổ thấm qua gạc.
- Hàng ngày kiểm tra, đánh giá vết mổ tiến triển theo chiều hướng tốt hay xấu.
- Khi gạc che vết mổ bị thấm dịch ướt cần phải thay băng ngay.
- Ghi bảng theo dõi điều dưỡng màu sắc, số lượng dịch mỗi lần thay băng.
- Theo dõi các tai biến và biến chứng.

29. QUY TRÌNH KỸ THUẬT TRUYỀN THUỐC BẰNG BƠM TIÊM ĐIỆN

I. ĐẠI CƯƠNG

- Là quy trình thường xuyên áp dụng trong khoa hồi sức cấp cứu
- Áp dụng cho các thuốc cần đưa liều một cách chính xác và liên tục.

II. CHỈ ĐỊNH

- Những loại thuốc cần duy trì liên tục.
- Nồng độ thuốc nhỏ và rất nhỏ.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: điều dưỡng đã được đào tạo chuyên khoa hồi sức cấp cứu.

2. Phương tiện, dụng cụ

2.1. Vật tư tiêu hao:

- Bơm tiêm điện
- Bơm tiêm 50 ml: 01 cái
- Dây nối bơm tiêm điện: 01 cái
- Cọc truyền
- Ba chạc: 01 cái
- Panh vô khuẩn
- Găng sạch
- Khay quả đậu
- Khay chữ nhật
- Kéo
- Ống cắm panh
- Hộp chống sốc
- Bông
- Cồn 90 độ
- Dung dịch sát khuẩn tay nhanh
- Xà phòng diệt khuẩn
- Mũ: 01 cái
- Khẩu trang: 01 cái.

2.2. Dụng cụ chống sốc:

Hộp chống sốc gồm đầy đủ thuốc theo quy định

3. Người bệnh

- Thông báo và giải thích cho người bệnh và gia đình người bệnh về việc sắp làm.
- Đặt người bệnh tư thế thích hợp.

4. Hồ sơ bệnh án, phiếu chăm sóc, phiếu tiêm truyền.

V. TIẾN HÀNH

1. Điều dưỡng rửa tay, đội mũ, đeo khẩu trang.
2. Thực hiện 3 kiểm tra, 5 đối chiếu.
3. Giải thích động viên, thông báo cho người bệnh.
4. Giúp người bệnh nằm ở tư thế thích hợp, đo mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở.
5. Pha thuốc theo chỉ định, nắp dây nối và chạc ba, đuổi khí.
6. Đặt cọc truyền ở vị trí thích hợp, gắn bơm tiêm điện vào cọc truyền, nối nguồn điện vào máy bơm tiêm điện (đèn BATTERY sáng).
7. Ấn và giữ nút “POWER” máy tự động kiểm tra.
8. Nắp bơm tiêm.

- Nâng chốt hãm và xoay 90 độ.
- Kéo bộ phận đẩy pittong ra phía ngoài.
- Đặt bơm tiêm sao cho tai bơm tiêm khớp với rãnh giữ, mặt số quay lên trên.
- Xoay chốt hãm ngược lại, cài chốt đẩy pittong khớp với đít pittong (cỡ bơm tiêm được hiển thị).

9. Đặt tốc độ (ml/giờ): xoay volum chỉnh tốc độ theo mong muốn.
10. Sát khuẩn và kết nối dây dẫn bơm tiêm điện với đường truyền người bệnh.
11. Ấn phím Start để bắt đầu tiêm (Đèn xanh sáng và xoay vòng).
12. Thu dọn dụng cụ, rửa tay, ghi phiếu theo dõi.

*** CHÚ Ý:**

1. Tiêm nhanh (bolus):

- Ấn phím Stop, sau đó ấn giữ phím Purge.

2. Tạm đừng và tắt chuông:

- Khi bơm đang chạy ấn phím Stop, bơm sẽ tạm dừng hoạt động.
- Khi có chuông báo động ấn phím Stop để tắt chuông tạm thời và xử trí báo động.

3. Hoàn thành quy trình tiêm:

- Ấn phím Stop.
- Ấn phím POWER 3 giây để tắt nguồn.
- Tháo bỏ bơm điện.
- Rút điện nguồn, tháo máy, vệ sinh, cất đúng nơi quy định.

4. Cài đặt giới hạn áp lực:

- Nếu truyền ngoại vi áp lực được cài ở mức I (300mmHg).
- Nếu truyền qua Catheter áp lực được cài ở mức II (500mmHg).

VI. THEO DÕI

- Theo dõi hoạt động của bơm tiêm điện.
- Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở.
- Theo dõi vị trí truyền đảm bảo thuốc đến người bệnh hiệu quả.
- Theo dõi các tai biến và biến chứng.

VII. XỬ TRÍ

- Đèn Syringe đỏ, chuông kêu: nắp lại xylanh.
- Đèn Nearlyembty đỏ, chuông kêu: chuẩn bị hết thuốc.
- Đèn OCCLUSION đỏ, chuông kêu: khóa hoặc tắt đường truyền.
- Đèn OCCLUSION và NEARLYEMBTY cùng đỏ, chuông kêu: hết thuốc trong xylanh.
- Đèn LOWBATERY đỏ, chuông kêu: pin yếu, chưa có điện nguồn.

30. QUY TRÌNH KỸ THUẬT TRUYỀN DỊCH BẰNG MÁY TRUYỀN DỊCH

I. ĐẠI CƯƠNG

- Đây là quy trình thường xuyên áp dụng trong khoa hồi sức cấp cứu
- Áp dụng cho các người bệnh cần đưa một lượng dịch lớn nhanh hoặc những người bệnh cần kiểm soát chính xác lượng dịch đưa vào cơ thể

II. CHỈ ĐỊNH

- Kiểm soát lượng dịch truyền vào cơ thể người bệnh.
- Duy trì đường truyền với tốc độ thấp.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: điều dưỡng đã được đào tạo chuyên khoa hồi sức cấp cứu.

2. Phương tiện, dụng cụ

2.1. Vật tư tiêu hao:

- Máy truyền dịch
- Dây truyền máy: 01 cái
- Cọc truyền
- Ba chạc: 01 cái.
- Panh vô khuẩn
- Găng sạch: 01 đôi.
- Khay quả đậu
- Khay chữ nhật
- Kéo
- Ống cắm panh
- Hộp chống sốc
- Bông
- Cồn 90 độ
- Dung dịch sát khuẩn tay nhanh
- Xà phòng diệt khuẩn.
- Mũ: 01 cái
- Khẩu trang: 01 cái

2.2. Dụng cụ cấp cứu: Hộp chống sốc gồm đầy đủ thuốc theo quy định.

3. Người bệnh: thông báo và giải thích cho người bệnh và gia đình việc sắp làm.

4. Hồ sơ bệnh án, phiếu chăm sóc.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Điều dưỡng rửa tay, đội mũ, đeo khẩu trang.
2. Thực hiện 3 kiểm tra, 5 đối chiếu.
3. Giải thích, động viên, thông báo cho người bệnh.
4. Giúp người bệnh nằm ở tư thế thích hợp, đo mạch- nhiệt độ- huyết áp.
5. Pha thuốc vào chai dịch theo chỉ định và treo lên cọc truyền.
6. Gắn máy truyền dịch lên cọc truyền, cắm nguồn điện vào máy, cắm dây truyền vào chai dịch, đuổi khí.
7. Ấn giữ nút “POWER” (Máy tự kiểm tra).
8. Nắp dây truyền vào máy, đóng cửa.
9. Đặt tốc độ truyền (ml/giờ), đặt thể tích dịch truyền (ml) bằng phím (<<>> <>) nhấn phím SELECT để chọn.
10. Sát khuẩn và kết nối với đường truyền đến người bệnh, nhấn phím START để bắt đầu truyền dịch.
11. Thu dọn dụng cụ, tháo găng, rửa tay, ghi phiếu theo dõi truyền dịch.
12. Hoàn tất truyền dịch:

- Khi đèn COMPLETION nháy kèm chuông báo: ấn phím START/STOP/SILENCE để tắt chuông cảnh báo.

- Ấn START/STOP/SILENCE 1 lần nữa để kết thúc quá trình truyền dịch.

- Ấn phím POWER để tắt máy, mở cửa máy, tháo bỏ đường truyền, vệ sinh máy và cất vào nơi quy định.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi các báo động của máy

- Theo dõi vị trí truyền

- Theo dõi người bệnh theo quy trình theo dõi chung.

- Theo dõi tai biến và biến chứng.

VII. CÁC BÁO ĐỘNG VÀ CÁCH XỬ TRÍ

1. Đèn AIR nháy đỏ, chuông báo:

- Đuổi khí trong dây truyền.

- Lắp lại dây truyền vào máy cho đúng hoặc thay loại dây truyền khác.

- Mở máy và vệ sinh bên trong.

2. Đèn OCCLUTION nháy kèm chuông cảnh báo:

- Tắt máy và xử trí nơi bị tắc trên dây truyền.

- Mở khóa của dây truyền.

3. Đèn FLOW ERR nháy đỏ kèm chuông cảnh báo:

- Tắt chuông, đặt lại số giọt/ml thích hợp với dây truyền.

- Kiểm tra lại cách lắp bộ phận đếm giọt vào khoang đếm giọt.

- Thay dây truyền mới.

4. Đèn EMPTY nháy đỏ kèm chuông cảnh báo:

- Thay chai dịch mới.

- Xử trí nơi tắc nghẽn.

- Kiểm tra, lau bộ phận đếm giọt.

5. Đèn COMPLETION nháy vàng kèm chuông cảnh báo:

- Xóa tổng dịch nếu muốn truyền tiếp.

- Tắt máy nếu muốn kết thúc truyền.

6. Đèn DOOR nháy đỏ kèm chuông cảnh báo: đóng cửa bơm lại.

7. Đèn BATTERY nháy kèm chuông cảnh báo: cắm điện, nạp đầy ắc quy.

31. QUY TRÌNH VẬN CHUYỂN NGƯỜI BỆNH ĐI LÀM CÁC THỦ THUẬT CAN THIỆP VÀ CHỤP CHIẾU Ở NGƯỜI BỆNH HỒI SỨC

I. ĐẠI CƯƠNG

- Để vận chuyển người bệnh từ nơi này sang nơi khác, Người thực hiện y tế cần có một kế hoạch rõ ràng. Cần tính trước trong đầu chiến lược vận chuyển người bệnh, bảo vệ an toàn cho người bệnh. Trong kế hoạch Người thực hiện y tế cần phải biết những hạn chế của mình cũng như những nguồn có thể huy động khác và cách tiếp cận được những nguồn đó. Sử dụng các trang thiết bị sẵn có bất cứ khi nào có thể.

- Vận chuyển người bệnh nặng luôn có nguy cơ nhất định do vận chuyển cho người bệnh và Người thực hiện vận chuyển.

- Mục tiêu của vận chuyển cấp cứu:

+ Cố gắng hạn chế các nguy cơ xấu do vận chuyển cho người bệnh

+ Tránh chấn thương, nguy hiểm cho nhân viên

II. CHỈ ĐỊNH

- Chuyển đến các khoa thăm dò chức năng, chẩn đoán hình ảnh.

- Các phòng can thiệp.
- Phòng mổ.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh quá nặng (huyết áp không đo được, suy hô hấp nặng).
- Chưa đảm bảo đủ các phương tiện, trang thiết bị cần thiết đảm bảo an toàn cho người bệnh.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: 01 bác sĩ đã được đào tạo chuyên khoa hồi sức cấp cứu, 01 điều dưỡng đã được đào tạo chuyên khoa hồi sức cấp cứu**.**

2. Thảo luận trước khi chuyển.

- Thảo luận giữa các bác sỹ, bác sỹ với điều dưỡng, giữa điều dưỡng với điều dưỡng về tình trạng người bệnh và cần duy trì liên tục sự chăm sóc và điều trị.
- Xác định nơi nhận đã sẵn sàng đón người bệnh, hoặc đã sẵn sàng làm các xét nghiệm.
- Thông báo cho bác sỹ chính: người bệnh sẽ chuyển đi, ai sẽ chuyển người bệnh, các nguy cơ có thể khi rời khỏi khoa.
- Ít nhất phải có 2 Người thực hiện y tế vận chuyển người bệnh.
- Hồ sơ bệnh án: ghi chỉ định vận chuyển, ghi diễn biến trong quá trình vận chuyển.
- Thông báo và giải thích cho người bệnh và người nhà biết để chuẩn bị và cùng trợ giúp.

3. Phương tiện, dụng cụ

3.1 Vật tư tiêu hao

- Máy theo dõi
- Cáp điện tim
- Cáp đo SpO_2
- Bóng Ambu (dùng 50 lần)
- Mask ô xy
- Bình ôxy (dùng 1 năm)
- Lưu lượng kế (dùng 3 tháng)
- Ôxy đã được nạp đầu đủ. Nếu vận chuyển bằng máy thở khí vận chuyển phải đảm bảo máy hoạt động tốt.
- Bông
- Cồn 90 độ
- Xà phòng rửa tay diệt khuẩn
- Mũ: 02 cái.
- Khẩu trang: 02 cái.
- Thuốc cấp cứu: adrenalin, atropin, lidocain.

3.2. Dụng cụ cấp cứu

- Bóng Ambu, Mask.
- Hộp chống sốc theo quy định.

3. Người bệnh: thông báo giải thích cho người bệnh và gia đình người bệnh biết việc sắp làm.

4. **Hồ sơ bệnh án,** phiếu chỉ định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Đưa người bệnh từ giường lên cáng:

- Đặt xe, cáng đầu cáng sát giường chân giường người bệnh, chốt khóa bánh xe cáng lại.
- Một người luồn một tay dưới gáy người bệnh, một tay dưới thắt lưng.
- Người thứ hai, một tay luồn dưới mông, một tay luồn dưới khoeo chân NGƯỜI BỆNH.
- Theo nhịp hô 1, 2, 3 cùng nâng NGƯỜI BỆNH lên quay 180 độ đặt nhẹ nhàng lên cáng.
- Đặt người bệnh nằm tư thế thích hợp, che chắn, đắp chăn ga cho người bệnh

2. Đảm bảo đường thở cho người bệnh: cho ệnh nhân thở ôxy hoặc bóp bóng ambu theo nhịp thở của người bệnh hoặc cho người bệnh thở máy theo y lệnh.

3. Lắp máy monitor theo dõi cho người bệnh

4. Đưa người bệnh tới nơi chỉ định.

VI. THEO DÕI

- **Trong quá trình vận chuyển theo dõi sát các thông số của người bệnh: mạch, SpO_2, nhịp thở. Sắc mặt của người bệnh.**

- **Theo dõi hoạt động của máy thở**

- **Theo dõi các đường truyền, các đường dẫn lưu.**

- Cần đặc biệt lưu ý 2 thời điểm:

+ Khi rời khoa chuyển: chuyển người bệnh từ giường lên cáng

+ Khi đến khoa tiếp nhận: chuyển người bệnh từ cáng lên giường

- Trong lúc vận chuyển người bệnh khi di lên dốc, đầu người bệnh lên trước. khi xuống dốc chân người bệnh xuống trước.

- Theo dõi các tai biến và biến chứng.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Rơi ngã là nguy cơ thường gặp: cần buộc dây cố định chân tay người bệnh hoặc kéo thanh chắn của giường, cáng lên.

- Di lệch, tuột hệ thống dây truyền và dẫn lưu: cần chú ý khi vận chuyển người bệnh để tránh di lệch, tuột đường truyền, ống dẫn lưu.

- Người bệnh tụt huyết áp đảm bảo cho người bệnh nằm đầu bằng.

- Trong quá trình đưa người bệnh đi nếu tình trạng người bệnh xấu đi huyết áp không đo được, ngừng tim phải cấp cứu người bệnh và nhanh chóng đưa ngay người bệnh về khoa hồi sức cấp cứu để đảm bảo cho người bệnh những phương tiện cấp cứu tốt nhất.

32. QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHỌC HÚT NƯỚC TIỂU TRÊN XƯƠNG MU.

1. ĐẠI CƯƠNG

Chọc hút nước tiểu trên xương mu là kỹ thuật lấy nước tiểu để chẩn đoán và điều trị trong một số bệnh lý tiết niệu. Đây là một kỹ thuật đặc biệt vì vậy không nên chỉ định rộng rãi và chỉ áp dụng khi thực sự cần thiết.

2. CHỈ ĐỊNH

- Cấy tìm vi khuẩn niệu làm kháng sinh đồ khi có chỉ định, đặc biệt ở trẻ em.
- Không đặt được sonde tiểu ở bệnh nhân bí tiểu.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

4. THẬN TRỌNG

- Phụ nữ có thai **;** Đang điều trị thuốc chống đông; Rối loạn đông máu nặng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sỹ; Điều dưỡng.

5.2. Thuốc, hóa chất

- Dung dịch sát trùng chứa iod.
- Thuốc gây tê tại chỗ.
- Nước muối sinh lý NaCl 0,9%.
- Cồn 70 độ.
- Nước cất 5ml.
- Hộp thuốc chống sốc phản vệ.

5.3. Thiết bị y tế

- Săng vô khuẩn loại có lỗ.
- Săng vô khuẩn loại không lỗ.
- Miếng lót nilon đặt dưới mông bệnh nhân.
- Kim tiêm, bơm tiêm 5ml.
- Bơm tiêm 20ml.
- Gạc vô trùng.
- Găng tay vô trùng.
- Găng tay sạch.
- Áo vô khuẩn.
- Khẩu trang giấy.
- Mũ giấy.
- Ống nghiệm đựng bệnh phẩm.
- Máy siêu âm.

5.4. 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 và các xét nghiệm khác tùy theo nguyên nhân và chẩn đoán bệnh.
- Người bệnh có chỉ định chọc hút nước tiểu trên xương mu.
- Người bệnh và gia đình được nghe bác sỹ giải thích kỹ về tác dụng và tai biến của thủ thuật và ký vào giấy cam kết đồng ý làm thủ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án

Bệnh án được hoàn thiện với các thủ tục dành cho bệnh nhân tiến hành làm thủ thuật: ghi chép nhận xét tình trạng trước thủ thuật, chỉ định thực hiện, giấy cam đoan có ký xác nhận của người bệnh hoặc người nhà.

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: trung bình 45 phút – 60 phút.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thực hiện kỹ thuật.

5.9. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, dấu hiệu sinh tồn.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn thủ thuật.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1

- Người bệnh được kiểm tra mạch, huyết áp trước khi tiến hành thủ thuật.
- Bác sỹ khám và siêu âm để chắc chắn người bệnh có cầu bàng quang.

6.2. Bước 2

Bác sỹ rửa tay, đội mũ, đeo khẩu trang, mặc áo thủ thuật, đi găng vô khuẩn.

6.3. Bước 3

- Chuẩn bị tư thế bệnh nhân: Người bệnh nằm ngửa, co chân, đầu gối co lên khoảng 60 độ, bàn chân đặt thoải mái.
- Trải mảnh vải nhựa dưới mông người bệnh sau đó trải săng vô khuẩn không lỗ.
- Sát trùng rộng toàn bộ vùng chuẩn bị làm thủ thuật.
- Trải 01 săng vô khuẩn có lỗ.

51

6.4. Bước 4

- Gây tê da và tổ chức dưới da vùng chọc hút nước tiểu, vị trí chọc tại đường trắng giữa, trên khớp mu 1 cm.
- Chọc kim thẳng đứng qua da và tổ chức dưới da. Khi kim đã qua thành bàng

quang thì hút nước tiểu, bỏ đi 5 ml nước tiểu đầu để loại bỏ hồng cầu khi đầu kim đi qua thành bàng quang, tổ chức dưới da sau đó hút nước tiểu cho vào các ống nghiệm.

- Trong trường hợp bệnh nhân bí đái thì có thể tiến hành hút bớt nước tiểu trong bàng quang ra ngoài để làm giảm áp lực trong bàng quang cho người bệnh.

6.5. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi đặt sonde tiểu.
- Hoàn thiện ghi chép vào hồ sơ bệnh án.
- Cho người bệnh về giường bệnh.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Theo dõi các thông số sinh tồn: toàn trạng, mạch, huyết áp, nhịp thở.
- Kiểm soát đau.
- Theo dõi chảy máu vùng chọc hút.

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Đau vị trí chọc hút: nếu đau nhiều có thể dùng thuốc giảm đau như paracetamol, nospa uống hoặc tiêm.

7.2. Tai biến sau thủ thuật

- Nhiễm trùng, rò nước tiểu: Kháng sinh thích hợp như cephalosphorine hoặc quinolon.
- Chảy máu: rất ít gặp. Nếu có chảy máu, ép chặt vị trí khoảng 15-30 phút sau đó băng cầm máu.
- Chọc vào ruột và đại tràng: rất ít gặp, cho người bệnh nhịn ăn và chờ hồi phục

33. QUY TRÌNH ĐẶT SONDE BÀNG QUANG

I. ĐẠI CƯƠNG

Đặt sonde niệu đạo-bàng quang là thủ thuật dùng để chẩn đoán và điều trị trong một số bệnh tiết niệu. Đây là kỹ thuật sử dụng một ống thông đặt từ lỗ niệu đạo vào đến bàng quang để dẫn lưu nước tiểu ra ngoài.

II. CHỈ ĐỊNH

1. Bí tiểu
2. Để làm trống bàng quang trước khi phẫu thuật
3. Để bơm thuốc vào bàng quang trong điều trị chảy máu bàng quang hoặc nhiễm trùng bàng quang
4. Xác định khối lượng nước tiểu tồn dư khi không xác định được chính xác khi siêu âm
5. Chụp phát hiện tào ngược bàng quang niệu quản ngược dòng
6. Rửa bàng quang
7. Chuẩn bị cho nghiên cứu can thiệp đường tiết niệu dưới
8. Tiểu tiện không tự chủ
9. Chờ hồi phục tổn thương đường tiết niệu dưới sau phẫu thuật

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Viêm niệu đạo cấp
- Hẹp niệu đạo
- Chấn thương vỡ niệu đạo, đứt niệu đạo

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ: 01 bác sỹ thực hiện thủ thuật
- Điều dưỡng: 01 người

2. Phương tiện

- Giường thực hiện thủ thuật: 01
- Sonde bàng quang: các loại kích cỡ tùy thuộc người bệnh
- Gel bôi trơn hoặc dầu paraffin
- Dung dịch Betadin sát trùng: 01lọ
- Săng vô khuẩn loại có lỗ: 01 chiếc
- Săng vô khuẩn không có lỗ: 01 chiếc
- Mảnh vải nhựa đặt dưới mông người bệnh
- Nước muối sinh lý 0,9%: 100ml
- Kim tiêm, bơm tiêm 5ml: 01 chiếc
- Bông băng, gạc vô trùng: 04 gói
- Găng tay vô trùng: 02 đôi
- Ống nghiệm: 04

3. Người bệnh

Người bệnh và người bệnh được nghe bác sỹ giải thích kỹ về tác dụng và tai biến của thủ thuật và ký vào giấy cam kết đồng ý làm 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.

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 được kiểm tra mạch, huyết áp trước khi tiến hành thủ thuật
- Bác sỹ rửa tay, đi găng vô trùng, mặc áo thủ thuật
- Người bệnh nằm ngửa, co chân, đầu gối chống lên khoảng 600, bàn chân đặt thoải mái
- Trải mảnh vải nhựa dưới mông Người bệnh sau đó trải săng vô khuẩn không lỗ
- Sát trùng rộng toàn bộ bộ phận sinh dục và bàng quang
- Trải 01 săng vô khuẩn có lỗ bộc lộ vùng lỗ niệu đạo

-Dùng tay trái để tách hai mép âm hộ hoặc miệng sáo, tay này đã được coi như nhiễm khuẩn nên không dùng để cầm sonde.

- Đẩy sonde vào khoảng 6-8 cm sau đó xem nước tiểu đã chảy theo sonde ra ngoài chưa. Nếu đã thấy nước tiểu ra ngoài, điều chỉnh sonde và bơm cuff 10ml Natriclorua 9% cố định sonde tiểu.

- Dùng bơm 20 ml lấy nước tiểu vào các ống xét nghiệm.
- Nối sonde tiểu với túi đựng nước tiểu.
- Cho người bệnh về giường bệnh.

VI. THEO DÕI

- Các thông số sinh tồn: toàn trạng, mạch, huyết áp, nhịp thở.
- Kiểm soát đau.
- Theo dõi số lượng, màu sắc, tính chất nước tiểu trong 24h

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu niệu đạo do sang chấn

- Tổn thương niệu đạo do bơm cuff cố định khi sonde chưa được đặt đứng vị trí vào trong bàng quang. Xử trí: rút bơm cuff để chỉnh sonde lại đúng vị trí. Dùng thuốc giảm đau, chống viêm và theo dõi sự hồi phục.

- Nhiễm trùng: kháng sinh thích hợp như cephalosphorine hoặc quinolon.

- Phù nề niệu đạo do quá trình đặt sonde hoặc bơm bóng khi sonde vào chưa đúng vị trí. Xử trí: dùng thuốc giảm đau, chống viêm và theo dõi sự hồi phục.

34. QUY TRÌNH RỬA DẠ DÀY CẤP CỨU

I. ĐẠI CƯƠNG/ĐỊNH NGHĨA

Rửa dạ dày là kỹ thuật luồn ống thông vào dạ dày người bệnh để tháo rửa các chất trong dạ dày ra như thức ăn, dịch vị, chất độc.

II. CHỈ ĐỊNH

- Trước phẫu thuật đường tiêu hóa (khi người bệnh ăn chưa quá 6 giờ)

- Các trường hợp ngộ độc cấp (thức ăn, thuốc, hóa chất) trong vòng 6 giờ sau khi uống độc chất.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Ngộ độc acid hoặc base mạnh hoặc ngộ độc sau 6 tiếng.

- Phồng động mạch chủ, tổn thương thực quản, bỏng, u, dò thực quản.

- Người bệnh suy kiệt nặng…

- Thủng dạ dày

- Hôn mê (nếu rửa phải đặt nội khí quản)

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: một điều dưỡng (điều dưỡng) và một bác sĩ đeo yếm nylon, găng tay nếu người bệnh ngộ độc phospho hữu cơ.

2. Phương tiện:

- Ống Faucher cỡ to 14-22 (đường kính trong từ 6-10mm) hoặc ống thông Levin với trẻ nhỏ.

- Phễu to hay bốc có ngấn.

- Nước sôi để nguội có pha 5g muối ăn cho 1 lít. Chuẩn bị 5 lít.

- Nước ấm 37 ^{o}C hay lạnh tùy chỉ định.

- Canun Guedel.

- Chậu đựng nước thải.

- Máy hút.

- Lọ lấy độc chất (100ml).

- Ống nghe và bộ đo huyết áp

- Ống nội khí quản và dụng cụ nội khí quản: đèn soi.

- Băng dính

- Bơm tiêm 50 ml

3. Người bệnh

- Động viên, giải thích cho người bệnh mọi việc sắp làm để người bệnh yên tâm và hợp tác. Nếu người bệnh hôn mê phải giải thích cho người nhà.

- Tháo răng giả (nếu có)

- Nếu hôn mê có nguy cơ sặc: đặt nội khí quản có bóng chèn, bơm căng bóng.

4. Hồ sơ bệnh án

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- Đặt người bệnh nằm đầu thấp, mặt nghiêng về bên trái.

- Trải 1 tấm nilon lên phía đầu giường và quàng 1 tấm quanh cổ người bệnh.

- Đặt thùng hứng nước bẩn.

- Đặt ống thông vào dạ dày theo đúng quy trình đặt ống thông dạ dày. Kiểm tra xem ống đã vào đúng dạ dày chưa. Cố định ống thông.

- Trước khi rửa nên hạ thấp đầu phễu dưới mức dạ dày để nước ứ đọng trong dạ dày chảy ra hoặc dùng bơm tiêm để hút dịch dạ dày ra. Lưu mẫu dịch dạ dày làm xét nghiệm.

- Cắm phễu hoặc bốc, nâng cao ít nhất 30cm so với người bệnh.

- Đổ nước khoảng 300-500ml/lần đối với người lớn, hạ thấp đầu ống vào trong chậu cho nước tự chảy ra hoặc dùng máy hút hút ra.

- Lặp lại cho đến khi nước chảy ra trong, không còn thức ăn, không còn mùi.

- Trong khi rửa cần hạn chế đưa không khí vào dạ dày.

- Lượng nước rửa:

+ Với lân (P) hữu cơ phải pha than hoạt trong những lít đầu tiên và rửa khoảng 10 lít lần đầu, khoảng 5 lít với lần hai.

+ Với thuốc ngủ: 5-10 lít và chỉ rửa một lần đến khi nước trong.

- Kết thúc rửa: hút hết dịch trong dạ dày, bơm vào dạ dày 20g than hoạt uống cùng 20g sorbitol, nhắc lại sau 2 giờ cho đến khi đạt 120g than hoạt.

- Rút ống thông, tháo băng dính cố định. Thu dọn dụng cụ.

VI. THEO DÕI

- Toàn trạng: mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ.

- Phản xạ ho sặc tránh hít phải dịch.

- Kết quả của than hoạt và tẩy: đi ngoài ra than hoạt.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Nôn mửa gây sặc dịch dạ dày: nội khí quản có bóng chèn, rót nước một lần dưới 500ml.

- Nhịp tim chậm, ngất do kích thích dây X: hồi sức cấp cứu.

- Rối loạn nước, điện giải do ngộ độc nước nếu không pha muối và rửa quá nhiều (trên 20 lít): phải dùng lợi tiểu mạnh (Lasix) kết hợp truyền dung dịch NaCl ưu trương.

- Tăng natri máu và mất nước nếu pha muối trên 9g/lít: truyền bù dịch rồi cho lasix, theo dõi và điều chỉnh điện giải theo kết quả xét nghiệm.

- Hạ thân nhiệt do trời lạnh: khi thời tiết lạnh, pha nước ấm để rửa dạ dày, sưởi ấm cho người bệnh.

35. QUY TRÌNH CẮT RUỘT THỪA MỔ MỞ LAU RỬA Ổ BỤNG, ĐIỀU TRỊ VIÊM PHÚC MẠC RUỘT THỪA.

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. CHUẨN BỊ

- Bác sĩ chuyên khoa ngoại tổng hợp, kíp mổ có người phụ mổ, dụng cụ viên phẫu thuật

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

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Tư thế: người bệnh nằm ngửa và được đặt thông tiểu.
- Vô cảm bằng gây tê tủy sống hoặc gây mê nội khí quản, mặt nạ thanh quản tùy mức độ dự kiến của can thiệp, có thể phối hợp gây tê ngoài màng cứng tủy sống để giảm đau sau mổ.
- Kỹ thuật:

Rạch da: theo đường mổ ruột thừa bình thường (đường 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.

36. QUY TRÌNH 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.

Nguyên nhân và các yếu tố ảnh hưởng:

- Nhiễm khuẩn vết mổ:

+ Trường hợp mổ các loại viêm phúc mạc

+ Trường hợp mổ các tạng như đại tràng, trực tràng…

+ Trường hợp mổ viêm ruột thừa mủ

+ Trường hợp mổ không đảm bảo nguyên tắc vô trùng

- *Kỹ thuật khâu đóng bụng không đúng:* khâu không đúng lớp cân, mũi chỉ quá căng, chỉ khâu bị đứt.

- *Áp lực ổ bụng sau mổ lớn và kéo dài làm tình trạng cân cơ thành bụng quá căng:* thở máy kéo dài, bụng quá chướng do liệt ruột cơ năng sau mổ, người bệnh gắng sức ho rặn, nôn, có ổ áp xe tồn dư sau mổ…

- *Yếu tố nguy cơ của toác vết mổ thành bụng:* suy dinh dưỡng, béo phì, đang dùng thuốc ức chế miễn dịch hay corticoid, đái tháo đường, suy thận, bệnh lý ác tính hóa trị hay xạ trị…

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.

IV. CHUẨN BỊ

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

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:

- Hoàn thành các thủ tục hành chính theo qui định.

- Hoàn thiện đầy đủ các bước khám lâm sàng, cận lâm sàng cần thiết.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kĩ thuật

3.1. **Vô cảm:** Gây mê nội khí quản hoặc tê tại chỗ trong các trường hợp toác vết mổ nhỏ, đơn thuần.

3.2. **Kĩ thuật**:

3.2.1. 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.

3.2.2. 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.

37. 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 quy trình: 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: Đầy đủ phần hành chính, bilan chẩn đoán.

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.

PHẦN II. QUY TRÌNH TRONG NGOẠI KHOA.

1. TAI BIẾN CỦA BÓ BỘT - CÁCH ĐỀ PHÒNG VÀ XỬ TRÍ

I. TAI BIẾN CỦA BÓ BỘT

Tác dụng của bó bột trong điều trị bảo tồn trong chấn thương chỉnh hình là điều không phải bàn cãi. Ngay cả ở các nước phát triển, trình độ phẫu thuật có tiến bộ đến mấy thì việc bó bột điều trị bảo tồn cũng vẫn được coi trọng. Nhưng nếu việc bó bột không được chuẩn bị tốt, đặc biệt nếu không tuân thủ những nguyên tắc nghiêm ngặt thì có thể xảy ra những tai biến đáng tiếc. Tai biến của bó bột có nhiều, với nhiều mức độ khác nhau, nhẹ là mất hoặc giảm chức năng của chi, nặng hơn là cắt cụt, nặng nữa có thể nhiễm trùng nhiễm độc toàn thân gây suy đa tạng dẫn đến tử vong. Nguyên nhân của tai biến do bó bột có thể do khách quan (có tổn thương sẵn từ lúc đầu), nhưng cũng có thể gây ra do sự thiếu hiểu biết hoặc thái độ cẩu thả, tắc trách của thầy thuốc.

Chúng tôi chia tai biến của bó bột ra 3 loại sau, theo thời gian:

1. Tai biến tức thì

- Choáng (shock) do đau đớn trong quá trình nắn, bó bột.

- Choáng phản vệ do thuốc tê, thuốc mê.

- Co thắt khí phế quản, hội chứng xâm nhập hoặc hiện tượng trào ngược khi người bệnh gây mê, ngừng thở, ngừng tim dẫn đến tử vong.

2. Tai biến sớm

- Tổn thương mạch máu, thần kinh. Ở chi trên có thể gặp tổn thương động mạch cánh tay, thần kinh giữa, thần kinh quay, thần kinh trụ, đám rối thần kinh cánh tay. Ở chi dưới có thể gặp ở động mạch khoeo, động mạch chầy sau, thần kinh mác chung… (tuy hiếm xảy ra).

- Xương chọc ra gây gẫy hở thứ phát: lúc đầu là gẫy kín, nhưng do thiếu cẩn thận hoặc động tác vận chuyển hoặc kéo nắn thô bạo có thể làm đầu xương nhọn chọc thủng da gây gẫy hở (thường là gẫy hở độ 1).

- Gẫy thêm xương, đặc biệt với người bệnh cao tuổi và người có bệnh lý về xương (ví dụ có thể ban đầu là chỉ gẫy xương chầy đơn thuần, nhưng nắn thô bạo có thể làm gẫy thêm xương mác, hay ở những người bệnh cao tuổi xương loãng khi nắn trật khớp vai không cẩn thận có thể làm gẫy xương cánh tay...).

- Phù nề, rối loạn dinh dưỡng, hội chứng chèn ép khoang cấp gây hoại tử chi có thể xảy ra (bó bột cấp cứu không rạch dọc bột, không theo dõi sát để nới bột kịp thời, không tổ chức khám lại, không dặn dò hướng dẫn người bệnh phối hợp cùng thầy thuốc theo dõi và săn sóc người bệnh...).

- Gây liệt tủy với gẫy cột sống không vững (kéo nắn cột sống thô bạo có thể gây đứt tủy, dập tủy, phù nề tủy gây liệt tủy, đặc biệt nguy hiểm ở tủy cổ).

3. Tai biến muộn

- Rối loạn dinh dưỡng bán cấp và rối loạn dinh dưỡng từ từ: không đến mức độ làm hoại tử chi nhưng để lại hậu quả đáng tiếc: sưng nề kéo dài, cứng khớp, ảnh hưởng đến cơ năng của chi.

- Thiếu máu bán cấp và mãn tính còn gây xơ hóa các cơ, cơ không còn độ chun giãn đàn hồi nữa, đó chính là biểu hiện của hội chứng Volkmann, Sudeck... Sau này điều trị rất khó khăn, tốn kém, mà kết quả cuối cùng cũng không được như ý muốn.

- Can lệch: do nắn không tốt, bất động không đúng quy cách...

- Khớp giả: do nắn không tốt, bất động chưa đủ thời gian, do tuổi cao, do không được tư vấn về chế độ ăn uống cũng như hướng dẫn cách tập trong và sau thời gian mang bột.

- Viêm xương: do gẫy xương hở, tụ máu nhiễm trùng, loét do tỳ đè...

II. PHÒNG NGỪA TAI BIẾN DO BÓ BỘT

Để giảm thiểu tối đa các tai biến của bó bột chúng ta phải:

1. Thăm khám kỹ người bệnh trước khi bó bột

1.1. Tình trạng toàn thân

- Tình trạng chung:

+ Tri giác (dựa vào thang điểm Glasgow, ở người bình thường:15 điểm): để tránh tình trạng thầy thuốc mải nắn bó bột, người bệnh hôn mê dẫn đến tử vong mà không biết, hoặc nắn gây đau dẫn đến hậu quả người bệnh nặng lên về toàn thân.

+ Mạch, huyết áp, có biểu hiện mất máu trong hay không: nếu mạch nhanh nhỏ, khó bắt; huyết áp thấp hoặc khó đo, da niêm mạc nhợt...thì không được nắn bó bột, mà phải báo ngay cho bác sỹ trực cấp cứu ngoại khoa XỬ TRÍ.

+ Nhịp thở: bình thường nhịp thở người lớn 16-20 lần/1 phút. Nếu nhịp thở bất thường cũng không được làm thủ thuật nắn bó bột, phải báo bác sỹ ngay.

+ Có rối loạn cơ tròn không (khi gẫy cột sống): nếu có, nghĩ đến tổn thương đứt tủy, dập tủy, choáng tủy.

- Có tổn thương phối hợp không.

+ Tổn thương ở các tạng khác: sọ não (tri giác), ngực (khó thở, rối loạn nhịp thở), bụng (đau bụng, chướng bụng, bí trung đại tiện...), tiết niệu (đái máu, không tiểu tiện tự chủ được...).

+ Tổn thương ở các chi khác (có thể 1 chân hoặc tay bị gẫy trong tình trạng nặng có thể làm chúng ta quên hoặc bỏ sót các tổn thương ở các chi còn lại).

1.2. Tại chi gẫy: cần thăm khám

- Gẫy hở hay gẫy kín.

- Mầu sắc của chi gẫy. Nếu mầu da hồng là tốt.

- Nhiệt độ chi gẫy. Nếu sờ thấy ấm là tốt.

- Bắt mạch chi gẫy (ở tay: bắt mạch quay, ở chân: bắt mạch mu chân hoặc chầy sau ở ống gót, phía sau mắt cá trong).

- Tình trạng cử động và cảm giác của chi gẫy: rất quan trọng, đôi khi người bệnh chỉ thấy cảm giác tê chân, đó cũng có thể là dấu hiệu của tổn thương mạch máu, chứ không chỉ là biểu hiện của tổn thương thần kinh đơn thuần.

Nếu có nghi ngờ tổn thương mạch máu hoặc thần kinh thì không được bó bột, mà chỉ làm tối thiểu: máng bột, nẹp bột, bất động nhanh và tối thiểu để chuyển đến cơ sở cấp cứu ngoại khoa cho bác sỹ trực mổ cấp cứu.

2. Bó bột đúng nguyên tắc và đúng chỉ định. Các tiêu chí cụ thể là:

- Bó bột theo đúng các mốc đã được quy định đối với cụ thể từng loại bột.

- Bột bó thành một khối vững chắc (nhất là các loại bột lớn phải bó nhiều thì).

- Bất động chi gẫy phải trên 1 khớp, dưới 1 khớp (trừ 1 vài trường hợp đặc biệt).

- Không tỳ đè (đặc biệt vùng khớp, phải đệm lót nhiều để tránh loét).

- Đủ độ dầy: tùy loại bột cụ thể, thường trung bình từ 5-8 lớp.

- Không chặt quá (gây chèn ép bột), không lỏng quá (không có tác dụng bất động).

- Bó đều tay (không lồi, không lõm bột).

- Bột cấp cứu (dưới 7 ngày): phải rạch dọc bột, rạch không bỏ sót dù chỉ là 1 sợi gạc (chỉ có các loại bột không rạch dọc là: Minerve, Cravate, Corset, Ngực - vai - cánh tay, bột Cẳng - bàn chân ôm gối; nhưng phải độn lót dầy. Các loại bột rạch dọc từ gốc chi trở xuống là: Chữ U, Chậu - lưng - chân, Ngực - chậu - lưng chân).

3. Tổ chức khám kiểm tra bột, phát hiện sớm và XỬ TRÍ kịp thời các tai biến.

3.1. Tổ chức kiểm tra bột.

- Thời gian nào kiểm tra: thường là 24 giờ, nặng thì 12 giờ, thậm chí từng giờ.

- Khám kiểm tra những gì?

+ Bột bó có đúng quy định chưa, có bị gẫy bột hoặc long lở bột ra không?

+ Tình trạng chi gẫy (lưu ý vùng ngoại vi như bàn ngón chân, bàn ngón tay): ngoài các điểm như phần thăm khám chi gẫy đã nói ở phần trên, cần xem:

* Có đỡ đau hơn trước khi bó bột không? Nếu đau tăng lên cần kiểm tra cẩn thận.

* Có phỏng nước không? Phỏng nước sớm: có rối loạn dinh dưỡng nặng.

* Với trẻ em: có quấy khóc không? Nếu quấy khóc, cần phải xem xét kỹ.

III. XỬ TRÍ TAI BIẾN CỦA BÓ BỘT

1. Mức độ nhẹ: Nới bột, gác cao chi bó bột.

2. Mức độ vừa: Như trên, kèm thêm thuốc chống nề, phong bế gốc chi...

3. Mức độ nặng (có dấu hiệu chèn ép khoang, hoặc có tổn thương mạch máu, thần kinh):

chuyển mổ cấp cứu để XỬ TRÍ theo tổn thương (giải ép, nối hoặc ghép mạch...)

2. BỘT CẲNG - BÀN TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Bột cẳng - bàn tay là loại bột bó từ khuỷu tay xuống đến bàn tay.

- Trên được giới hạn bởi: phía sau là mỏm khuỷu, phía trước là dưới nếp khuỷu khoảng 1 cm, để mục đích khi người bệnh gấp khuỷu tay mép bột không gây đau.

- Dưới được giới hạn bởi khớp bàn - ngón tay.

2. Bột Cẳng - bàn tay ngoài tư thế cơ năng, còn có một số tư thế đặc biệt:

- Gẫy Pouteau- Collès: bó bột tư thế cổ tay gấp nhẹ và nghiêng trụ (15-20^{o}).

- Gẫy Goyrand (hoặc gẫy Smiths): bó bột duỗi cổ tay, ngửa cẳng tay, bàn tay.

- Gẫy Bennett: bó bột ôm ngón 1, dạng đốt bàn 1, đốt 1 ngón 1.

- Với trật khớp quay trụ dưới: bó bột duỗi cổ tay và ngửa cẳng tay, bàn tay...

II. CHỈ ĐỊNH BÓ BỘT CẲNG- BÀN TAY

1. Gẫy đầu dưới xương quay hoặc đầu dưới xương trụ, (kể cả 2 mỏm trâm).

2. Gẫy 1 hoặc nhiều xương thuộc khối tụ cốt cổ tay.

3. Gẫy xương bàn tay, gẫy xương đốt 1 các ngón tay (có kèm nẹp Iselin).

4. Các tổn thương phần mềm vùng cổ tay: bong gân, tổn thương dây chằng...).

5. Các tổn thương viêm nhiễm: lao khớp cổ tay, viêm khớp cổ tay.

6. Nắn chỉnh kiểu giai đoạn trong hội chứng Volkmann, co gân...

7. Sau một số phẫu thuật vùng cổ, bàn tay. Sau chọc hút bao hoạt dịch cổ tay.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Gẫy hở xương độ II theo Gustilo trở lên chưa được XỬ TRÍ phẫu thuật.

2. Gẫy xương có kèm đụng dập nặng phần mềm.

3. Có tổn thương mạch máu hoặc thần kinh, hội chứng chèn ép khoang.

IV. CHUẨN BỊ

Bài này chúng tôi mô tả kỹ, để các bài sau có thể xem lại.

1. Người thực hiện

- Trường hợp không gây mê: 03 người (01 kỹ thuật viên nắn chính, 02 kỹ thuật viên phụ, trong đó 01 phụ nắn, 01 chạy ngoài). Ở tuyến cơ sở, có thể là 03 kỹ thuật viên.

- Với trường hợp có gây mê: cần thêm 01 bác sỹ, 01 kỹ thuật viên gây 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.

- Đai đối lực: bằng vải mềm, dai, to bản (như kiểu quai ba lô) để tránh gây tổn thương cho da khi kéo nắn.

- Thuốc tê hoặc thuốc mê: số lượng tùy thuộc người bệnh là trẻ em hay người lớn, trọng lượng người bệnh. Kèm theo là dụng cụ gây tê, gây mê, hồi sức (bơm tiêm, cồn 70^{o}, thuốc chống sốc, mặt nạ bóp bóng, đèn nội khí quản...).

- Bột thạch cao chuyên dụng: với người lớn cần 3-4 cuộn cỡ 10 cm là đủ (kể cả 1 phần trong đó dùng để rải thành nẹp bột, trẻ em dùng ít hơn, bột nhỏ hơn tùy theo tuổi). Ở những tuyến có điều kiện, tốt nhất là dùng loại bột đóng gói sẵn. Ở những nơi không có điều kiện, sử dụng bột tự sản xuất cũng tốt, với điều kiện bột sản xuất ra không để quá lâu, bột sản xuất quá lâu sẽ bị bão hòa hơi nước, không đảm bảo độ vững chắc nữa, bột bó xong sẽ nhanh rã, nhanh hỏng.

- Giấy vệ sinh, bông cuộn hoặc bít tất vải xốp mềm để lót (jersey). Lưu ý, nếu dùng giấy vệ sinh, có thể gây dị ứng da người bệnh. Ở những nước phát triển, người ta thường dùng jersey, rất tiện lợi, vì nó có độ co giãn rất tốt, không gây chèn ép và có thể dùng cho nhiều kích cỡ chân tay to nhỏ khác nhau.

- Dây rạch dọc (dùng cho bột cấp cứu, khi tổn thương 7 ngày trở lại): thường dùng một đoạn

băng vải có độ dài vừa phải, 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, cũng chính vì thế chúng ta không lo ngại cưa rung làm rách da người bệnh, có chăng, nên cẩn thận khi cưa bột mà ngay ở dưới lưỡi cưa là các mấu xương (ví dụ các mắt cá, xương bánh chè...).

- Nước để ngâm bột: đủ về số lượng để ngâm chìm hẳn các cuộn bột. Lưu ý, mùa lạnh phải dùng nước ấm, vì trong quá trình bột khô cứng sẽ tiêu hao một nhiệt lượng đáng kể làm nóng bột, có thể gây hạ thân nhiệt người bệnh, gây cảm lạnh. Nước sử dụng ngâm bột phải được thay thường xuyên để đảm bảo vệ sinh và tránh hiện tượng nước có quá nhiều cặn bột ảnh hưởng đến chất lượng bột.

- 1 cuộn băng vải hoặc băng thun, để băng giữ ngoài bột, khi việc bó bột và rạch dọc bột đã hoàn thành.

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 bệnh án

- 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 CẲNG BÀN TAY

Ở đây chỉ nêu cách bó bột, còn cách nắn sẽ xem ở các bài về điều trị gẫy cụ thể cho từng loại xương gẫy.

1. Người bệnh

- Tư thế người bệnh: nằm ngửa, 1 đai vải đối lực đặt trên nếp khuỷu, càng sát nếp khuỷu càng tốt. Nếu đặt quá cao trên nếp khuỷu, khi kéo nắn có thể gây gẫy xương cánh tay). Đai vải đối lực được cố định chắc vào mấu của bàn nắn.

- Kỹ thuật viên chính: đứng bên phía tay định bó bột của người bệnh. Trợ thủ viên 1: một tay cầm ngón cái, một tay cầm vào 3 hoặc 4 ngón còn lại của người bệnh kéo xuống theo trục cơ thể người bệnh. Kỹ thuật viên chính sẽ là người trực tiếp bó bột. Trợ thủ viên 1: kéo giữ tay người bệnh, trợ thủ viên 2: giúp việc.

2. 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 rộng hơn bột.

- Bước 2: Rải nẹp bột: lấy 1 trong số những cuộn bột đã được chuẩn bị, rải lên bàn, xếp đi xếp lại hình Zích-zắc khoảng 4-6 lớp, độ dài của nẹp được đo trước (từ mỏm khuỷu đến khớp bàn-ngón), cuộn hoặc gấp nhỏ lại, ngâm nhanh trong nước, vớt ra, bóp nhẹ cho ráo nước, gỡ ra và vuốt cho phẳng, đặt nẹp bột ra sau tay theo mốc đã định, vuốt dọc nẹp bột vào sau cẳng bàn tay cho phẳng.

- Bước 3: 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.

VI. THEO DÕI

1. Nặng hoặc có tổn thương phối hợp: cho người bệnh nhập viện để theo dõi

2. Nhẹ và vừa: theo dõi điều trị ngoại trú.

- Dặn dò kỹ và hướng dẫn người bệnh có thể tự theo dõi: nhiệt độ, mầu sắc, vận động, cảm giác: dấu hiệu tê bì hoặc kiến bò, trẻ em quấy khóc...

- Hẹn khám lại sau 24 giờ, để phát hiện và XỬ TRÍ sớm những biến chứng.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Nhẹ nhất là sưng nề, rối loạn dinh dưỡng: nới bột, kê tay cao, thuốc chống nề.

2. Nặng hơn, có thể gặp: choáng do quá sợ hãi hoặc choáng do thuốc tê: truyền dịch, an thần, thuốc chống shock, hô hấp hỗ trợ (thở ô xy), bóp bóng...

3. Nặng nữa, có thể gặp: co thắt khí phế quản, trào ngược, ngừng thở, ngừng tim: ngoài các động tác trên, cần hô hấp chỉ huy (đặt nội khí quản, mở khí quản), hút đờm dãi, trợ tim, bóp tim ngoài lồng ngực...và nhanh chóng chuyển người bệnh đến cơ sở cấp cứu cấp trên gần nhất.

3. BỘT CÁNH - CẲNG - BÀN TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Bột Cánh - cẳng - bàn tay là bột bó từ vai đến bàn tay.

- Trên: được giới hạn bởi phía ngoài là cực trên cơ Delta (ôm lấy cơ Delta), phía trong là dưới hõm nách 1-2 cm (để khi khép vai, mép bột không làm đau nách).

- Dưới: được giới hạn bởi khớp bàn ngón (tương tự như bột Cẳng - bàn tay).

2. Bột Cánh - cẳng - bàn tay thường ở tư thế cơ năng (khuỷu gấp 90^o), 1 vài trường hợp bột để tư thế duỗi (gẫy trên lồi cầu xương cánh tay di lệch ra trước, vỡ mỏm khuỷu, sau mổ đục xương sửa trục do vẹo khuỷu, sửa trục 1/3 trên cẳng tay...).

3. Trong 1 số trường hợp, có thể bó bột Cánh - cẳng - bàn tay ôm vai để giữ chắc hơn (3 mặt: trước, ngoài và sau vai được phủ kín bột, tương tự như giới hạn đầu trên của bột Ôm gối ở chân).

II. CHỈ ĐỊNH BÓ BỘT CÁNH - CẲNG - BÀN TAY

1. Gẫy xương cẳng tay ở mọi vị trí (gẫy 1 hoặc 2 xương cẳng tay, gẫy mỏm khuỷu, mỏm vẹt, đài quay, chỏm quay, đầu dưới 2 xương cẳng tay...). Riêng gẫy đầu dưới 1 trong 2 xương cẳng tay, gẫy mỏm trâm quay, mỏm trâm trụ có thể bó bột Cẳng - bàn tay cũng được.

2. Gẫy trên lồi cầu xương cánh tay hoặc gẫy liên lồi cầu xương cánh tay.

3. Trật khớp khuỷu đã nắn.

4. Các tổn thương khác vùng khuỷu (chạm thương, bong gân, tổn thương dây chằng, vết thương thấu khớp khuỷu đã XỬ TRÍ phẫu thuật...).

5. Các tổn thương viêm nhiễm ở cẳng tay và vùng khuỷu (viêm xương cẳng tay chưa có chỉ định mổ, lao khớp khuỷu).

6. Sau 1 số trường hợp phẫu thuật vùng cẳng tay, vùng khuỷu.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH (tương tự như với bó bột Cẳng - bàn tay)

1. Gẫy hở xương độ II theo Gustilo trở lên chưa được XỬ TRÍ phẫu thuật.

2. Gẫy xương có kèm đụng dập nặng phần mềm.

3. Có tổn thương mạch máu hoặc thần kinh, hội chứng chèn ép khoang.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Chuyên khoa xương: 3-4 người, chuyên khoa gây mê: 02 (khi người bệnh cần gây mê).

2. Phương tiện

- 01 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.

- Đai đối lực: bằng vải mềm, dai, to bản (như kiểu quai ba lô) để tránh gây tổn thương cho da khi kéo nắn.

- Thuốc tê hoặc thuốc mê: số lượng tùy thuộc người bệnh là trẻ em hay người lớn, trọng lượng người bệnh. Kèm theo là dụng cụ gây tê, gây mê, hồi sức (bơm tiêm, cồn 70^o, thuốc chống sốc, mặt nạ bóp bóng, đèn nội khí quản...).

- Bột thạch cao chuyên dụng: với người lớn cần 2-3 cuộn cỡ 15 cm và 3-4 cuộn cỡ 10 cm là đủ (kể cả 1 phần trong đó dùng để rải thành nẹp bột, trẻ em dùng ít hơn tùy theo tuổi). Ở những tuyến có điều kiện, tốt nhất là dùng loại bột đóng gói sẵn. Ở những nơi không có điều kiện, sử dụng bột tự sản xuất cũng tốt, với điều kiện bột sản xuất ra không để quá lâu, bột sản xuất quá lâu sẽ bị bão hòa hơi nước, không đảm bảo độ vững chắc nữa, bột bó xong sẽ nhanh rã, nhanh hỏng.

- Giấy vệ sinh, bông cuộn hoặc bít tất vải xốp mềm để lót (jersey). Lưu ý, nếu dùng giấy vệ sinh, có thể gây dị ứng da người bệnh. Ở những nước phát triển, người ta thường dùng jersey, rất tiện lợi, vì nó có độ co giãn rất tốt, không gây chèn ép và có thể dùng cho nhiều kích cỡ chân tay to nhỏ khác nhau.

- Dây rạch dọc (dùng cho bột cấp cứu, khi tổn thương 7 ngày trở lại): thường dùng một đoạn băng vải có độ dài vừa phải, 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, cũng chính vì thế chúng ta không lo ngại cưa rung làm rách da người bệnh, có chăng, nên cẩn thận khi cưa bột mà ngay ở dưới lưỡi cưa là các mấu xương (ví dụ các mắt cá, xương bánh chè...).

- Nước để ngâm bột: đủ về số lượng để ngâm chìm hẳn các cuộn bột. Lưu ý, mùa lạnh phải dùng nước ấm, vì trong quá trình bột khô cứng sẽ tiêu hao một nhiệt lượng đáng kể làm nóng bột, có thể 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 bột.

- 1 cuộn băng vải hoặc băng thun, để băng giữ ngoài bột, khi việc bó bột và rạch dọc bột đã hoàn thành.

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 sặc hoặc hiện tượng trào ngược (1 biến chứng rất nguy hiểm dẫn đến tử vong tức khắc).

4. Hồ sơ

Ghi rõ ngày giờ bị tai nạn, ngày giờ bó bột, cách xử trí, dặn dò, hẹn khám lại. Với người bệnh gây mê cần có giấy cam kết chấp nhận thủ thuật, người bệnh là người lớn trong tình trạng hoàn toàn tỉnh táo thì tự ký tên, người bệnh nặng và trẻ em thì người nhà ký (cha hoặc mẹ, hoặc người bảo hộ hợp pháp).

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH BÓ BỘT CÁNH - CẲNG - BÀN TAY

Ở đây chỉ nêu cách bó bột, còn cách nắn sẽ xem ở các bài về điều trị gẫy cụ thể cho từng loại xương gẫy.

1. Người bệnh

- Tư thế người bệnh: nằm ngửa, 1 đai vải đặt ở hõm nách. Đai vải đối lực này được cố định chắc vào mấu của bàn nắn. Khuỷu tay gấp 90^{o}, cổ tay, bàn tay ở tư thế cơ năng (ngón tay cái chỉ mũi). Trong trường hợp gẫy cẳng tay, có thể đai vải đặt trên khuỷu để giữ xương tốt hơn để bó thì 1, đến khi bó thì 2 rời đai lên nách hoặc tháo bỏ đai để bó tiếp.

- 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). Với bó 2 thì trong gẫy cẳng tay, trợ thủ 1 chỉ cần kéo đỡ bàn tay người bệnh, phần khuỷu đã có đai đối lực kéo giữ.

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 và đặt dây rạch dọc (tương tự như với bột Cẳng - bàn tay). Dây rạch dọc đặt 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: nẹp 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 (trừ 1 số trường hợp đặc biệt, bột ôm cả mô cái và đốt 1 ngón cái như khi gẫy xương bàn 1, gẫy đốt 1 ngón 1). Gẫy cẳng tay nên bó 2 thì: thì 1 bó Cẳng - bàn tay ôm khuỷu, đai vải đặt ngay trên khuỷu, bó xong bột ôm khuỷu rồi bỏ đai đối lực bó tiếp thì 2. Gẫy xương quay, phải giữ tay ở tư thế ngửa để chống lại lực co của các cơ sấp.

- Bước 4: Rạch dọc bột và băng giữ ngoài bột.

VI. THEO DÕI

1. Nặng: khi có tổn thương phối hợp, cần cho nhập viện theo dõi nội trú.

2. Nhẹ và vừa:

- Dặn dò kỹ và hướng dẫn người bệnh có thể tự theo dõi: sưng nề? Nhiệt độ và mầu sắc ngón tay, vận động? Cảm giác? Tê bì? Trẻ em quấy khóc?...

- Hẹn khám lại trong 24 giờ đầu để XỬ TRÍ kịp thời các tai biến có thể xảy ra.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Nhẹ nhất là sưng nề, rối loạn dinh dưỡng: nới bột, kê tay cao, thuốc chống nề.

2. Nặng hơn, có thể gặp: choáng do quá sợ hãi hoặc choáng do thuốc tê: chuyền dịch, an thần, thuốc chống shock, hô hấp hỗ trợ (thở ô xy), bóp bóng...

3. Nặng nữa, có thể gặp: co thắt khí phế quản, trào ngược, ngừng thở, ngừng tim: ngoài các động tác trên, cần hô hấp chỉ huy (đặt nội khí quản, mở khí quản), hút đờm dãi, trợ tim, bóp tim ngoài lồng ngực...và nhanh chóng chuyển người bệnh đến cơ sở cấp cứu cấp trên gần nhất.

4. BỘT NGỰC - VAI - CÁNH TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

- Bột Ngực - vai - cánh tay (Thoraco) về cơ bản, như bột Chữ U, bột Ngực - vai - cánh tay khác bột Chữ U ở 2 điểm:

+ Một là: ở phần bột ở lồng ngực rất rộng, bao gồm toàn bộ phần ngực, phía trước và 2 bên là xương ức và xương sườn, phía sau là xương cột sống. Bột Ngực - vai - cánh tay kể cả bó cấp cứu chỉ độn lót dầy, không rạch dọc.

+ Hai là: tư thế vai của bột Ngực - vai - cánh tay: vai dạng nhiều hơn (50-60^{o}), đưa ra trước so với mặt phẳng lưng nhiều hơn (khoảng 30-45^{o}).

- Bột Ngực - vai - cánh tay hiện nay ít được sử dụng do tư thế gây ít nhiều khó chịu, nên trong nhiều trường hợp người ta chọn cách điều trị là phẫu thuật.

II. CHỈ ĐỊNH

1. Gẫy 1/3 trên xương cánh tay.

2. Gẫy cổ xương cánh tay.

3. Một số gẫy mấu động lớn xương cánh tay có di lệch.

4. Sau nắn sửa góc xương cánh tay.

5. Gẫy kín, gẫy hở độ 1, hở độ 2 trở lên đã được XỬ TRÍ phẫu thuật.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Gẫy hở độ II theo Gustilo trở lên.

2. Có tổn thương mạch máu, thần kinh, hội chứng khoang.

3. Có tổn thương ngực, đa chấn thương.

4. Chống chỉ định tương đối: trường hợp người bệnh đang cho con bú, cần cân nhắc kỹ lợi hại của việc bó bột, nếu vẫn bó, phải khoét bột ở 2 bên ngực.

IV. CHUẨN BỊ (Tương tư như bó bột Chữ U)

1. Người thực hiện

- Chuyên khoa xương: 3 (1 kỹ thuật viên chính, 2 trợ thủ).

- Nếu người bệnh gây mê: 1 bác sỹ gây mê, 1 phụ mê.

2. Phương tiện

- Một bàn nắn thông thường, bàn như kiểu bàn mổ là tốt nhất. Nếu không có thì dùng bàn gỗ hoặc bàn sắt, nhưng phải được cố định chắc xuống sàn nhà, phải có mấu ngang để mắc đai đối lực khi kéo nắn.

- Cần thêm 1 ghế đẩu, để người bệnh ngồi khi bó bột (với người bệnh gây mê thì ghế đẩu này dùng để kê đầu người bệnh, nằm bó bột).

- Nếu người bệnh gây mê, cần thêm 1 nẹp gỗ hoặc nẹp kim loại, to bản, mỏng, nhưng đủ độ cứng để đỡ lưng người bệnh khi nằm ngửa bó bột.

- Một đai đối lực: bằng vải mềm, dai, to bản (như kiểu quai ba lô) để tránh gây sây sát da người bệnh khi kéo nắn.

- Thuốc tê hoặc thuốc mê: tùy thuộc người bệnh là trẻ em hay người lớn, tùy trọng lượng cơ thể người bệnh. Kèm theo là dụng cụ gây tê, gây mê, dụng cụ hồi sức (bơm tiêm, dịch truyền, dây truyền dịch, cồn 70^{o}, thuốc chống shock, mặt nạ bóp bóng, đèn nội khí quản…).

- Bột thạch cao: với người lớn cần 5-6 cuộn cỡ 10- 12 cm và 3-4 cuộn cỡ 15 cm.

- Giấy vệ sinh, bông cuộn lót. Lưu ý, nếu dùng giấy vệ sinh có thể gây dị ứng da người bệnh.

- Nước để ngâm bột: đủ số lượng để ngâm chìm 3-4 cuộn bột 1 lúc, nước phải sạch sẽ để khỏi nhiễm bẩn cho da và các vết thương, nước phải được thay thường xuyên. Mùa đông, phải dùng nước ấm tránh cảm lạnh cho người bệnh.

- Có thể chuẩn bị 1 gối mỏng để độn trước ngực, bó xong bột thì rút bỏ.

- Một cuộn băng vải hoặc băng thun để băng ngoài bột khi bột bó xong.

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...). Vì người bệnh bó bột hoàn toàn lồng ngực, nên việc này đặc biệt quan trọng.

- 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 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 (1 biến chứng rất nguy hiểm dẫn đến tử vong tức khắc).

4. Hồ sơ

- Cần ghi rõ ngày giờ bị tai nạn, ngày giờ bó bột, tình trạng thăm khám toàn thân, cách 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

Có 2 cách bó bột tùy theo người bệnh có gây mê hay không. Tương tự như bó Bột Chữ U. Nhưng bột Ngực - vai - cánh tay khác với bột Chữ U ở 3 điểm là:

- Có thể bó 1 thì.

- Có thể bó 2 thì:Thì 1, dùng bột cỡ lớn bó ôm lấy toàn bộ lồng ngực, đến giữa cẳng tay. Thì 2: bó tiếp bột cẳng bàn tay. (Ngược lại, bột Chữ U thì 1 bó bột Cánh - cẳng - bàn tay trước, thì 2 bó bột ở lồng ngực sau).

- Tư thế vai: cánh tay dạng 60^o, đưa ra trước cũng khoảng 45^o. Tư thế khuỷu gấp 90^o, ngón tay cái chỉ mũi.

1. Với người bệnh không gây mê

1.1. Bó bột 1 thì

- Sau khi nắn, người bệnh được đỡ ngồi ngay ngắn trên ghế đẩu, mắt nhìn thẳng, tay lành đưa lên đầu hoặc sau gáy.

- Trợ thủ 1: một tay đỡ khuỷu tay, một tay kéo giữ các ngón 2,3,4,5 làm sao cho vai dạng 60^o, đưa ra trước 30-45^o, khuỷu 90^o, ngón tay cái chỉ mũi.

- Trợ thủ 2 chạy ngoài, giúp việc.

- Kỹ thuật viên chính:

+ Đặt 1 nẹp bột cỡ trung bình (15 cm) phía sau Cánh - cẳng - bàn tay, từ khớp bàn-ngón đến vai (phủ lên trên vai một ít càng tốt). 1 nẹp ke (kiểu ke cửa) ở nách để đỡ cánh tay, giúp cánh tay dạng ra được vững hơn.

+ Dùng bột khổ trung bình (15 cm) rải 1 nẹp và đặt từ dưới hõm nách bên lành bắt chéo lên trên, sang vai bên kia, để làm sao cho 2 đầu nẹp gặp nhau và gối lên nhau ở trên vai bên tổn thương (như để bó bột Chữ U).

+ Dùng bột khổ lớn (20 cm) rải 1 nẹp lớn đặt từ đường nách giữa thành ngực bên tổn thương chạy ngang qua lồng ngực sang bên lành.

+ Quấn bột đồng thời cả ở lồng ngực lẫn ở vai, cánh tay. Quấn đến đâu vuốt và sửa sang đến đó cho bột liên kết tốt. Đến vùng cẳng tay trở xuống thì chuyển dùng bột cỡ nhỏ. Trong lúc quấn bột đến vùng nách có thể rải bột hình Zích-zắc ở trước nách và sau vai để tăng cường bột. Chỉnh trang lần cuối cho đẹp.

1.2. Bó bột 2 thì: tương tự như bó 1 thì,

- Thì 1 bó bột vùng ngực đến giữa cẳng tay

- Thì 2 bó tiếp xuống cho hết cẳng, bàn tay.

2. Với người bệnh gây mê

Tương tự bó bột Chữ U có gây mê (người bệnh nằm, dùng nẹp cứng đỡ sau lưng), việc quấn bột như với bó bột 1 thì hoặc 2 thì ở phần bó bột không gây mê. Bó xong rút bỏ nẹp đỡ, sửa sang bột cho đẹp, nhất là không bị móp bột ở lưng do nẹp đỡ gây ra.

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

- Như với bó bột Chữ U.

- Lưu ý thêm: đây là loại bột mà phần bột ở ngực rất lớn, có thể cản trở hô hấp, nên chỉ định cần chặt chẽ và theo dõi sát sao, tránh việc người bệnh xảy ra ngừng thở rồi chúng ta mới luống cuống đi tìm dao, tìm kìm để phá bột.

5. BỘT DESAULT

I. ĐẠI CƯƠNG

- Bột Desault là loại bột bó ôm cánh tay, cẳng tay vào thân người ở tư thế cơ năng (cánh tay để dọc xuống theo đường nách giữa, cẳng tay để ngang trước thành ngực bên).

- Bột Desault được bó trong các trường hợp tổn thương ở vùng vai.

II. CHỈ ĐỊNH

1. Gẫy cổ xương cánh tay.

2. Gẫy mấu động lớn xương cánh tay.

3. Gẫy xương đòn.

4. Gẫy xương bả vai.

5. Trật khớp cùng đòn.

6. Trật khớp vai đã nắn.

7. Chấn thương khớp vai: dây chằng, cơ xoay vai (coiffe rotateur).

8. Viêm hoặc lao khớp vai.

9. Sau mổ 1 số thương tổn vùng vai.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Có tổn thương lồng ngực, đa chấn thương.

2. Gẫy xương hở độ 2 trở lên chưa XỬ TRÍ phẫu thuật.

3. Có tổn thương đụng dập nặng phần mềm vùng vai.

4. Có tổn thương mạch máu, thần kinh, theo dõi hội chứng khoang.

5. Có chấn thương ngực, chấn thương sọ não, đa chấn thương, người bệnh đang trong trạng thái khó thở, shock, hôn mê...

6. Gẫy xương hở độ 2 trở lên chưa được XỬ TRÍ phẫu thuật.

7. Chống chỉ định tương đối: người bệnh đang cho con bú, cần thận trọng và cân nhắc. Nếu vẫn phải bó bột, nên giải phóng rộng rãi vùng trước ngực để cho con bú được thuận lợi. Trường hợp khác, nên chọn phương pháp bất động khác, như mặc áo chỉnh hình, phẫu thuật.

8. Với người già, người gù, cong vẹo cột sống, hen phế quản mãn: hết sức cân nhắc. Nên cho các đối tượng này mặc áo chỉnh hình bằng vải mềm.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Chuyên khoa xương: 3 (1 nắn chính là bác sỹ hoặc kỹ thuật viên, 2 trợ thủ là kỹ thuật viên).

- 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, người bệnh nằm trên nẹp đỡ để bó bột, đầu nẹp đỡ kê lên ghế đẩu này).

- 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: với người lớn cần 3-4 cuộn bột cỡ 20 cm, 3-4 cuộn bột cỡ 15 cm.

- Các dụng cụ, phương tiện thông thường khác: bông, băng, dây rạch dọc, cồn tiêm, thuốc gây tê (hoặc gây mê), dụng cụ cấp cứu hồi sức, dao rạch bột, nước ngâm 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...). Vì người bệnh bó bột kín hoàn toàn lồng ngực, nên việc này đặc biệt quan trọng.

- 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 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 (1 biến chứng rất nguy hiểm dẫn đến tử vong tức khắc).

4. Hồ sơ

- Cần ghi rõ ngày giờ bị tai nạn, ngày giờ bó bột, tình trạng thăm khám toàn thân, cách 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

1. Người bệnh

- Với người bệnh không gây mê: người bệnh ngồi ngay ngắn trên ghế đẩu, mắt nhìn thẳng, tay lành đưa lên đầu hoặc sau gáy. Sau khi nắn xương hoặc khớp, để xuôi cánh tay dọc đường nách giữa, cẳng tay áp nhẹ vào thành ngực bên, khuỷu 90^{o}. Đặt 1 gối mỏng trước ngực, sau khi bó bột xong sẽ rút bỏ.

- Với người bệnh gây mê: như bó bột Ngực - vai - cánh tay có gây mê (nằm, kê nẹp gỗ hoặc nẹp kim loại đỡ lưng, giải phóng toàn bộ ngực).

2. Các bước tiến hành bó bột Desault

Dù ngồi bó bột hay nằm bó bột thì thứ tự quấn bột cũng theo trình tự sau: nách bên lành → vai bên đau → xuống khuỷu bên đau, rồi lại sang nách bên lành...và một chu trình mới, cho đến xong thì thôi.

2.1. Khi người bệnh ngồi bó bột

- Quấn giấy vệ sinh hoặc bông lót toàn bộ ngực, vai, cánh tay, cẳng tay bên đau. - Không cần làm nẹp bột, nếu có làm nẹp bột nên đặt nẹp bột từ trên vai đến trên cổ tay, ở phía sau cánh-cẳng tay. Trường hợp gẫy cổ xương cánh tay mở góc ra ngoài nên chèn 1 cuộn giấy vệ sinh vào hõm nách để đỡ bị di lệch thứ phát.

- Trợ thủ 1: đỡ tay người bệnh áp nhẹ vào thành ngực bên.

- Trợ thủ 2: giúp việc (ngâm bột, vớt bột, chạy ngoài...).

- Kỹ thuật viên chính: Dùng bột to bản quấn luôn theo thứ tự: nách bên lành → vai bên đau → xuống khuỷu bên đau (như trình tự quấn bột đã nói ở phần trên) nhiều lần đến khi thấy đủ độ dầy thì được. Bên tổn thương nên tăng cường bột từ vai xuống mặt sau cánh tay, khuỷu tay và phần trên cẳng tay rồi lại vòng ra trước, lên vai, để treo đỡ khuỷu - cẳng tay lên cao. Có thể bó kín để che phủ toàn bộ cánh tay, cũng có thể để hở phía trước ngoài và sau ngoài cánh tay để tiện theo dõi mầu da của cánh tay (và 1 phần là để đỡ tốn bột). Có thể quấn vài vòng bột quanh cổ tay để bất động cho cẳng tay khỏi trôi về phía trước, cánh tay sẽ được bất động tốt hơn, nhưng khi bột gần khô nhớ cầm bàn tay người bệnh thực hiện động tác sấp ngửa bàn tay nhằm tạo khuôn cho cổ tay được rộng và thoải mái khi mang bột. Xoa vuốt, sửa và chỉnh trang bột cho nhẵn và đẹp.

2.2. Khi người bệnh gây mê

Tư thế nằm bó bột tương tự bó bột Ngực - vai - cánh tay có gây mê. Cách bó như bột Desault khi ngồi để bó.

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

- 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.

6. BỘT CẲNG - BÀN CHÂN

I. ĐẠI CƯƠNG

- Bột Cẳng - bàn chân là loại bột được giới hạn bởi:

+ Phía trên: ở trước là cực dưới của lồi củ trước xương chầy (còn gọi lồi củ chầy), ở sau là dưới nếp gấp khoeo chừng 2 cm (để khi gối gấp, mép bột không gây đau cho da vùng khoeo).

+ Phía dưới là khớp bàn-ngón chân.

- Khi 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.

- Trong 1 số trường hợp khác, người ta bó bột Ôm gối (Sarmiento). Thực chất bột Ôm gối cũng là 1 loại bột Cẳng - bàn chân, nhưng bột được bó quá lên trên gối ở 3 phía: trước gối bột ôm

lấy xương bánh chè, 2 bên gối bột ôm lấy 2 lồi cầu của xương đùi, phía sau gối được để ngỏ như bột Cẳng - bàn chân. Mục đích bột Ôm gối là khi người bệnh duỗi chân để đi thì gối được vững vàng, nhưng khi cần gấp chân thì gối vẫn gấp được thuận lợi. Bột Ôm gối thường ít khi rạch dọc.

- Tư thế cổ chân của bột Cẳng - bàn chân, Cẳng - bàn chân ngắn và Ôm gối đều là 90^o (trừ 1 số tư thế đặc biệt có thể để cổ chân duỗi hoặc co quá 90^o). Với gẫy Dupuytren: bó vẹo cổ chân vào trong, gẫy trật cổ chân vào trong: bó vẹo ngoài.

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).

5. Nắn chỉnh các dị tật (chân khoèo, co gân Achille...).

6. Sau phẫu thuật vùng cổ chân (tạo hình, kết hợp xương không đủ vững, mổ làm cứng khớp, mổ chỉnh khoèo...).

7. Gẫy kín, gẫy hở độ 1, gẫy hở độ 2 trở lên đã được phẫu thuật.

8. Gẫy xương di lệch, nhưng tình trạng toàn thân không cho phép, từ chối mổ.

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 70^o, 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.

7. BỘT ĐÙI - CẲNG - BÀN CHÂN

I. ĐẠI CƯƠNG

- Bột đùi - cẳng - bàn chân (Gouttière) là loại bột bó từ gốc đùi đến khớp bàn-ngón các ngón chân.

- Bột đùi - cẳng - bàn chân được giới hạn bởi:

+ Phía trên: bên ngoài là cực dưới của mấu chuyển lớn xương đùi, bên trong là dưới nếp bẹn chừng 2 cm.

+ Phía dưới là khớp bàn-ngón các ngón chân (giống như bột cẳng - bàn chân).

- Bột đùi - cẳng - bàn chân được sử dụng chủ yếu trong các thương tích vùng gối, cẳng chân.

- Để chống di lệch xoay, người ta bó bột đùi - cẳng - bàn chân có que ngang.

- Bột Đùi - cẳng - bàn chân là 1 bột lớn, phải bó 2 thì, cần có nhiều người tham gia.

II. CHỈ ĐỊNH

1. Gẫy đầu dưới xương đùi (1 hoặc 2 lồi cầu xương đùi, liên lồi cầu).

2. Gẫy đầu trên xương cẳng chân (mâm chầy, chỏm hay cổ xương mác).

3. Gẫy xương cẳng chân (1 hoặc 2 xương ở mọi vị trí, trừ mắt cá).

4. Gẫy kín hoặc gẫy hở độ I theo Gustilo.

5. Sau một số phẫu thuật vùng đùi, gối, cẳng chân (gẫy xương, viêm xương...).

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Gẫy hở độ II trở lên.

2. Có tổn thương mạch máu, thần kinh, có hội chứng chèn ép khoang.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Chuyên khoa chấn thương: 4 (1 chính, 2 trợ thủ viên). Người bệnh gây mê: chuyên khoa gây mê hồi sức: 2 (1 gây mê, 1 phụ mê).

2. Phương tiện

- Bàn nắn:

+ Trường hợp đơn giản, ít lệch: bàn nắn bình thường (như bàn nắn bó bột Cẳng - bàn chân). Cần 1 độn gỗ để kê dưới khoeo 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: tùy theo người bệnh là trẻ em hay người lớn, thể hình to hay bé để dự trù lượng thuốc dùng cho hợp lý. Kèm theo là các dụng cụ để gây tê, gây mê, hồi sức...Nắn xương cẳng chân rất vất vả do nhiều cơ lớn và khỏe, nên nhiều trường hợp phải gây mê, thậm chí còn phối hợp thuốc giãn cơ.

- Bột thạch cao: bột đùi - cẳng - bàn chân là 1 bột lớn, nên cần dùng bột khổ lớn. Số lượng chừng 8-10 cuộn. Trong đó: 4 - 5 cuộn khổ 20 cm, 3-4 cuộn khổ 15 cm.

- Các dụng cụ khác tương tự như để bó bột khác đã nêu ở các bài trên.

3. Người bệnh

Thăm khám kỹ, giải thích kỹ, vệ sinh sạch sẽ, nhịn ăn nếu gây mê.

4. Hồ sơ

Ghi cẩn thận, đầy đủ. Gây mê nắn: cần có cam kết chấp nhận thủ thuật.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH BÓ BỘT ĐÙI - CẲNG - CẲNG - BÀN CHÂN

1. Người bệnh

Tư thế nằm ngửa, cởi hoặc cắt bỏ quần bên chân bó bột.

2. Các bước tiến hành

2.1. Bó bột trên bàn nắn thông thường:

- Bước 1: Quấn lót chân bằng giấy vệ sinh, hoặc bông, hoặc đi bít tất vải Jersey. Vùng khớp gối và cổ chân cần độn lót dầy hơn tránh đau và sự tỳ đè gây loét.

Đặt dây rạch dọc trước đùi, gối, cẳng bàn chân (cho bột cấp cứu). Dây rạch dọc nên để dài

một chút cả về 2 đầu, đầu trên lên quá nếp bẹn chừng 20-30 cm, đầu dưới nên cài vào kẽ ngón 2-3, vòng quanh ngón 2 để dây khỏi tuột khi rạch bột.

- Bước 2: bó bột thì 1 (bó bột Cẳng - bàn chân): Dùng độn gỗ kê dưới khoeo người bệnh. Rải và đặt 1 nẹp bột tăng cường ở phía sau cẳng, bàn chân để tiến hành bó bột cẳng - bàn chân. 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: vùng trước cổ chân cũng giống như vùng trước của khuỷu tay, nếu bó không khéo thì bột sẽ bị căng như 1 dây cung, vừa xấu bột, vừa không bất động được tốt. Nên dùng bột cỡ nhỏ và nhiều khi dùng kéo cắt xẻ tà (cắt bán phần băng bột khi bó bột đến cổ chân), để XỬ TRÍ hiện tượng căng bột, bột sẽ đẹp hơn.

+ Hai là: Nơi mép trên của bột bó thì 1, nên bó mỏng dần, nếu bó 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 (giống như thợ xây đổ bê tông 2 thì, họ cũng phải làm như vậy thì khối bê tông mới vững chắc được).

- Bước 3: bó bột thì 2 (bó tiếp bột lên đùi): Bỏ độn gỗ, 1 trợ thủ viên cầm cổ chân kéo chếch chân người bệnh lên, 1 trợ thủ viên dùng 2 tay đỡ dưới đùi người bệnh và kỹ thuật viên chính tiến hành bó bột. Rải tiếp 1 nẹp bột to bản, ngâm nhanh, vắt ráo nước và đặt phía sau đùi, đầu dưới nẹp 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 (Pelvie): vẫn bó 2 thì, nhưng khác là:

+ Thì 1: bó ống bột trước (xem bài Ống bột). Bột ở gần cổ chân cũng bó mỏng dần, để khi bó bột thì 2 nối vào, bột khỏi bị cộm, đẹp và không bị đau.

+ Thì 2: Bó nối thêm bột ở cổ chân, bàn chân: sau khi bó xong ống bột, đỡ người bệnh khỏi bàn Pelvie, đặt nằm trên bàn thường, bó nối tiếp phần bột ở cổ, bàn chân (như bó bột Cẳng - bàn chân). Bàn Pelvie chúng tôi sẽ mô tả kỹ cấu tạo và cách sử dụng trong bài Bột Chậu - lưng - chân. Nếu bột cấp cứu thì rạch dọc bột.

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.

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, kết hợp xương.

- Sưng nề, có phỏng nước: nới rộng bột, gác cao chân, hết sưng nề mới thay bột.

8. BỘT ỐNG

I. ĐẠI CƯƠNG

- Bột ống hoặc còn gọi là ống bột (Tuteur), là bột hình ống được giới hạn bởi:

+ Phía trên là: ở ngoài là cực dưới mấu chuyển lớn xương đùi, ở trong là dưới nếp bẹn chừng 2 cm (giống giới hạn đầu trên của bột đùi - cẳng - bàn chân).

+ Phía dưới là cổ chân, trên nếp gấp trước cổ chân 1- 2 cm (để khi gấp cổ chân mép bột không gây đau).

- Ống bột được sử dụng khi tổn thương vùng gối và vùng gần gối. Các tổn thương vùng xa gối: nếu gần cổ chân người ta thường bó bột cẳng - bàn chân, nếu thân xương đùi thì ngược lại, bó bột chậu - lưng - chân.

II. CHỈ ĐỊNH

1. Gẫy xương bánh chè, trật khớp xương bánh chè do chấn thương (đã nắn).

2. Gẫy 1 hoặc 2 lồi cầu đùi, liên lồi cầu xương đùi ít di lệch hoặc không lệch.

3. Gẫy đầu trên 1 hoặc 2 xương cẳng chân ít di lệch hoặc không lệch (mâm chầy, đầu trên xương mác, gai chầy).

4. Các loại gẫy xương kể trên có lệch nhưng vì lý do nào đó không mổ được (thể trạng yếu, có bệnh toàn thân nặng như ung thư di căn, tiểu đường, tim mạch, huyết áp, rối loạn đông máu, tâm thần phân liệt, các trường hợp từ chối mổ...).

5. Tổn thương các loại dây chằng và bong chỗ bám của các dây chằng vùng khớp gối (dây chằng chéo trước, dây chằng chéo sau, dây chằng bên ngoài, dây chằng bên trong...).

6. Sau nắn trật khớp gối, sau mổ khớp gối (gẫy hở, vết thương khớp gối, đứt gân bánh chè, đứt gân tứ đầu đùi, dẫn lưu mủ, hàn khớp gối...).

7. Chấn thương, chạm thương, tụ máu khớp gối.

8. Một số bệnh lý vùng khớp gối (viêm, lao, hư khớp, Osgood Schlatter...).

9. Sau một số phẫu thuật ở vùng gối.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Tương tự như với các loại bột đã nói ở các bài trên.

1. Gẫy xương hở từ độ II trở lên, trật hở khớp gối.

2. Có tổn thương mạch máu, thần kinh, hội chứng chèn ép khoang.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Chuyên khoa xương: 3 người (1 kỹ thuật viên chính, 2 trợ thủ viên).

- Nếu có gây mê: 1 hoặc 2 chuyên khoa gây mê.

2. Phương tiện

- 1 Bàn nắn thông thường, 1 độn gỗ cao để kê cao gót chân.

- Bột thạch cao: 5 - 6 cuộn bột cỡ lớn.

- Các dụng cụ khác (giống như để bó các loại bột khác).

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.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH BÓ BỘT

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 70^{o} 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. Các bước tiến hành bó bột: sau khi nắn xương (nếu gẫy có di lệch) và làm các thủ thuật khác (hút máu tụ, hút dịch...), kê gót chân người bệnh lên độn gỗ, rồi:

- 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).

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

Lưu ý: với các thương tổn 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.

9. NẸP BỘT VÀ MÁNG BỘT

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 30-35^{o}).

- 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 90^{o}, 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...).

10. ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN TRẬT KHỚP VAI

I. ĐẠI CƯƠNG

- Khớp vai là 1 khớp chỏm (có chỏm khớp và ổ khớp), chỏm khớp thì to, ổ khớp lại nhỏ và nông nên khớp vai rất dễ bị trật (chiếm 50-60% , hay gặp nhất trong tất cả các loại trật khớp). Bao khớp và dây chằng rộng và yếu ở phía trước và phía trước trong, nên hay gặp trật khớp vai kiểu ra trước và vào trong.

- 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.

2. Trật khớp vai đến sớm (3 tuần trở lại).

3. Trật khớp vai đơn thuần (không có kèm gẫy xương vùng vai).

4. Trật khớp vai có kèm gẫy xương vùng vai nhưng không di lệch, ít di lệch.

5. 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.

2. Trật khớp vai đến quá muộn (trên 01 tháng).

3. Không phải chống chỉ định tuyệt đối, nhưng cần cân nhắc trong các trường hợp trật khớp vai kèm gẫy các xương vùng vai có di lệch (gẫy cổ xương cánh tay, gẫy xương bả vai...).

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

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

2. Phương tiện

- 01 bàn nắn thông thường (tốt nhất là bàn kiểu bàn mổ), bàn bằng chất liệu gì thì cũng đòi hỏi phải nặng, được cố định chắc chắn xuống sàn nhà, để khi kéo nắn bàn không bị trôi theo lực kéo. Bàn có 1 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 70^{o}, 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.

3. Người bệnh

- Được thăm khám toàn diện, tránh bỏ sót tổn thương, nhất là những tổn thương lớn có thể gây tử vong trong quá trình nắn bó bột.

- Được giải thích kỹ mục đích của thủ thuật, quá trình tiến hành làm thủ thuật, để người bệnh khỏi bị bất ngờ, động viên để họ yên tâm, hợp tác tốt với thầy thuốc. Với bệnh nhi, cần giải thích cho bố mẹ hoặc người thân.

- Được vệ sinh sạch sẽ vùng vai và nách, cởi hoặc cắt bỏ tay áo bên tay 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).

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 TRẬT KHỚP VAI

1. Người bệnh: với người bệnh gây tê và gây mê cũng giống nhau.

- Tư thế người bệnh: nằm ngửa.

- Được giải thích kỹ mục đích và quá trình tiến hành thủ thuật để họ yên tâm, phối hợp tốt với thầy thuốc trong quá trình làm thủ thuật.

- Được vệ sinh sạch sẽ vùng vai bằng xà phòng, đặc biệt vùng nách.

- Cởi bỏ áo (trời lạnh nên phủ ấm ngực, chỉ để bộc lộ vai và tay bên tổn thương).

- Với người bệnh gây mê: cần nhịn ăn uống ít nhất 5-6 giờ, có tờ cam kết chấp nhận thủ thuật (tương tự cam kết chấp nhận phẫu thuật).

2. Các bước tiến hành nắn bó bột trật khớp vai

Như ở trên đã nói, trật khớp vai hầu hết là ra trước và vào trong. Khuôn khổ bài có hạn, chúng tôi chỉ nói cách nắn kiểu trật khớp vai ra trước và vào trong. Các kiểu trật khác có vỡ xương, nên thường phải mổ.

2.1 Nắn: Có rất nhiều cách nắn, tùy trường phái. Ở đây chúng tôi chỉ nói 2 phương pháp nắn hay dùng nhất:

2.1.1. Phương pháp Hypocrates (còn gọi là phương pháp gót chân): là một trong những phương pháp kinh điển nhất, đơn giản, an toàn, lại hiệu quả, là phương pháp đang được rất nhiều bệnh viện sử dụng. Mô tả:

- Người bệnh nằm ngửa trên ván cứng đặt dưới sàn hoặc trên bàn, người nắn ngồi hoặc đứng cùng bên tổn thương (ví dụ người bệnh bị trật khớp vai bên trái thì người nắn ở về bên trái người bệnh, người bệnh nằm trên sàn thì người nắn ngồi, người bệnh nằm trên bàn thì người nắn đứng). Người nắn cho gót chân cùng bên (ví dụ người bệnh trật khớp vai trái thì người nắn dùng gót chân trái) vào hõm nách người bệnh làm đối lực, 2 tay cầm cổ tay người bệnh kéo theo trục tay người bệnh, hơi dạng (khoảng 20-25^{o}). 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 90^{o}, chụp kiểm tra trước khi bó bột (hoặc bó bột xong mới cho chụp kiểm tra cũng được).

2.1.2. 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 (thường là theo dõi ngoại trú)

VII. 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.

11. ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN TRẬT KHỚP HÁNG

I. ĐẠI CƯƠNG

- Khớp háng cũng là 1 khớp chỏm (giống như khớp vai), là khớp lớn nhất cơ thể, ổ khớp rất sâu, được nhiều cơ che phủ nên trật khớp háng phải do 1 chấn thương rất nặng và việc phẫu thuật

cũng gặp nhiều khó khăn. Ổ cối là nơi gặp nhau của 3 xương (chậu, ngồi, mu), điểm yếu ở giữa hõm khớp nên một khi ổ cối bị vỡ, chỏm xương đùi chui qua chỗ 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 90^o, gối gấp 90^o. Dùng 1 đai vải đối lực cố định chắc khung chậu vào cáng. Người bệnh được gây mê (việc tiền mê, gây mê, hồi sức do bác sỹ gây mê thực hiện).

2. Tiến hành nắn

- Người nắn quỳ cùng bên chân định nắn.

- Quàng 1 đai vải số 8 qua cổ người nắn, đầu kia đai số 8 qua khoeo người bệnh. Chỉnh đai số 8 sao cho vừa, dài quá đai bị trùng không có lực, ngắn quá người nắn sẽ phải cúi quá cũng không có lực (thường người nắn cúi khoảng 30^o 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).

12. ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN TRẬT KHỚP KHUỶU

I. ĐẠI CƯƠNG

- Khớp khuỷu được cấu tạo bởi 3 phần: khớp cánh tay - trụ, khớp cánh tay - quay và khớp quay - trụ trên.

- Nói trật khớp khuỷu là khi trật khớp cánh tay - trụ và khớp cánh tay - quay, còn khớp quay - trụ trên hiếm khi bị tổn thương.

- Là loại trật khớp hay gặp (chỉ sau khớp vai), hay gặp ở tuổi lao động, do ngã chống tay trong tư thế khuỷu duỗi tối đa, cẳng tay ngửa. Có tác giả nói trật khớp khuỷu hay gặp ở trẻ em, nhưng ở Việt nam rất hiếm gặp.

- Trong nhiều trường hợp, có gặp vỡ mỏm trên ròng rọc (mỏm trên lồi cầu trong) kèm theo, trong điều trị chỉ cần nắn khớp, mỏm xương sẽ tự vào theo.

- Hầu hết gặp kiểu trật khớp khuỷu ra sau (hơn 90%).

II. CHỈ ĐỊNH

1. Trật khớp kín, đến sớm (3 tuần trở lại).

2. Trật khớp khuỷu đơn thuần.

3. Trật khớp kèm gẫy xương vùng khuỷu không lệch hoặc ít lệch.

4. Trật khớp khuỷu kèm gẫy xương di lệch, có chỉ định kết hợp xương, nhưng vì nguyên nhân nào đó không thể kết hợp xương được (tương tự như với trật khớp vai, khớp háng), hoặc vì lý do nào đó chưa mổ được, cần nắn khớp rồi chờ mổ kết hợp xương sau theo kế hoạch.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Trật khớp hở.

2. có tổn thương mạch, thần kinh, có hội chứng khoang.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Chuyên khoa chấn thương: 3 (1 kỹ thuật viên chính: là bác sỹ hoặc kỹ thuật viên, 2 trợ thủ viên).

- Chuyên khoa gây mê hồi sức với trường hợp người bệnh gây mê: 2 (1 bác sỹ gây mê, 1 phụ mê).

2. Phương tiện

- 1 bàn nắn thông thường (như kiểu bàn mổ, nếu nơi không có bàn kiểu này thì có thể dùng bàn sắt hoặc bàn gỗ, nhưng cần đảm bảo tiêu chí: nặng, cố định chắc xuống sàn nhà, có mấu để móc đai đối lực.

- Bột thạch cao: với người lớn cần 2-3 cuộn bột cỡ 15 cm, 3-4 cuộn cỡ 10 cm.

- Thuốc gây tê, mê và các dụng cụ kèm theo (nếu gây mê, bác sỹ gây mê sẽ lo).

- Các dụng cụ khác: đai đối lực, bông băng, cồn sát trùng, dây rạch dọc, dao rạch dọc, nước ngâm bột…

3. Người bệnh

- Thăm khám kỹ tình trạng toàn thân: tri giác, mạch, huyết áp, thở, bụng, ngực...

- Được giải thích kỹ, động viên để họ yên tâm và phối hợp tốt với thầy thuốc trong quá trình làm thủ thuật. Với trẻ em và người bệnh gây mê, phải giải thích với cả người nhà họ nữa.

- Cởi hoặc cắt bỏ áo bên tay tổn thương.

- Vệ sinh sạch sẽ vùng tổn thương bằng xà phòng.

- Với người bệnh gây mê, cần dặn nhịn ăn uống ít nhất 5-6 giờ.

4. Hồ sơ

- Ghi rõ ngày giờ bị tai nạn, ngày giờ bó bột, cách xử trí, dặn dò, hẹn khám lại.

- Với người bệnh gây mê cần có giấy cam kết chấp nhận thủ thuật, người bệnh là người lớn trong tình trạng hoàn toàn tỉnh táo thì tự ký tên, người bệnh nặng và trẻ em thì người nhà ký (cha hoặc mẹ, hoặc người bảo hộ hợp pháp).

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH NẮN VÀ BẤT ĐỘNG TRẬT KHỚP KHUỶU

Vì trên 90% là trật khớp khuỷu ra sau nên chúng tôi chỉ mô tả cách nắn trật khớp khuỷu ra sau, còn trật khớp ra trước và trật khớp sang bên là những trường hợp tổn thương nặng, hoặc có gẫy xương kèm theo, thường phải mổ.

1. Người bệnh

- Tư thế người bệnh: nằm ngửa, nách hơi dạng.

- Đai vải đối lực đặt ở nách, cột chặt vào bàn nắn.

2. Các bước tiến hành nắn bất động trật khớp khuỷu

2.1. Vô cảm

- Trật khớp đến sớm 1 tuần trở lại: tê tại chỗ là đủ, người lớn trung bình dùng 2-3 ống Lidocaine 1%, pha loãng trong 10 ml huyết thanh mặn 0,9% tiêm vào ổ khớp hoặc xung quanh ổ khớp, chờ 5-7 phút cho thuốc ngấm, bắt đầu kéo nắn.

- Trật khớp trên 1 tuần đến 3 tuần: gây mê toàn thân (do chuyên khoa gây mê hồi sức thực hiện), trật khớp khuỷu thường nắn nhanh đạt kết quả trong vài phút, nên dùng các loại thuốc gây mê tác dụng nhanh và thoát mê cũng nhanh. Trường hợp không đủ điều kiện gây mê, có thể gây tê vùng (đám rối thần kinh cánh tay).

2.2. Nắn khớp

- Trợ thủ 2: đứng bên đối diện, đỡ cổ tay người bệnh, vẫn giữ cho khuỷu ở tư thế trật khớp (khuỷu nửa gấp nửa duỗi), khi trợ thủ 1 kéo nắn thì đưa nhẹ cổ tay lên phía trên để cho trợ thủ 1 kéo tay người bệnh thì khuỷu không bị duỗi ra gây tổn thương cho xương vùng khuỷu. Sau khi nắn vào khớp, trợ thủ 2 bỏ tay người bệnh, trở lại vai trò giúp việc (ngâm bột, đưa bột...). Luôn nhớ không được đưa tay lên cho khuỷu gấp lại 90^o, làm như thế dễ gây tổn thương xương khi kéo nắn khớp.

- Trợ thủ 1: là người kéo: đứng bên tay định nắn, 2 ngón cái đặt sau cẳng tay, các ngón tay còn lại đặt phía trước cẳng tay người bệnh, kéo nhẹ và tăng dần lực theo hướng của trục cánh tay (lúc này khuỷu vẫn đang để ở tư thế trật khớp, nửa gấp nửa duỗi), thời gian kéo từ 3-5 phút. Không cầm vào cổ tay để kéo.

- Người nắn chính: Dùng 2 ngón tay cái đẩy mỏm khuỷu ra trước, dùng các ngón tay còn lại đặt ở phía trước cánh tay làm đối lực. Cảm thấy tiếng “khục” là được. Với kỹ thuật viên có kinh nghiệm, người kéo có thể kiêm luôn người nắn: khi kéo, kéo bằng 2 tay, động tác như của trợ thủ 1, kéo đủ thời gian rồi thì từ từ bỏ 1 tay ra để thực hiện động tác nắn. Ngón tay cái đẩy mỏm khuỷu ra trước, 4 ngón còn lại giữ ở phía trước cánh tay làm đối lực. Khi thấy khớp đã vào, đưa khuỷu vào 90^o. Thông thường với trật khớp đơn thuần, khớp vào vững, ít khi trật lại, có thể co duỗi thử, thấy khớp trơn tru là tốt. Có thể treo tay tạm tư thế khuỷu 90^o cho đi chụp kiểm tra rồi về bó bột, hoặc bó bột Cánh - cẳng - bàn tay rạch dọc rồi mới cho đi chụp kiểm tra sau đều được.

Với trật khớp kèm vỡ xương (thường gặp vỡ mỏm trên ròng rọc), chỉ cần nắn khớp, trong hầu hết các trường hợp mỏm xương tự vào theo với kết quả rất tốt. Nắn xong nên làm động tác co duỗi khớp khuỷu vài lần, nếu mỏm xương kẹt trong ổ khớp có thể tự trôi ra được. Trường hợp kẹt mỏm xương không ra được, phải chuyển mổ sớm, nếu bỏ sót sẽ ảnh hưởng rất xấu đến cơ năng khuỷu.

2.3. Bất động

- Với trật khớp vững, trật khớp đơn thuần: có thể làm nẹp bột hoặc bó bột cánh - cẳng - bàn tay rạch dọc đều được. Cách bó bột cánh - cẳng - bàn tay:

+ Quấn giấy hoặc bông lót vùng định bó bột, đặt dây rạch dọc phía trước tay.

+ Đặt nẹp bột phía sau cánh - cẳng - bàn tay.

+ Quấn bột từ trên xuống dưới, từ dưới lên trên theo kiểu xoáy trôn ốc, theo mốc đã định từ trước (từ dưới hõm nách đến khớp bàn-ngón), đủ độ dày thì thôi. Tư thế khuỷu để 90^o.

+ Xoa, vuốt, chỉnh trang cho bột mịn và đẹp, rạch dọc bột. Thời gian bất động: trung bình 3 tuần (với người già, có thể và nên tháo bột sớm hơn, khoảng 10-14 ngày).

- Với trật khớp không vững, trật khớp có kèm vỡ xương: phải bó bột cánh - cẳng - bàn tay rạch dọc.

- Thời gian bất động với loại trật không vững thường kéo dài hơn (3-4 tuần).

VI. THEO DÕI

Thường là theo dõi ngoại trú, những trường hợp sưng nề nhiều nên cho vào viện theo dõi nội trú để kịp thời phát hiện và XỬ TRÍ các biến chứng có thể xảy ra.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ (thường ít xảy ra tai biến.)

Lưu ý các trật khớp có kèm đụng dập phần mềm nặng và trật khớp có kèm vỡ xương vùng khuỷu, đặc biệt gẫy liên lồi cầu xương cánh tay (biến chứng mạch máu) và gẫy đài quay (biến chứng thần kinh quay). Cần theo dõi sát, nếu phát hiện có tai biến, chuyển mổ kịp thời.

13. ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN GẪY XƯƠNG ĐÒN

I. ĐẠI CƯƠNG

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

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

- Cơ chế chấn thương có thể do lực tác động trực tiếp, có thể còn do ngã chống tay khi duỗi tay. Tỷ lệ khớp giả sau điều trị bảo tồn là 0,1% - 7,0%. Khi điều trị bảo tồn, mặc dù ổ gẫy di lệch thường không được nắn chỉnh và cố định trong tư thế hoàn hảo nhưng kết quả về chức năng thì rất tốt và hoàn toàn có thể chấp nhận được về mặt thẩm mỹ.

II. CHỈ ĐỊNH

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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Gẫy hở xương đòn.

2. Gẫy xương đòn có tổn thương mạch máu.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Chuyên khoa chấn thương: 02 người.

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

- Bàn nắn thường hoặc chỉ cần một chiếc ghế để người bệnh ngồi.

- Thuốc tê: 1 ống Xylocaine (hoặc Lidocaine) 1%, pha loãng trong 5 ml nước cất hoặc dung dịch huyết thanh mặn Natriclorua 0,9%, tiêm tại ổ gẫy.

- Băng đai số 8 tùy theo kích thước người bệnh. Nơi không có băng đai số 8, hoặc băng đai không vừa cỡ, chuẩn bị 2-3 cuộn bột, cỡ 15 cm để bó bột số 8.

3. Người bệnh

- Được thăm khám toàn diện, tránh bỏ sót tổn thương.

- Được giải thích kỹ mục đích của thủ thuật.

- Được vệ sinh sạch sẽ vùng xương gẫy, cởi áo hoàn toàn (cả áo lót).

4. Hồ sơ

- Cần ghi rõ ngày giờ bị tai nạn, ngày giờ bó bột, tình trạng thăm khám toàn thân, hướng xử trí, những điều dặn dò và hẹn khám lại.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

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

1. Người bệnh

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

2. Người nắn

Đứng sau người bệnh đầu gối tỳ giữa hai bả vai người bệnh, bàn chân đặt trên ghế, hai tay

cầm chắc vào vùng vai kéo nắn từ từ dạng ra sau tối đa. Sau đó cố định tư thế này bằng băng đai số 8 (hoặc bó bột số 8, bó bột Desault, hiện nay 2 kiểu bó bột này ít còn sử dụng). Khi bó bột số 8 cần lưu ý:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

VI. THEO DÕI

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

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

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

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

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

14. ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN GẪY XƯƠNG BẢ VAI

I. ĐẠI CƯƠNG

- Xương bả vai là 1 xương dẹt, có hình hình tam giác (đáy ở trên, đỉnh ở dưới).
- Xương bả vai được bắt khớp với xương cánh tay bởi khớp vai, với xương đòn bởi khớp cùng đòn, trong đó khớp vai là quan trọng hơn cả.
- Xương bả vai là một xương dẹt, mặt trước và mặt sau có nhiều cơ che phủ nên nuôi dưỡng tốt, khi gẫy thường dễ liền.
- Tùy theo vị trí gẫy xương, tùy theo tầm quan trọng ta có thể xếp thứ tự từ nặng đến nhẹ như sau:

+ Gẫy ổ chảo.

+ Gẫy cổ xương bả vai.

+ Gẫy các mỏm xương (mỏm cùng, mỏm quạ).

+ Gẫy thân xương bả vai.

II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN

1. Gãy xương bả vai ít di lệch, hoặc không lệch.

2. Gẫy xương kín hoặc gẫy hở độ I theo Gustilo.

3. Gẫy xương bả vai đơn thuần, không có gẫy các xương khác vùng vai (đặc biệt là gẫy đầu trên xương cánh tay).

4. Không có tổn thương ngực, bụng, không tổn thương mạch máu, thần kinh.

5. Các trường hợp gẫy di lệch, gẫy vào vị trí có chỉ định mổ như cổ xương, ổ chảo di lệch nhưng người bệnh không có điều kiện mổ hoặc từ chối mổ.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Gẫy hở độ II trở lên.

2. Gẫy xương có kèm tổn thương mạch máu, thần kinh.

3. Đụng dập, sưng nề nặng vùng vai.

4. Có chấn thương ngực (tràn máu, tràn khí màng phổi, mảng sườn di động, suy thở, chấn thương tim).

5. Chống chỉ định tương đối: cần cân nhắc kỹ trong các trường hợp: gẫy di lệch, gẫy kèm các xương khác vùng vai…

Các trường hợp này tùy điều kiện cụ thể của từng người bệnh, vào kinh nghiệm của thầy thuốc mà quyết định mổ hay điều trị bảo tồn. Nếu có mổ chăng nữa thì nhiều khi kết quả trên phim chụp kiểm tra không tỷ lệ thuận với sự phục hồi về cơ năng của khớp vai sau mổ. Vì khớp vai là một trong những khớp nhạy cảm nhất đối với những tác nhân kích thích vào nó.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Không gây mê nên chỉ cần chuyên khoa xương: 3 (1 nắn chính là bác sỹ hoặc kỹ thuật viên, 2 trợ thủ là kỹ thuật viên).

2. Phương tiện

- Bàn nắn: 1 bàn nắn thông thường.

- 1 ghế đẩu để người bệnh ngồi bó bột.

- 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.

- Các dụng cụ, phương tiện thông thường khác: bông, băng, dây rạch dọc, cồn tiêm, thuốc gây tê, dụng cụ cấp cứu hồi sức, nước ngâm 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...). Vì người bệnh bó bột hoàn toàn lồng ngực, nên việc này đặc biệt quan trọng.

- 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 bỏ hoàn toàn áo.

4. Hồ sơ: Cần ghi rõ ngày giờ bị tai nạn, ngày giờ bó bột, tình trạng thăm khám toàn thân, cách xử trí, những điều dặn dò và hẹn khám lại.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vì xương bả vai nằm ở sau lồng ngực, lại có nhiều cơ bao phủ nên rất khó nắn. Chỉ nắn được với những mỏm xương có thể kiểm soát được ở dưới da, như mỏm cùng vai gẫy di lệch chồi ra phía ngoài, khi di lệch chìm hoặc quặp vào trong cũng không nắn được. Tùy theo kiểu di lệch quan sát và nhận định ở trên phim XQ mà nắn.

2. Trong vài trường hợp có thể nắn mảnh gẫy của thân xương bả vai cho đỡ lệch mà thôi. Với gẫy cổ xương và ổ chảo, hầu như không bao giờ nắn được, vì chúng nằm ở rất sâu, nhiều cơ và tổ chức phần mềm che phủ. Các trường hợp này cần điều trị phẫu thuật.

Cho nên, gọi là nắn chỉnh nhưng trên thực tế vì kết quả rất khiêm tốn, nắn chỉ là tối thiểu, bó bất động là chủ yếu.

3. Bó bột Desault với người bệnh trẻ, khỏe.

- Quấn giấy vệ sinh hoặc bông lót toàn bộ ngực, vai, cánh tay, cẳng tay bên đau. - Không cần làm nẹp bột, nếu có làm nẹp bột nên đặt nẹp bột từ trên vai đến trên cổ tay, ở phía sau cánh-cẳng tay. Trường hợp gẫy cổ xương cánh tay mở góc ra ngoài nên chèn 1 cuộn giấy vệ sinh vào hõm nách để đỡ bị di lệch thứ phát.

- Trợ thủ 1: đỡ tay người bệnh áp nhẹ vào thành ngực bên.

- Trợ thủ 2: giúp việc (ngâm bột, vớt bột, chạy ngoài...).

- Kỹ thuật viên chính: Dùng bột to bản quấn luôn theo thứ tự: nách bên lành → vai bên đau → xuống khuỷu bên đau (như trình tự quấn bột đã nói ở phần trên) nhiều lần đến khi thấy đủ độ dầy thì được. Bên tổn thương nên tăng cường bột từ vai xuống mặt sau cánh tay, khuỷu tay và phần trên cẳng tay rồi lại vòng ra trước, lên vai, để treo đỡ khuỷu - cẳng tay lên cao. Có thể bó kín để che phủ toàn bộ cánh tay, cũng có thể để hở phía trước ngoài và sau ngoài cánh tay để tiện theo dõi mầu da của cánh tay (và 1 phần là để đỡ tốn bột). Có thể quấn vài vòng bột quanh cổ tay để bất động cho cẳng tay khỏi trôi về phía trước, cánh tay sẽ được bất động tốt hơn, nhưng khi bột gần khô nhớ cầm bàn tay người bệnh thực hiện động tác sấp ngửa nhằm tạo khuôn cho cổ tay được rộng và thoải mái khi mang bột. Xoa vuốt, sửa và chỉnh trang bột cho nhẵn và đẹp.

4. Mặc áo chỉnh hình bằng vải mềm với người bệnh: già yếu, gù vẹo cột sống, béo phì, có bệnh lý hoặc chấn thương ngực, bụng, đa chấn thương, hôn mê, chờ mổ…

5. Thời gian bất động: 3-4 tuần. Người già nên tháo sớm để tập sớm khớp vai.

VI. THEO DÕI

Hầu hết là theo dõi ngoại trú, chỉ cần cho vào viện để theo dõi điều trị các trường hợp có khó thở hoặc có tổn thương phối hợp.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Không giống như gẫy xương đòn và gẫy xương sườn, gẫy xương bả vai rất hiếm xảy ra tai biến tràn máu tràn khí màng phổi.

- Tai biến mạch máu: rất hiếm gặp, nếu có thì chủ yếu là tổn thương các mạch máu nhỏ hoặc không quan trọng.

- Có chăng, có thể có tai biến thần kinh, nhưng cũng rất ít gặp. Nếu liệt 1 hoặc nhiều dây thần kinh, hoặc liệt đám rối thần kinh cánh tay, không có chỉ định mổ cấp cứu, chờ tự phục hồi sau 1 vài tháng.

- Chỉ có biến chứng muộn, mà rất hay gặp, đó là cứng khớp vai sau chấn thương, kể cả gẫy di lệch hay gẫy không di lệch, được điều trị phẫu thuật hay điều trị bảo tồn. Muốn tai biến này đỡ trở nên trầm trọng, chỉ có cách là người bệnh phải tập phục hồi chức năng: sớm, tích cực, và khoa học.

15. ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN GẪY ĐẦU TRÊN 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 45^{o}.

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.

16. ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN GÃY THÂN XƯƠNG CÁNH TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

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

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

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

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

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

II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BÓ BỘT

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

2. Gãy ít di lệch hoặc không di lệch.

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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Gãy hở từ độ 2 trở lên theo Gustilo.

2. Gãy 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 90^o, 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.

17. ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN GÃY TRÊN LỒI CẦU XƯƠNG CÁNH TAY Ở TRẺ EM

I. ĐẠI CƯƠNG

- Đây là loại gãy phổ biến nhất ở trẻ em, thường do ngã chống tay.

- Đường gãy ngoài khớp, thường gãy duỗi, đầu dưới lệch ra sau, vào trong.

- Thăm khám mạch quay là quan trọng và bắt buộc trong tất cả các trường hợp gãy trên lồi cầu xương cánh tay. Nếu nghi ngờ tổn thương mạch phải cho nắn xương sớm, đặt nẹp bột tạm thời, cho làm siêu âm 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 gãy:

Độ 1 gãy không di lệch, độ 2 gãy di lệch dưới 50% thân xương, độ 3 gãy di lệch trên 50% thân xương, độ 4 di lệch hoàn toàn hai đầu gãy.

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

II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN

1. Gãy trên lồi cầu xương cánh tay ở trẻ em.

2. Gãy xương kín hoặc gãy hở độ I theo Gustilo.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Gãy hở từ độ II trở lên.

2. Gãy 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 70^{o}, 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 90^o. Sau 1 tuần chụp kiểm tra, thay bột tròn, thời gian bất động trung bình 4-5 tuần.

- Với di lệch ra trước: bột khuỷu tư thế duỗi 160-180^o. Sau 1 tuần chụp kiểm tra, thay bột tròn vẫn duỗi khuỷu (nếu di lệch thứ phát thì nắn thêm), sau 3 tuần thay bột khuỷu 90^o 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…

18. ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN GÃY MỎM KHUỶU

I. ĐẠI CƯƠNG

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

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

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

II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN GÃY MỎM KHUỶU:

1. Gãy kín, gãy hở độ I theo Gustilo.

2. Gãy ít lệch hoặc không di lệch.

3. Gãy di lệch, nhưng vì 1 lý do nào đó không mổ được (già yếu, có bệnh toàn thân nặng, không có điều kiện mổ, từ chối mổ).

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Gãy hở độ II trở lên.

2. Gãy có kèm tổn thương mạch máu, thần kinh, có hội chứng chèn ép khoang.

3. Chống chỉ định tương đối:

- Gãy mỏm khuỷu di lệch.

- Gãy mỏm khuỷu kèm theo gãy các xương khác ở vùng khuỷu (gãy trên lồi cầu, liên lồi cầu, lồi cầu trong, lồi cầu ngoài, gãy chỏm quay, đài quay).

- Gãy mỏm khuỷu sưng nề nhiều, rối loạn dinh dưỡng.

- Gãy mỏm khuỷu kèm trật khớp khuỷu.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

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 gãy 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. 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 90^{o}.

1.1. Người bệnh

- Tư thế người bệnh: nằm ngửa, 1 đai vải đặt ở hõm nách. Đai vải đối lực này được cố định chắc vào mấu của bàn nắn. Khuỷu tay gấp 90^{o}, 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 120-130^{o}, rạch dọc. Sau 7-10 ngày chụp kiểm tra và thay bột tròn (vẫn duỗi khuỷu), sau 2 tuần nữa thay bột khuỷu 90^{o}. 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.

19. ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN GẪY THÂN HAI XƯƠNG CẲNG TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

- Cẳng tay có 2 xương dài: xương quay và xương trụ. Giữa 2 xương là màng liên cốt. Màng liên cốt có đặc điểm rất dai, nên khi gẫy xương cẳng tay thì do màng này co kéo, các đầu xương gẫy thường bị kéo chụm lại tạo hình chữ K, hoặc hình chữ X, khó khăn cho việc nắn chỉnh.

- Gẫy thân hai xương cẳng tay là gẫy ở vùng màng liên cốt dưới lồi củ nhị đầu 2 cm và trên khớp quay cổ tay 3cm.

- Xương quay, xương trụ và màng liên cốt tạo nên một khung sấp ngửa, quay quanh trục là chỏm quay, mỏm trâm trụ. Bình thường, khi cẳng tay để ngửa 2 xương nằm song song với nhau; khi để sấp cẳng tay, xương quay nằm bắt chéo xương trụ. Nếu nắn chỉnh không tốt (đặc biệt là xương quay), sẽ ảnh hưởng rất nhiều đến sấp ngửa bàn tay.

- Phân loại:

* Phân loại theo vị trí gẫy: Gẫy 1/3 trên, 1/3 giữa, 1/3 dưới.

Gẫy 1/3 trên cẳng tay ở người lớn di lệch: do các khối cơ dày bao phủ, lại có cơ sấp tròn co kéo nên nắn thường ít kết quả, phải mổ kết hợp xương.

* Phân loại theo kiểu gẫy:

+ Gẫy vững: gẫy cành tươi, gẫy đôi ngang, không có mảnh rời, ít di lệch.

+ Gẫy không vững: Gẫy chéo vát , gẫy có mảnh rời , gẫy nhiều đoạn .

II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN

1. Gẫy kín, gẫy hở độ I theo phân loại của Gustilo.

2. Gẫy ở trẻ em (tử 15 tuổi trở về).

3. Gẫy ít lệch hoặc không lệch.

4. Người bệnh đến sớm (1 tuần trở lại).

5. Gẫy ở người lớn, gẫy di lệch, gẫy vào vị trí khó nắn...lẽ ra có chỉ định mổ kết hợp xương nhưng vì lý do nào đó người bệnh không mổ được (già yếu, có bệnh toàn thân nặng, không có điều kiện mổ, từ chối mổ).

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Gẫy xương hở độ II trở lên.

2. Gẫy xương có kèm tổn thương mạch máu, thần kinh, hoặc hội chứng chèn ép khoang.

3. Chống chỉ định tương đối: người bệnh đến muộn (trên 1 tuần), gẫy xương ở người lớn, vào các vị trí khó nắn...

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

- 1 bàn nắn thông thường.

- 1 đai vải to bản, đủ dài để cố định tay người bệnh vào bàn làm đối lực khi nắn.

- Thuốc gây mê hoặc gây tê: tùy theo tuổi, cân nặng (nếu gây mê, do bác sỹ gây mê chuẩn bị và thực hiện).

- Các dụng cụ thông thường khác: bông lót, bơm tiêm, dịch truyền, bộ dây truyền dịch, dụng cụ hồi sức cấp cứu, nước ngâm bột…

- Bột thạch cao 3-4 cuộn khổ 15 cm, thêm vài cuộn cỡ 10 cm để bó vùng cổ tay.

3. Người bệnh

- Được giải thích kỹ mục đích của thủ thuật, quá trình tiến hành làm thủ thuật. Với bệnh nhi cần giải thích kỹ cho bố mẹ hoặc người thân.

- Được vệ sinh sạch sẽ, cởi bỏ áo tay bên bó bột.

- Với người bệnh gây mê cần nhịn ăn uống 6 giờ, tránh nôn hoặc hiện tượng trào ngược.

4. Hồ sơ

- 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 GÃY THÂN HAI XƯƠNG CẲNG TAY

1. Người bệnh

- Tư thế: nằm ngửa trên bàn nắn thông thường, đặt đai vải đối lực ở trên khuỷu, cố định vào bàn nắn. Cởi bỏ áo bên tổn thương, vệ sinh sạch bằng xà phòng. Tay để nửa sấp nửa ngửa.

- Gây tê: mỗi ổ gẫy dùng 2 ống Xylocaine (hoặc Lidocaine) 1% pha loãng với 5 ml nước cất hoặc dung dịch Natriclorua 0,9%. Nếu gây mê, do bác sỹ gây mê thực hiện.

2. Các bước tiến hành

2.1. Nắn

- Trợ thủ 1: 2 tay nắm cổ tay (hoặc 1 tay nắm ngón 1, tay còn lại nắm 3 hoặc 4 ngón còn lại), kéo thẳng trục cẳng tay để sửa di lệch chồng (khoảng 3-5 phút).

- Người nắn chính: dùng các ngón dài của 2 tay giữ làm đối lực, lấy 2 ngón tay cái đẩy vào đầu xương gẫy nắn sửa di lệch trước sau và di lệch trong ngoài, kiểm tra thấy không còn gồ và ổ gẫy đã vào phẳng phiu thì tiến hành dùng các ngón dài đặt ở sau giữa cẳng tay, 2 ngón cái đặt ở trước giữa cẳng tay bóp vào hướng của màng liên cốt nhằm tách cho 2 xương tách xa nhau, tránh đầu xương di lệch chụm lại do lực kéo của màng liên cốt. Khi cảm thấy được, đỡ nhẹ nhàng, giữ trục để bó bột. Trợ thủ 2: giúp việc, chạy ngoài...

Cũng có thể nắn bằng cách nắn chùng: bẻ cho cẳng tay gập góc thêm, nắn cho 2 đầu gẫy gối vào nhau rồi duỗi thẳng cẳng tay ra (kiểu này nắn đỡ tốn nhiều lực, nhưng đòi hỏi người nắn có kinh nghiệm), sau đó nắn để tách màng liên cốt cũng tương tự như cách nắn trên.

2.2. Bó bột: bột Cánh - cẳng - bàn tay. Lưu ý:

- Bó bột 2 thì, thì 1 bó bột Cẳng - bàn tay, thì 2 tháo bỏ đai vải đối lực để bó tiếp lên vai. Rạch dọc bột hoàn toàn không để sót, dù chỉ là 1 sợi gạc.

- Với gẫy 1/3 giữa và 1/3 trên: bó bột tư thế ngửa bàn tay để chống lại lực kéo của cơ sấp tròn. Gẫy có kèm trật khớp quay trụ dưới: nắn khớp và khi bó bột, cho duỗi cổ tay và ngửa cẳng bàn tay.

2.3. Thời gian bất động: trung bình với người lớn 8-12 tuần (trẻ em tùy theo tuổi). Trong thời gian này:

- Sau 1 tuần cho chụp kiểm tra: với trẻ em và các loại gẫy vững: thay bột tròn, nếu cần nắn sửa thêm, chủ yếu là sửa góc. Với gẫy không vững: nếu tốt sẽ thay bột tròn hoặc nếu lo xương bị di lệch trong khi thay bột thì để thêm 7-10 ngày nữa mới thay bột tròn cũng được (trước khi thay bột, nên chụp kiểm tra để nếu cần còn nắn chỉnh thêm).

- Sau 3-4 tuần, chụp kiểm tra lần nữa, thay bột lần 2 nhằm tránh hiện tượng xương lệch thêm do lỏng bột.

- Giai đoạn 3-4 tuần sau cùng của quá trình mang bột, nếu gẫy xương cẳng tay ở vị trí thấp (1/3 dưới trở xuống) có thể thay bột Cẳng - bàn tay cũng được. Nếu gẫy 1/3 trên thì bắt buộc phải thay bột Cánh - cẳng - bàn tay đến khi kết thúc thời gian bất động.

VI. THEO DÕI

- Nhẹ thì theo dõi điều trị ngoại trú.

- Nặng hoặc gẫy di lệch, tay sưng nề thì cho vào viện theo dõi nội trú.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Sưng nề, rối loạn dinh dưỡng: nới bột, gác cao tay, cho vào viện theo dõi điều trị nội trú.

- Nghi ngờ có hội chứng chèn ép do bó bột, hội chứng khoang: mổ cấp cứu giải phóng mạch, kết hợp xương.

- Di lệch thứ phát trong gẫy di lệch: mổ kết hợp xương có chuẩn bị.

20. ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN GẪY MONTEGGIA

I. ĐẠI CƯƠNG

- Đây là loại gẫy xương đặc biệt, được Monteggia mô tả vào năm 1814, là gẫy thân xương trụ gập góc, di lệch và trật chỏm xương quay.

- Cần phát hiện sớm và điều trị kịp thời, nếu điều trị muộn thường để lại di chứng nặng nề.

- Theo tác giả Bado thì có 4 kiểu gẫy:

* Kiểu 1: Gẫy 1/3 trên xương trụ gập góc mở ra sau và trật chỏm xương quay ra trước, chiếm 60% trong gẫy Monteggia.

* Kiểu 2: Gẫy 1/3 trên xương trụ gập góc mở ra trước và trật chỏm xương quay ra sau, có khi gẫy chỏm quay, chiếm 15% .

* Kiểu 3: Gẫy xương trụ ở hành xương dưới mỏm vẹt và trật chỏm quay ra ngoài, thường gặp ở trẻ em, chiếm 20%.

* Kiểu 4: Gẫy xương trụ 1/3 trên gập góc, trật chỏm xương quay ra trước kèm gẫy 1/3 trên xương quay dưới lồi củ nhị đầu .

II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN

1. Gẫy kín, gẫy hở độ I, đến sớm (1 tuần trở lại).

2. Gẫy Monteggia ở trẻ em dưới 15 tuổi.

3. Người bệnh người lớn nhưng không có điều kiện mổ hoặc từ chối mổ.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Gẫy hở độ II theo Gustilo trở lên.

2. Gẫy kín nhưng đến muộn (trên 1 tuần).

3. Hội chứng chèn ép khoang, hoặc có thương tổn mạch máu, thần kinh.

4. Gẫy Monteggia trong tình trạng đa chấn thương, shock, nguy cơ tử vong.

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

- 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, thêm vài cuộn cỡ 10 cm để bó vùng cổ tay.

3. Người bệnh

- Được giải thích kỹ mục đích của thủ thuật, quá trình tiến hành làm thủ thuật. Với bệnh nhi cần giải thích kỹ cho bố mẹ hoặc người thân.

- Được vệ sinh sạch sẽ, cởi bỏ áo tay bên bó bột.

- Với người bệnh gây mê cần nhịn ăn uống 6 giờ, tránh nôn hoặc hiện tượng trào ngược.

4. Hồ sơ

- 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, BẤT ĐỘNG

1. Người bệnh

- Nằm ngửa trên bàn nắn thông thường, cởi bỏ áo bên định nắn bó bột.

- Gây tê tại chỗ ổ gẫy bằng Xylocaine hoặc Lidocaine (2 ống 1% pha loãng trong 5 ml nước

cất hoặc dung dịch Natriclorua 0,9%). Trường hợp nặng hoặc trẻ em: gây mê nhanh toàn thân, theo đường tĩnh mạch (do bác sỹ gây mê thực hiện).

- Vai người bệnh để dạng, đặt 1 đai vải đối lực ở trên khuỷu, cẳng bàn tay để sấp.

2. Các bước tiến hành

2.1. Nắn

Thực chất nắn chỏm quay vào khớp là quan trọng, nắn xương trụ được là tốt, nếu còn di lệch ít thì thôi, di lệch nhiều thì mổ kết hợp xương sau (mổ có chuẩn bị). Không được nắn sớm, chỏm quay trật lâu ngày nắn khó đạt kết quả, kể cả mổ đặt lại cũng rất khó khăn, thường để lại hậu quả rất xấu về cơ năng. Tiến hành nắn:

- Trợ thủ 1: 1 tay cầm vào ngón cái, 1 tay nắm 4 ngón còn lại (hoặc 2 tay nắm cổ tay người bệnh) kéo xuống theo trục cẳng tay, vừa kéo vừa xoay cẳng tay sấp vào trong đến tối đa và gấp dần khuỷu lại (khi bó bột nhớ nhả lại, không bó ở tư thế sấp tối đa này nữa mà chỉ ở tư thế sấp nhẹ).

- Người nắn chính: sau khi trợ thủ kéo như trên đủ thời gian (3-5 phút), căn cứ cụ thể vị trí chỏm quay đã xác định qua phim điện quang, dùng ngón tay cái đẩy vào vị trí (bắt khớp với lồi cầu xương cánh tay), chỏm quay vào khớp có thể cảm thấy tiếng “khục” nhỏ, hoặc cảm giác chỏm quay vào khớp có thể truyền vào tay người nắn, nếu người nắn có kinh nghiệm. Khi nắn xong chỏm quay, nắn sửa thêm xương trụ. Với trường hợp xương trụ gẫy chéo, không cần nắn mà ổ gẫy vẫn tự vào với nhau, vì một khi chỏm quay đã vào khớp sẽ có tác dụng giữ đủ độ dài cho xương trụ.

2.2. Bó bột: bó Bột Cánh - cẳng - bàn tay. Lưu ý:

- Sau khi nắn xong, tháo bỏ đai vải, trợ thủ 1 đỡ tay cho người nắn chính tiến hành bó bột. Trợ thủ 2 và 3: giúp việc (quấn giấy hoặc bông lót, đỡ tay, ngâm bột, vớt bột, vắt bột, đặt dây rạch dọc, chạy ngoài...

- Nhớ rạch dọc bột hoàn toàn.

- Luôn luôn chú ý giữ sao cho chỏm quay không bị trật lại bằng cách cho khuỷu gấp quá 90^o, bột cũng bó ở tư thế khuỷu gấp quá 90^o.

2.3. Thời gian bất động: với người lớn trung bình 8-10 tuần. Trong thời gian mang bột:

Sau 7-10 ngày chụp kiểm tra, nếu chỏm quay trật lại hoặc xương trụ di lệch: mổ đặt lại khớp và kết hợp xương. Nếu kết quả chụp kiểm tra tốt: thay bột tròn ở tư thế cơ năng, thay bột xong vẫn cần chụp kiểm tra lần nữa xem chỏm quay có bị trật hoặc xương trụ có bị di lệch do quá trình thay bột hay không.

VI. THEO DÕI

Thường theo dõi điều trị ngoại trú, chỉ cần điều trị theo dõi nội trú với các trường hợp có tổn thương phối hợp hoặc có sưng nề, rối loạn dinh dưỡng.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Tai biến mạch máu ít gặp.

- Tai biến thần kinh cũng ít, nếu có, chủ yếu gặp liệt thần kinh quay (thường do căng giãn do chỏm quay khi trật đã co kéo thần kinh quay căng giãn theo. Với tổn thương này, không cần mổ, theo dõi, thần kinh quay thường hồi phục sau vài tháng, có trường hợp sau 6 tháng mới phục hồi hoàn toàn. Không phục hồi sẽ mổ chuyển gân sau.

- Bỏ sót trật lại chỏm quay: nắn tốt nhưng việc theo dõi không tốt, chỏm quay trật lại mà không biết, không XỬ TRÍ sớm, chỏm quay trật lâu ngày không nắn được. Việc mổ đặt lại khớp và tái tạo dây chằng rất khó khăn, nhiều khi phải bất đắc dĩ mổ cắt bỏ chỏm quay.

21.ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN GẪY ĐẦU DƯỚI XƯƠNG QUAY

I. ĐẠI CƯƠNG

- 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. Gẫy đầu dưới xương quay ở trẻ em.

3. Tất cả các trường hợp gẫy kín đầu dưới xương quay 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 90^o, 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).

22. ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN GẪY 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.

23. ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN GẪY LIÊN MẤU CHUYỂN XƯƠNG ĐÙI

I. ĐẠI CƯƠNG

- Gẫy liên mấu chuyển là loại gãy ngoài khớp, vùng hành xương đầu trên xương đùi, có cấu trúc là hệ xương xốp. Do vậy gẫy vùng liên mấu chuyển thường dễ liền, rất ít gặp khớp giả.

- Ở người trẻ gẫy liên mấu chuyển thường là hậu quả của một chấn thương mạnh (tai nạn giao thông, ngã cao), nhưng ở người già thì có thể chỉ là một sang chấn nhẹ như ngã ngồi cũng gây nên gẫy liên mấu chuyển.

II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN

1. Gẫy liên mấu chuyển không lệch, ít lệch.

2. Gẫy liên mấu chuyển trẻ em.

3. Tình trạng sức khỏe người bệnh có nguy cơ tử vong cao khi phẫu thuật hoặc gây mê.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối, chỉ không áp dụng cho những người già, 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 70^{o}, 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. 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. 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.

24. ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN GÃY THÂN 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 gãy 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 gãy, 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. Gãy 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. Gãy 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. Gãy hở độ II của Gustilo trở lên.

2. Gãy 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 70^{o}, 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.

- Gây mê, tốt nhất có giãn cơ.

- Trước hết kéo thẳng trục sửa di lệch chồng, kéo từ từ cho đến khi lấy đủ chiều dài so với chân lành (thường kéo dài hơn một chút). Tiếp theo người nắn chính sẽ căn cứ hình ảnh trên phim XQ mà nắn chỉnh các di lệch theo thứ tự: di lệch sang bên, di lệch gấp góc. Sau đó xoay dựng thẳng bàn chân để cố định tư thế bó bột.

2. Bất động

2.1. Với gẫy 1/3 dưới: 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. Với gẫy 1/3 trên và 1/3 giữa: bó bột Chậu - lưng - chân-đùi (nghĩa là bó bột Chậu - lưng - chân bên tổn thương, bó thêm đùi bên lành nữa).

3. Thời gian bất động bột: với người lớn trung bình 12 tuần (với trẻ em, tùy theo tuổi). Sau 1 tuần chụp kiểm tra, nếu có di lệch thứ phát thì nắn lại (như nắn lần đầu), hoặc chuyển mổ kết hợp xương có chuẩn bị. Nếu không di lệch thứ phát, sau 2-3 tuần nữa thay bột, tránh hiện tượng di lệch thêm do lỏng bột (bó bột lần này vì xương đã có can non, không cần thiết phải gây mê).

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.

25. ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN GÃY MÂM CHÀY

I. ĐẠI CƯƠNG

- Gãy mâm chày là loại gãy xương nội khớp đầu trên xương chày.

- Là phần xương xốp nên gãy mâm chày sẽ chảy máu ổ gãy nhiều, gây sưng nề, rối loạn dinh dưỡng, có thể kèm theo các tai biến nguy hiểm như hội chứng khoang, tắc mạch.

- Là loại gãy xương dễ liền, ít khi thấy khớp giả.

II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN

1. Gãy kín.

2. Gãy mâm chày không di lệch hoặc di lệch ít (di lệch và lún dưới 5mm).

3. Gãy có di lệch, có chỉ định mổ, nhưng vì một lý do nào đó không mổ được (thể trạng già yếu, có bệnh toàn thân nặng, không có điều kiện mổ, từ chối mổ).

4. Với những trường hợp gãy nhiều mảnh phức tạp, phẫu thuật kết hợp xương khó khăn có thể điều trị bảo tồn.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Không điều trị bảo tồn những trường hợp gãy hở.

2. Gãy xương kèm tổn thương mạch máu, thần kinh, hội chứng khoang.

3. Thận trọng: những trường hợp sưng nề, nốt phỏng nhiều nên kê chân cao trên khung (có thể kéo liên tục qua xương gót), chờ khi chân bớt nề sẽ bó bột.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 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 khi bó bột.

+ Trường hợp khó, phức tạp: bàn nắn chỉnh hình có hệ thống kéo và căng chỉnh (bàn Pelvie).

- Thuốc gây tê hoặc gây mê. Nếu gây tê: 2-3 ống Lidocaine (hoặc Xylocaine) 1% pha loãng trong 5-10 ml nước cất (hoặc huyết thanh mặn 0,9%). Nếu gây mê: do bác sỹ gây mê chuẩn bị và thực hiện.

- Bột thạch cao: 4-5 cuộn khổ 20 cm, 3-4 cuộn khổ 15 cm.

- Các dụng cụ phương tiện tối thiểu khác: bông lót, bơm tiêm, dịch truyền, dây truyền dịch, dây và dao rạch dọc, cồn tiêm, dụng cụ gây mê hồi sức, nước ngâm bột, băng vải (hoặc băng thun) để quấn ngoài bột…

3. Người bệnh

- Được giải thích kỹ mục đích của thủ thuật, quá trình tiến hành làm thủ thuật. Với bệnh nhi, cần giải thích cho bố mẹ hoặc người thân.

- Được vệ sinh sạch sẽ vùng xương gẫy, cởi bỏ quần bên tổn thương .

- Với người bệnh gây mê, cần nhịn ăn uống ít nhất 5-6 giờ, tránh nôn hoặc hiện tượng trào ngược.

4. Hồ sơ

- 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 (nếu gây mê, do bác sỹ gây mê tiến hành).

- Sát trùng rộng vùng khớp gối, đi găng vô khuẩn hút máu tụ trong khớp gối.

- Kéo thẳng trục, giữ cho phần mềm quanh gối căng. Người nắn chính dùng 2 tay đẩy ép mảnh gẫy về vị trí.

2. Bất động: Bó bột Đùi - cẳng - bàn chân rạch dọc.

2.1. Bó bột trên bàn nắn thông thường

- Bước 1: Quấn lót chân bằng giấy vệ sinh, hoặc bông, hoặc đi bít tất vải jersey. Vùng khớp gối và cổ chân cần độn lót dầy hơn tránh đau và sự tỳ đè gây loét.

Đặt dây rạch dọc trước đùi, gối, cẳng bàn chân (cho bột cấp cứu). Dây rạch dọc nên để dài một chút cả về 2 đầu, đầu trên lên quá nếp bẹn chừng 20-30 cm, đầu dưới nên cài vào kẽ ngón 2-3, vòng quanh ngón 2 để dây khỏi tuột khi rạch bột.

- Bước 2: bó bột thì 1 (bó bột Cẳng - bàn chân): Dùng độn gỗ kê dưới khoeo người bệnh. Rải và đặt 1 nẹp bột tăng cường ở phía sau cẳng, bàn chân để tiến hành bó bột Cẳng - bàn chân. 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 dày thì được. Lưu ý 3 điểm:

+ Một là: vùng trước cổ chân cũng giống như vùng trước của khuỷu tay, nếu bó không khéo thì bột sẽ bị căng như 1 dây cung, vừa xấu bột, vừa không bất động được tốt. Nên dùng bột cỡ nhỏ và nhiều khi dùng kéo cắt xẻ tà (cắt bán phần băng bột khi bó bột đến cổ chân), để XỬ TRÍ hiện tượng căng bột, bột sẽ đẹp hơn.

+ Hai là: Nơi mép trên của bột bó thì 1, nên bó mỏng dần, nếu bó 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 (giống như thợ xây đổ bê tông 2 thì, họ cũng phải làm như vậy thì khối bê tông mới vững chắc được).

- Bước 3: bó bột thì 2 (bó tiếp bột lên đùi): Bỏ độn gỗ, 1 trợ thủ viên cầm cổ chân kéo chếch chân người bệnh lên, 1 trợ thủ viên dùng 2 tay đỡ dưới đùi người bệnh và kỹ thuật viên chính tiến hành bó bột. Rải tiếp 1 nẹp bột to bản, ngâm nhanh, vắt ráo nước và đặt phía sau đùi, đầu dưới nẹp 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 (Pelvie): vẫn bó 2 thì, nhưng khác là:

+ Thì 1: bó ống bột trước, bột ở gần cổ chân cũng bó mỏng dần, để khi bó bột thì 2 nối vào, bột khỏi bị cộm, đẹp và không bị đau.

+ Thì 2: Bó nối thêm bột ở cổ chân, bàn chân: sau khi bó xong ống bột, đỡ người bệnh khỏi bàn Pelvie, đặt nằm trên bàn thường, bó nối tiếp phần bột ở cổ, bàn chân. Nếu bột cấp cứu thì rạch dọc bột.

2.3. Bột Đùi- cẳng - bàn chân que ngang: để chống di lệch xoay, bằng cách bó đến cổ chân được 4-5 lớp thì đặt 1 que ngang dưới vùng gót (que ngang này đặt song song với mặt phẳng nằm ngang), bó tiếp bột ra ngoài, đến khi xong.

- Với gẫy rạn mâm chày, có thể bó ống bột rạch dọc.

3. Thời gian bất động bột: với người lớn: 6-8 tuần (trẻ em tùy theo tuổi).

VI. THEO DÕI

- Những trường hợp nặng, nên cho vào viện theo dõi và điều trị nội trú.

- Gẫy mâm chày là một loại gẫy cần phải theo dõi chu đáo, để phát hiện sớm các biến chứng như: chèn ép bột, hội chứng khoang. Phải theo dõi hàng giờ tình trạng của chi.

- Cần kê chân cao, theo dõi sát cảm giác đau của người bệnh, vận động, cũng như màu sắc, nhiệt độ của ngón chân (giống như với gẫy cẳng chân ở vị trí 1/3 trên).

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Với những trường hợp biến chứng mạch máu, hội chứng khoang cần phải siêu âm Doppler (hoặc chụp mạch), mổ cấp cứu để xử trí tổn thương.

- Chân sưng nề, rối loạn dinh dưỡng: nới bột rộng rãi, kê cao chân, thuốc chống sưng nề…

26. ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN VỠ 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 70^{o} 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.

27. ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN 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 70^{o} 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…).

28. ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN GÃY 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 15^o với gãy 1/3 giữa và 10^o 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.

29. ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN GẪY 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 70^{o}, 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 90^{o} 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 90^{o}), 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 90^{o}, 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.

30. 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

- 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.

31. PHẪU THUẬT CẮT BỎ U DA LÀNH TÍNH VÙNG DA ĐẦU TỪ 2 CM TRỞ LÊN

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 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 - 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.

32. GHÉP DA DÀY TOÀN BỘ, DIỆN TÍCH DƯỚI 10CM2

I. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật điều trị tổn khuyết da dưới 10 cm^2 bằng mảnh ghép da dày toàn bộ

II. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp khuyết phần mềm không có khả năng đóng kín trực tiếp mà phải che phủ bằng các phương pháp khác. Trong đó ghép da dày toàn bộ là phương pháp đơn giản và khả thi, đặc biệt là trong điều kiện tuyến y tế cơ sở.

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

- Nền tổn khuyết còn bẩn, nhiễm trùng, tổ chức hạt mọc kém, lộ gân, xương, khớp...

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...

- Khám và hội chẩn liên chuyên khoa để phối 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...

- 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
- Dao lấy da
- Gạc mỡ, băng chun, chỉ to

4. Thời gian phẫu thuật: 1- 1,5 giờ

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: tuỳ theo tổn thương

2. Vô cảm

- Gây tê tại chỗ hoặc gây tê vùng (gây tê đám rối TK cánh tay hoặc gây tê tủy sống)
- Gây mê trong trường hợp trẻ em

3. Kỹ thuật

- Sát trùng trải toan vùng tổn khuyết và vùng dự kiến lấy da ghép
- Làm sạch nền tổn khuyết (làm sạch giả mạc, cắt lọc tổ chức hoại tử, tổ chức hạt già)
- Cầm máu nền nhận
- Đo kích thước tổn khuyết phần mềm để xác định kích thước mảnh da ghép
- Rạch da tại vùng lấy da theo kích thước đã xác định
- Lấy toàn bộ chiều dày của da đến hết lớp trung bì, cắt lọc tổ chức mỡ dưới da (hạ bì)
- Có thể đục lỗ mắt lưới trong trường hợp cần tăng diện tích da ghép và để thoát dịch
- Đặt mảnh da ghép vào nền nhận
- Khâu da ghép bằng Nylon, cố định da ghép bằng gối gạc, hoặc băng chun (lưu ý không băng quá chặt vùng chi thể để tránh nguy cơ chèn ép mạch gây thiếu máu ngoại vi)
- Bóc tách 2 mép da nơi lấy da ghép
- Cầm máu kỹ
- Khâu đóng trực tiếp nơi lấy da.
- Băng vô trùng

VI. THEO DÕI CÁC TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG VÀ NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ

1. Chăm sóc: Nơi lấy da thay băng cách ngày, cắt gối gạc sau 7 ngày

2. Theo dõi các biến chứng:

- Các dấu hiệu sinh tồn: Mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở
- Chảy máu: băng ép
- Nhiễm trùng: thay băng, dùng kháng sinh
- Hoại tử da ghép: thay băng
- Các tai biến liên quan đến bệnh phối hợp: tăng đường huyết, tăng huyết áp...

33. CẮT U MỠ HỆ THỐNG LAN TỎA VÙNG HÀM MẶT

I. ĐỊNH NGHĨA

U mở có kích thước lớn, lan tỏa vùng hàm mặt. Điều trị chủ yếu bằng phẫu thuật cắt bỏ

II. CHỈ ĐỊNH

U mỡ hệ thống, lan tỏa vùng hàm mặt, gây chèn ép, biến dạng mặt, ảnh hưởng chức năng, thẩm mỹ.

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 phối 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, phẫu thuật mạch máu
- Bộ dụng cụ phẫu thuật hàm mặt
- Gạc mỡ, băng chun
- Bông băng gạc, chỉ phẫu thuật
- 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, theo nếp gấp tự nhiên. Tùy thuộc kích thước, vị trí u mà đường rạch có thể trực tiếp trên u hoặc gián tiếp từ xa.
- Gây tê tại chỗ đường rạch (Lidocain và Adrenalin 1/100000)
- Rạch da theo đường thiết kế
- Bóc tách các lớp theo giải phẫu 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 đóng vết mổ theo các lớp giải phẫu
- Băng ép
- Gửi giải phẫu bệnh khối u

VI. BIẾN CHỨNG, DI CHỨNG

1. Theo dõi: Thay băng, cắt chỉ. 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...

34. CẮT CÁC KHỐI U DA LÀNH TÍNH DƯỚI 5 CM

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.

4. 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, sẹo lồi
- Xử trí theo từng nguyên nhân

35. CẮT CÁC KHỐI U DA LÀNH TÍNH TRÊN 5 CM

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.

4. Thời gian phẫu thuật: 1h-2h

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/ vạt có cuống/ vi phẫu

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

36. PHẪU THUẬT 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

37. 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

38. 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

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

39. PHẪU THUẬT CẮT BỎ U DA MẶT LÀNH TÍNH

I. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật cắt bỏ u da lành tính vùng mặt, đóng vết mổ sau phẫu thuật bằng các kỹ thuật tạo hình

II. CHỈ ĐỊNH

Trong các trường hợp u lành tính nằm trên da mặt

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có bệnh toàn thân không phù hợp cho phẫu thuật

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 điều dưỡng phụ mê.
- 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 đầy đủ các xét nghiệm thường quy
- Giải thích người bệnh và người nhà người bệnh trước phẫu thuật, ký hồ sơ bệnh án.

3. Phương tiện

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình - hàm mặt

4. Thời gian phẫu thuật: 30 phút - 1,5h.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: nằm ngửa, đầu nghiêng về bên đối diện với tổn thương

2. Vô cảm: gây tê tại chỗ hoặc gây mê trong trường hợp trẻ em và u lớn

3. Kỹ thuật

- Rạch da theo đường thiết kế
- Bóc tách u, phẫu tích u tránh các tổ chức quan trọng: mạch máu, thần kinh, cơ.
- Cắt bỏ toàn bộ u
- Cầm máu kỹ bằng đốt điện diện bóc tách, bơm rửa sạch.
- Trong trường hợp không đóng trực tiếp, tiến hành dùng vạt che phủ hoặc ghép da (kỹ thuật tạo hình khác).

VI. THEO DÕI CÁC TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG VÀ NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ

- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn trong vòng 24h đầu (nếu phải gây mê toàn thân)
- Chườm lạnh và kháng sinh sau mổ.
- Chảy máu: hiếm gặp. Xử trí: băng ép hoặc cầm máu lại trên phòng mổ, bù đủ khối lượng tuần hoàn.
- Nhiễm trùng: chảy dịch vết mổ, người bệnh có biểu hiện nhiễm trùng. Xử trí: thay băng, điều trị theo kháng sinh đồ.

40. 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 phối 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 láp 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....

41. PHẪU THUẬT TỔN THƯƠNG DÂY CHẰNG CỦA 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. Tổn thương dây chằng của đốt bàn và ngón tay thường do cơ chế gián tiếp. Tổn thương này có thể kèm theo mảnh xương dưới dạng nhổ, giật. 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

- Di lệch mảnh xương từ 2mm
- Tổn thương kèm bán trật khớp
- 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

5. 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 hoặc đường bên
- Phẫu tích tách qua gân duỗi
- Bộc lộ diện khớp đốt bàn và ngón tay tổn thương
- Bộc lộ làm sạch diện dây chằng tổn thương
- Đặt lại mảnh xương cùng dây chằng, bắt vít mini hoặc cố định kim Kirschner
- Có thể nắn chỉnh xuyên kim qua da
- Khâu tăng cường dây chằng tổn thương
- 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 lại 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

42. 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 phát hiện các thương tích về da, gân cơ, thần kinh, xương, mạch máu để có thái độ xử 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 xung 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

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 chấn thương chung

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm: Gây tê hoặc gây mê

2. 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

43. 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. 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^o
- 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

V. 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

VI. 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

44. 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. 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^o
- 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

45. 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. 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

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^o
- 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 kính hiển vi là tốt nhất

- Vùng IV:

● Thường gặp đứt 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.

46. 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 lệch có kèm theo tổn thương mạch máu thần kinh
- Gãy xương mà hậu quả chậm liền xương
- Gãy xương mà cần can thiệp ghép xương
- Gãy xương và liền xương xấu ảnh hưởng tới thẩm mỹ và chức 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

4. 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^o
- 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

47. 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

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: 30 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Vô cảm: Tê ĐRCT bên chi phẫu 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

48. KHÂU TỔN THƯƠNG GÂN GẤP BÀN TAY VÙNG I, II, III, IV

I. ĐẠI CƯƠNG

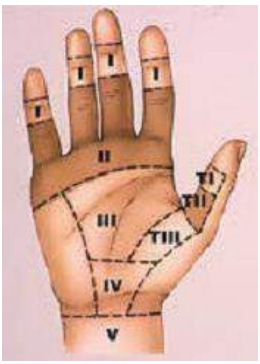
- Vết thương bàn tay rất hay gặp chiếm khoảng 40- 50 % tổng số vết thương bàn tay do tai nạn lao động.

- 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

Chống chỉ định khâu gân gấp 1 thì trong trường hợp nhiễm trùng, đến muộn

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 bàn tay

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

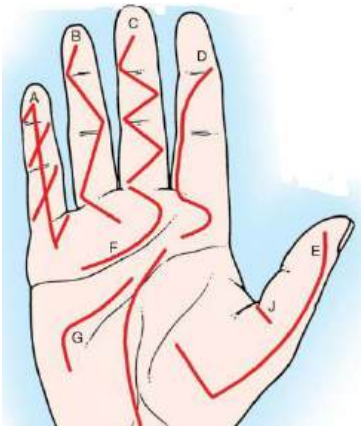
1. Vô cảm: Gây tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc gây mê

2. 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

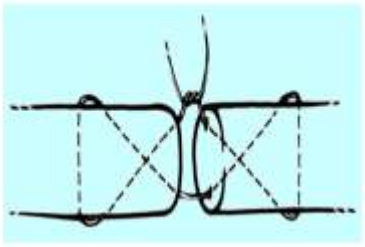
- Cắt lọc làm sạch vết thương (cắt lọc tiết kiệm), rạch rộng vết thương theo hình chữ Z, tránh rạch ngang qua các nếp gấp tự nhiên của bàn tay.



- 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

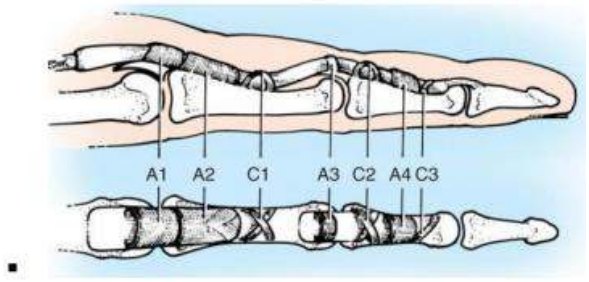
VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- 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

49. 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

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

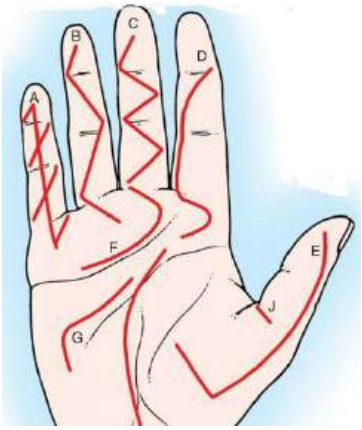
4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 - 120 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

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

2. Kỹ thuật:

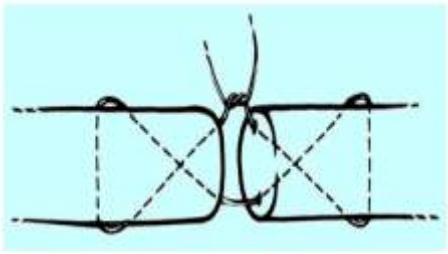
- Đánh rửa tay bằng xà phòng, nước muối vô khuẩn
- Ga rô cánh tay: tốt nhất ga rô hơi với áp lực 200- 250mmHg, ga rô đuổi máu cho sạch phẫu trường
- Cắt lọc làm sạch vết thương (cắt lọc tiết kiệm), rạch rộng vết thương theo hình chữ Z, tránh rạch ngang qua các nếp gấp tự nhiên của bàn tay.



- 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



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

50. 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

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

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

3. Phương tiện: Bộ dụng cụ phẫu thuật bàn tay.

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: Người bệnh nằm ngửa, tay phẫu thuật để trên bàn phẫu thuật.

2. Vô cảm: tê gốc ngón, tê đám rối cánh tay hoặc gây mê.

3. 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

1. 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.

2. 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.

51. 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

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 bàn chân

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: Người bệnh nằm ngửa, duỗi cẳng chân.

2. Vô cảm: Tê tủy sống hoặc mê khí quản.

3. 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

1. 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

2. 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.

52. 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 chắc đảm 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

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 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

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.

53. 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 chắc đảm 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 I mặt 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.

54. 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

1. Người thực hiện:

- Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình, người phụ
- 2 PTV phụ mổ.

2. 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

3. Phương tiện: Bộ dụng cụ kết hợp xương thông thường

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 40 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm:

- Gây tê đám rối cánh tay hoặc tủy sống
- Gây mê nội khí quản

2. Kỹ thuật:

Bước 1: Sát trùng toàn bộ chi bằng Bêtadin hoặc cồn 70^o

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

1. 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

2. Tai biến và xử trí

- Chảy máu: Băng ép cầm máu nếu không được thì mổ lại cầm máu
- Nhiễm trùng: Thay kháng sinh, điều trị theo kháng sinh đồ, bù nước và điện giải cho người bệnh
- Xương gãy lại: Mổ kết hợp xương

55. 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.

2. 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.

3. 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.

4.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.

5. 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

1. 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

2. 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.

2.1. Chuẩn bị bàn tay

Cần chuẩn bị bàn tay thay 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.

2.2. 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...

2.3. 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 giờ: 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.

2.4. 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 1cm 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.

3. Điều trị triệt để:

3.1. 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.

3.2. 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.

3.3. 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.

3.4. 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.

4. 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.

56. 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

1. Người thực hiện: 03 người

- Bác sỹ: 01
- Kỹ thuật viên: 02

2. 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.

3. 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.

4. 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.

57. 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

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 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.

3. 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.

4. 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.

VI. 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.

58. 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

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 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.

3. Phương tiện:

- Thuốc gây mê tĩnh mạch hoặc gây tê tại chỗ
- Máy C- ARM
- 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.

4. Thời gian thực hiện thủ thuật: 50- 60 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 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.

59. 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 …vv.

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

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 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.

3. Phương tiện:

- Thuốc gây mê tĩnh mạch hoặc gây tê tại chỗ
- Máy C- ARM
- 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

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 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.
- Kỹ thuật viên 3. Kiểm tra trên C- ARM.

4. 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.

60. NẸP BỘT CÁC LOẠI KHÔNG NẮN

I. ĐẠI CƯƠNG

Nẹp bột là các loại bột được dải thành tấp, phên có tác dụng giữ, chỉnh cho các tư thế đặc biệt trong và sau phẫu thuật cũng như bất động tạm thời sau chấn thương.

II. CHỈ ĐỊNH

- Đối với tất cả các dạng cần phối hợp bất động sau phẫu thuật hoặc chấn thương.
- Các trường hợp cần giữ ở nhưng tư thế đặc biệt

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: 02 người

- Bác sỹ: 01
- Kỹ thuật viên: 01

2. Người bệnh:

- Sau tai nạn sinh hoạt, tai nạn lao động…
- Có chỉ định đặt nẹp bất động.
- Được giải thích kỹ mục đích của thủ thuật, quá trình tiến hành làm thủ thuật.

3. Phương tiện:

- Bàn nắn.
- Bột thạch cao: 2- 14 cuộn khổ 20cm (bột liền), 4- 16 cuộn khổ 20cm (bột tự cán).
- Bông lót : 2- 8 cuộn khổ 20cm.

4. Thời gian thực hiện thủ thuật: 20- 40 phút.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: Người bệnh nằm ngửa trên bàn chỉnh hình.

2. Vô cảm

3. Kỹ thuật:

- Kỹ thuật viên 1. Đưa các bộ phận được yêu cầu bất động vào đúng tư thế cần bất động và giữ yên.
- Kỹ thuật viên 2. Dải bột thành dạng nẹp và đặt lên phần cần bất động và băng lại.

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.

61. 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

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

2. Người bệnh:

- Chuẩn bị vệ sinh thân thể trước mổ.
- Vệ sinh vùng mổ, cạo lông chân nếu có nhiều lông.

3. Phương tiện:

- Bộ dụng cụ kết hợp xương mác
- Nẹp vít, vít AO.
- Đinh Rush hoặc kim Kirschner

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

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

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

3. Kỹ thuật:

- Dồn máu, ga rô gốc chi.
- Rạch da đường ngoài.
- Tách cân cơ bộc lộ 2 đầu xương mác gãy.
- Đặt lại xương theo giải phẫu.
- Kết hợp xương mác thường dùng nẹp vít. Nếu có mất vững mộng chày mác thì dùng vít để cố định mộng chày mác. Trong một số trường hợp 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.

62. KHÂU PHỤC HỒI TỔN THƯƠNG GÂN DUỖI

I. ĐẠI CƯƠNG

- Vết thương bàn tay là tổn thương hay gặp trong tai nạn 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 thận 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

1. Người bệnh:

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

2. Người thực hiện:

Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình và người phụ.

3. Phương tiện trang thiết bị

Bộ dụng cụ phẫu tích bàn tay

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

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

2. Kỹ thuật:

- Vệ sinh bàn tay kỹ
- Ga rô cánh tay: tốt nhất ga rô hơi với áp lực 200- 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

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: sau 3 tuần bỏ nẹp tập PHCN

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Nhiễm trùng: Nhiễm trùng nhẹ thay băng vết thương
- Nhiễm trùng nặng làm sạch bỏ mảnh ghép
- Dính gân gấp nếu không tập PHCN, nếu muộn phải mổ gỡ dính

63. 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 khác 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

VI. 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

VII. 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

64. 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

1. Người thực hiện: phẫu thuật viên ngoại khoa chung.

2. Người bệnh: chuẩn bị tâm lý, hồ sơ bệnh án hành chính đầy đủ.

3. 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

1. 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.

2. 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 kháng sinh.

65. PHẪU THUẬT VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM PHỨC TẠP

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Bệnh lý toàn thân không cho phép phẫu thuật.

IV. CHUẨN BỊ

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

2. Người bệnh: Chuẩn bị tâm lý, hồ sơ bệnh án đầy đủ.

3. Phương tiện: Bộ dụng cụ phẫu thuật chuyên ngành.

V. CÁC BƯỚC 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.

65. PHẪU THUẬT VÁ DA DIỆN TÍCH < 5 CM^2

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

1. Người thực hiện: phẫu thuật viên ngoại khoa chung đã được đào tạo vá da.

2. Người bệnh: chuẩn bị bệnh án, hồ sơ đầy đủ thủ tục hành chính.

3. 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.

67.THAY BĂNG ĐIỀU TRỊ VẾT BỎNG TỪ 10% - 19% DIỆN TÍCH CƠ THỂ Ở NGƯỜI LỚN

I. KHÁI NIỆM

1. Mục đích của công tác thay băng

- Làm sạch vết bỏng, loại bỏ dịch, mủ ứ đọng, cắt lọc hoại tử hoặc chuẩn bị nền ghép da, ... để hỗ trợ cho vết bỏng nhanh liền.

- Sử dụng các thuốc điều trị tại chỗ: chống nhiễm khuẩn, kích thích hình thành mô hạt và tạo điều kiện tốt cho việc biểu mô hóa liền vết bỏng.

- Bổ sung chẩn đoán diện tích, độ sâu và theo dõi diễn biến tại vết bỏng.

2. Yêu cầu công tác thay băng

- Đảm bảo vô khuẩn, chống lây chéo, nhẹ nhàng 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.

3. 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

1. Thay băng vết thương bỏng mới để xử trí kỳ đầu.

2. Thay băng điều trị người bệnh bỏng thường kỳ, tùy theo tình trạng vết thương mà quyết định áp dụng liệu pháp thay băng:

- Vết thương ô nhiễm nặng (nhiều dịch, mủ,...): Thay băng ngày 2 lần hoặc hàng ngày.

- Vết bỏng ít ô nhiễm (sạch, ít tiết dịch): thay băng cách ngày.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH: Đang có các dấu hiệu đe dọa chức năng sống như suy hô hấp, trụy tim mạch, shock.. (cần ưu tiên hồi sức tổng hợp, khi kiểm soát cơ bản được chức năng sống tiến hành thay băng).

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

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

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

2. Phương tiện

2.1. Dụng cụ

Mỗi người bệnh cần thay băng theo khẩu phần riêng, bao gồm cơ bản:

- Khay quả đậu, bông, băng, gạc, vải vô khuẩn.

- 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.

2.2. Thuốc thay băng bỏng

- Các dung dịch sát khuẩn dùng để rửa vết bỏng: Dung dịch Natriclorid 0,9%; dung dịch becberin 1%; dung dịch PVP iodine 10%, ngoài ra có thể dùng dung dịch acid boric 2-4%; nitrat bạc 0,5%,…

- Các thuốc bỏng dùng tại chỗ:

Thuốc có tác dụng kháng khuẩn: Các thuốc có chứa silver sulfadiazin (SSD) 1%, thuốc chứa bạc như nitrat bạc hoặc chứa bạc kích thước nano, thuốc acid boric; thuốc kháng sinh dùng ngoài... Các thuốc nam có tác dụng kháng khuẩn như mỡ Maduxin; mỡ Eupoline; cream berberin,...

Thuốc tăng cường quá trình tái tạo, biểu mô hóa như Biafine; cream Dampomade; mật ong, cream rau má, nghệ (cream nghệ...); thuốc chứa các yếu tố tăng trưởng (các GF: growth factor), thuốc tạo môi trường ẩm như Vaseline; thuốc chứa corticoid, chứa các yếu tố cần thiết cho liền vết thương như oxyd kẽm...

Các thuốc tạo màng che phủ vết bỏng mới như B76 (theo quy trình riêng).

Các thuốc hoặc vật liệu giúp cầm máu tại chỗ như spongel, dung dịch adrenalin...

- Các vật liệu thay thế da tạm thời: da đồng loại; da dị loại (trung bì da lợn; da ếch…); các tấm tế bào nuôi cấy (tấm nguyên bào sợi…); màng collagen; các vật liệu sinh học và tổng hợp khác… Các băng vết thương có thuốc: vật liệu nano, các băng vết thương vật liệu hydrocoloid…

Việc sử dụng các thuốc và vật liệu do bác sỹ chỉ định theo tính chất vết thương.

3. Người bệnh

- Giải thích động viên người bệnh

- Dặn người bệnh nhịn ăn trước 6 giờ nếu phải gây mê.

- Thử phản ứng thuốc (nếu cần)

- Kiểm tra mạch, nhiệt độ, huyết áp, tình trạng hô hấp…

4. 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 phỏng: nếu vòm nốt phỏng còn nguyên vẹn, chưa bị nhiễm khuẩn: trích rạch, cắt thủng nốt phỏng, tháo bỏ dịch nốt phỏng, cố gắng giữ lại vòm nốt phỏng, sau đó băng ép lại. Nếu nốt phỏng đã nhiễm khuẩn: cắt bỏ, tháo dịch nốt phỏng.

Trong khi thay băng, nếu chảy máu: đắp gạc tẩm nước muối ấm hoặc tẩm dung dịch adrenalin 1/200.000, hoặc bằng các biện pháp như đốt điện, thắt buộc mạch máu...

Rửa lại vết bỏng bằng dung dịch sát khuẩn. Thấm khô.

- Bước 3: Sử dụng thuốc tại chỗ vết bỏng

Căn cứ vào diễn biến, tình trạng vết thương mà người bác sỹ sẽ quyết định sử dụng thuốc điều trị tại chỗ tổn thương bỏng.

Điều dưỡng vô trùng chuẩn bị các thuốc hoặc vật liệu thay thế da dùng tại chỗ. Sau khi đã làm sạch vết bỏng, sử dụng thuốc tại chỗ vết bỏng theo một trong các cách sau:

+ Bôi thuốc trực tiếp lên vết bỏng một lớp đủ dày, kín hết vùng tổn thương bỏng, sau đó đắp một lớp gạc vô trùng bên ngoài. Nên đắp tiếp một lớp gạc tẩm vaseline bên ngoài lớp gạc trong cùng. Sau đó đắp vài lớp gạc vô trùng theo kiểu lợp ngói (độ dày của gạc tùy thuộc tình trạng dịch xuất tiết, mủ vết thương, thường từ 4-6 lớp gạc).

+ Tẩm thuốc vào một lớp gạc rồi đắp lên vết bỏng sao cho mép các tấm gạc chồng một phần lên nhau; đắp một lớp gạc tẩm vaseline chồng lên lớp gạc thuốc; đắp vài lớp gạc vô trùng theo kiểu lợp ngói (độ dày của gạc tùy thuộc tình trạng dịch xuất tiết, mủ vết thương, thường từ 4-6 lớp gạc).

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

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

Đắp một lớp gạc 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 (2-4-6 lớp) gạc khô ngoài cùng theo kiểu lợp ngói.

- Bước 4: Băng vết bỏng, đưa người bệnh về giường và theo dõi sau thay băng

Điều dưỡng giúp ngoài băng lại vết bỏng bằng băng cuộn hoặc băng lưới, không băng quá chặt làm ảnh hưởng đến lưu thông tuần hoàn của người bệnh.

Đưa người bệnh về giường, kiểm tra lại các chỉ số hô hấp, mạch, nhiệt độ, huyết áp của người bệnh và bàn giao cho điều dưỡng buồng bệnh.

Lưu ý:

- Trong các thì thay băng vô trùng cần tiến hành theo nguyên tắc: thay băng vùng bỏng ở đầu mặt cổ trước, tiếp đến chi thể và thân, sau cùng là vùng 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).

IV. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Toàn thân

- Theo dõi trạng thái toàn thân, mạch, nhiệt độ, huyết áp…sau thay băng chặt chẽ, kịp thời phát hiện trạng thái sốc, đe dọa sốc để xử lý.

- Người bệnh choáng, ngất trong và sau thay băng: Tạm dừng thay băng, đặt nằm chỗ thoáng, mát, cho thở oxy, thuốc trợ tim. Khi người bệnh tỉnh, trở lại trạng ổn định cho phép mới thay băng tiếp.

- Theo dõi tác dụng phụ của thuốc giảm đau toàn thân hoặc theo dõi chung sau gây mê để xử trí kịp thời như tình trạng ngừng thở ngừng tim, nôn…

- Tình trạng đau đớn sau thay băng như kêu đau, rét run hoặc sốt cao: tiếp tục dùng giảm đau, ủ ấm, hạ sốt…

2. Tại chỗ

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

- Tình trạng băng quá chặt gây phù nề, chèn ép vùng 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.

68. THAY BĂNG ĐIỀU TRỊ VẾT BỎNG

DƯỚI 10% DIỆN TÍCH CƠ THỂ Ở NGƯỜI LỚN

I. KHÁI NIỆM

1. Mục đích của công tác thay băng

- Làm sạch vết bỏng, loại bỏ dịch, mủ ứ đọng, cắt lọc hoại tử hoặc chuẩn bị nền ghép da, ... để hỗ trợ cho vết bỏng nhanh liền.

- Sử dụng các thuốc điều trị tại chỗ: chống nhiễm khuẩn, kích thích hình thành mô hạt và tạo điều kiện tốt cho việc biểu mô hóa liền vết bỏng.

- Bổ sung chẩn đoán diện tích, độ sâu và theo dõi diễn biến tại vết bỏng.

2. Yêu cầu công tác thay băng

- Đảm bảo vô khuẩn, chống lây chéo, nhẹ nhàng 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.

3. Người bệnh bỏng 10%- 19% diện tích cơ thể thuộc nhóm bỏng mức độ nhẹ và vừa, có thể vẫn có diễn biến nặng.

II. CHỈ ĐỊNH

1. Thay băng vết thương bỏng mới để xử trí kỳ đầu.

2. Thay băng điều trị người bệnh bỏng thường kỳ, tùy theo tình trạng vết thương mà quyết định áp dụng liệu pháp thay băng:

- Vết thương ô nhiễm nặng (nhiều dịch, mủ,...): Thay băng ngày 2 lần hoặc hàng ngày.

- Vết bỏng ít ô nhiễm (sạch, ít tiết dịch): thay băng cách ngày.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH: Đang có các dấu hiệu đe dọa chức năng sống như suy hô hấp, trụy tim mạch, shock.. (cần ưu tiên hồi sức tổng hợp, khi kiểm soát cơ bản được chức năng sống tiến hành thay băng).

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Kíp thay băng tối thiểu 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.

2. Phương tiện

2.1. Dụng cụ

Mỗi người bệnh cần thay băng theo khẩu phần riêng, bao gồm cơ bản:

- Khay quả đậu, bông, băng, gạc, vải vô khuẩn.

- 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.

2.2. Thuốc thay băng bỏng

- Các dung dịch sát khuẩn dùng để rửa vết bỏng: Dung dịch Natriclorid 0,9%; dung dịch becberin 1%; dung dịch PVP iodine 10%, ngoài ra có thể dùng dung dịch acid boric 2-4%; nitrat bạc 0,5%,…

- Các thuốc bỏng dùng tại chỗ:

Thuốc có tác dụng kháng khuẩn: Các thuốc có chứa silver sulfadiazin (SSD) 1%, thuốc chứa bạc như nitrat bạc hoặc chứa bạc kích thước nano, thuốc acid boric; thuốc kháng sinh dùng ngoài... Các thuốc nam có tác dụng kháng khuẩn như mỡ Maduxin; mỡ Eupoline; cream berberin,...

Thuốc tăng cường quá trình tái tạo, biểu mô hóa như Biafine; cream Dampomade; mật ong, cream rau má, nghệ (cream nghệ...); thuốc chứa các yếu tố tăng trưởng (các GF: growth factor), thuốc tạo môi trường ẩm như Vaseline; thuốc chứa corticoid, chứa các yếu tố cần thiết cho liền vết thương như oxyd kẽm...

Các thuốc tạo màng che phủ vết bỏng mới như B76 (theo quy trình riêng).

Các thuốc hoặc vật liệu giúp cầm máu tại chỗ như spongel, dung dịch adrenalin...

- Các vật liệu thay thế da tạm thời: da đồng loại; da dị loại (trung bì da lợn; da ếch…); các tấm tế bào nuôi cấy (tấm nguyên bào sợi…); màng collagen; các vật liệu sinh học và tổng hợp khác… Các băng vết thương có thuốc: vật liệu nano, các băng vết thương vật liệu hydrocoloid…

Việc sử dụng các thuốc và vật liệu do bác sỹ chỉ định theo tính chất vết thương.

3. Người bệnh

- Giải thích động viên người bệnh

- Dặn người bệnh nhịn ăn trước 6 giờ nếu phải gây mê.

- Thử phản ứng thuốc (nếu cần)

- Kiểm tra mạch, nhiệt độ, huyết áp, tình trạng hô hấp…

4. 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 phỏng: nếu vòm nốt phỏng còn nguyên vẹn, chưa bị nhiễm khuẩn: trích rạch, cắt thủng nốt phỏng, tháo bỏ dịch nốt phỏng, cố gắng giữ lại vòm nốt phỏng, sau đó băng ép lại. Nếu nốt phỏng đã nhiễm khuẩn: cắt bỏ, tháo dịch nốt phỏng.

Trong khi thay băng, nếu chảy máu: đắp gạc tẩm nước muối ấm hoặc tẩm dung dịch adrenalin 1/200.000, hoặc bằng các biện pháp như đốt điện, thắt buộc mạch máu...

Rửa lại vết bỏng bằng dung dịch sát khuẩn. Thấm khô.

- Bước 3: Sử dụng thuốc tại chỗ vết bỏng

Căn cứ vào diễn biến, tình trạng vết thương mà người bác sỹ sẽ quyết định sử dụng thuốc điều trị tại chỗ tổn thương bỏng.

Điều dưỡng vô trùng chuẩn bị các thuốc hoặc vật liệu thay thế da dùng tại chỗ. Sau khi đã làm sạch vết bỏng, sử dụng thuốc tại chỗ vết bỏng theo một trong các cách sau:

+ Bôi thuốc trực tiếp lên vết bỏng một lớp đủ dày, kín hết vùng tổn thương bỏng, sau đó đắp một lớp gạc vô trùng bên ngoài. Nên đắp tiếp một lớp gạc tẩm vaseline bên ngoài lớp gạc trong cùng. Sau đó đắp vài lớp gạc vô trùng theo kiểu lợp ngói (độ dày của gạc tùy thuộc tình trạng dịch xuất tiết, mủ vết thương, thường từ 4-6 lớp gạc).

+ Tẩm thuốc vào một lớp gạc rồi đắp lên vết bỏng sao cho mép các tấm gạc chồng một phần lên nhau; đắp một lớp gạc tẩm vaseline chồng lên lớp gạc thuốc; đắp vài lớp gạc vô trùng theo kiểu lợp ngói (độ dày của gạc tùy thuộc tình trạng dịch xuất tiết, mủ vết thương, thường từ 4-6 lớp gạc).

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

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

Đắp một lớp gạc 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 (2-4-6 lớp) gạc khô ngoài cùng theo kiểu lợp ngói.

- Bước 4: Băng vết bỏng, đưa người bệnh về giường và theo dõi sau thay băng

Điều dưỡng giúp ngoài băng lại vết bỏng bằng băng cuộn hoặc băng lưới, không băng quá chặt làm ảnh hưởng đến lưu thông tuần hoàn của người bệnh.

Đưa người bệnh về giường, kiểm tra lại các chỉ số hô hấp, mạch, nhiệt độ, huyết áp của người bệnh và bàn giao cho điều dưỡng buồng bệnh.

Lưu ý:

- Trong các thì thay băng vô trùng cần tiến hành theo nguyên tắc: thay băng vùng bỏng ở đầu mặt cổ trước, tiếp đến chi thể và thân, sau cùng là vùng 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).

IV. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Toàn thân

- Theo dõi trạng thái toàn thân, mạch, nhiệt độ, huyết áp…sau thay băng chặt chẽ, kịp thời phát hiện trạng thái sốc, đe dọa sốc để 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…

2.Tại chỗ

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

- Tình trạng băng quá chặt gây phù nề, chèn ép vùng 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.

69.THAY BĂNG ĐIỀU TRỊ VẾT BỎNG TỪ 10% - 19% DIỆN TÍCH CƠ THỂ Ở TRẺ EM

I. KHÁI NIỆM

1. Mục đích của công tác thay băng

- Làm sạch vết bỏng, loại bỏ dịch, mủ ứ đọng, cắt lọc hoại tử hoặc chuẩn bị nền ghép da, ... để hỗ trợ cho vết bỏng nhanh liền.

- Sử dụng các thuốc điều trị tại chỗ: chống nhiễm khuẩn, kích thích hình thành mô hạt và tạo điều kiện tốt cho việc biểu mô hóa liền vết bỏng.

- Bổ sung chẩn đoán diện tích, độ sâu và theo dõi diễn biến tại vết bỏng.

2. Yêu cầu công tác thay băng

- Đảm bảo vô khuẩn, chống lây chéo, nhẹ nhàng 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.

3. Trẻ bị bỏng 10%- 19% diện tích cơ thể thuộc nhóm bỏng mức độ vừa, có thể vẫn có diễn biến nặng. Quá trình thay băng vẫn đòi hỏi theo dõi chặt chẽ, nên được giảm đau hoặc gây mê.

II. CHỈ ĐỊNH

1. Thay băng vết thương bỏng mới để xử trí kỳ đầu.

2. Thay băng điều trị người bệnh bỏng thường kỳ, tùy theo tình trạng vết thương mà quyết định áp dụng liệu pháp thay băng:

- Vết thương ô nhiễm nặng (nhiều dịch, mủ,...): Thay băng ngày 2 lần hoặc hàng ngày.

- Vết bỏng ít ô nhiễm (sạch, ít tiết dịch): thay băng cách ngày.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Đang có các dấu hiệu đe dọa chức năng sống như suy hô hấp, trụy tim mạch, shock.. (cần ưu tiên hồi sức tổng hợp, khi kiểm soát cơ bản được chức năng sống tiến hành thay băng).

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

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

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

2. Phương tiện

2.1. Dụng cụ

Mỗi người bệnh cần thay băng theo khẩu phần riêng, bao gồm cơ bản:

- Khay quả đậu, bông, băng, gạc, vải vô khuẩn.

- 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.

2.2. Thuốc thay băng bỏng

- Các dung dịch sát khuẩn dùng để rửa vết bỏng: Dung dịch Natriclorid 0,9%; dung dịch becberin 1%; dung dịch PVP iodine 10%, ngoài ra có thể dùng dung dịch acid boric 2-4%; nitrat bạc 0,5%,…

- Các thuốc bỏng dùng tại chỗ:

Thuốc có tác dụng kháng khuẩn: Các thuốc có chứa silver sulfadiazin (SSD) 1%, thuốc chứa bạc như nitrat bạc hoặc chứa bạc kích thước nano, thuốc acid boric; thuốc kháng sinh dùng ngoài... Các thuốc nam có tác dụng kháng khuẩn như mỡ Maduxin; mỡ Eupoline; cream berberin,...

Thuốc tăng cường quá trình tái tạo, biểu mô hóa như Biafine; cream Dampomade; mật ong, cream rau má, nghệ (cream nghệ...); thuốc chứa các yếu tố tăng trưởng (các GF: growth factor), thuốc tạo môi trường ẩm như Vaseline; thuốc chứa corticoid, chứa các yếu tố cần thiết cho liền vết thương như oxyd kẽm...

Các thuốc tạo màng che phủ vết bỏng mới như B76 (theo quy trình riêng).

Các thuốc hoặc vật liệu giúp cầm máu tại chỗ như spongel, dung dịch adrenalin...

- Các vật liệu thay thế da tạm thời: da đồng loại; da dị loại (trung bì da lợn; da ếch…); các tấm tế bào nuôi cấy (tấm nguyên bào sợi…); màng collagen; các vật liệu sinh học và tổng hợp khác… Các băng vết thương có thuốc: vật liệu nano, các băng vết thương vật liệu hydrocoloid…

Việc sử dụng các thuốc và vật liệu do bác sỹ chỉ định theo tính chất vết thương.

3. Người bệnh

- Giải thích động viên người bệnh

- Dặn người bệnh nhịn ăn trước 6 giờ nếu phải gây mê.

- Thử phản ứng thuốc (nếu cần)

- Kiểm tra mạch, nhiệt độ, huyết áp, tình trạng hô hấp…

4. 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 phỏng: nếu vòm nốt phỏng còn nguyên vẹn, chưa bị nhiễm khuẩn: trích rạch, cắt thủng nốt phỏng, tháo bỏ dịch nốt phỏng, cố gắng giữ lại vòm nốt phỏng, sau đó băng ép lại. Nếu nốt phỏng đã nhiễm khuẩn: cắt bỏ, tháo dịch nốt phỏng.

Trong khi thay băng, nếu chảy máu: đắp gạc tẩm nước muối ấm hoặc tẩm dung dịch adrenalin 1/200.000, hoặc bằng các biện pháp như đốt điện, thắt buộc mạch máu...

Rửa lại vết bỏng bằng dung dịch sát khuẩn. Thấm khô.

- Bước 3: Sử dụng thuốc tại chỗ vết bỏng

Căn cứ vào diễn biến, tình trạng vết thương mà người bác sỹ sẽ quyết định sử dụng thuốc điều trị tại chỗ tổn thương bỏng.

Điều dưỡng vô trùng chuẩn bị các thuốc hoặc vật liệu thay thế da dùng tại chỗ. Sau khi đã làm sạch vết bỏng, sử dụng thuốc tại chỗ vết bỏng theo một trong các cách sau:

+ Bôi thuốc trực tiếp lên vết bỏng một lớp đủ dày, kín hết vùng tổn thương bỏng, sau đó đắp một lớp gạc vô trùng bên ngoài. Nên đắp tiếp một lớp gạc tẩm vaseline bên ngoài lớp gạc trong cùng. Sau đó đắp vài lớp gạc vô trùng theo kiểu lợp ngói (độ dày của gạc tùy thuộc tình trạng dịch xuất tiết, mủ vết thương, thường từ 4-6 lớp gạc).

+ Tẩm thuốc vào một lớp gạc rồi đắp lên vết bỏng sao cho mép các tấm gạc chồng một phần lên nhau; đắp một lớp gạc tẩm vaseline chồng lên lớp gạc thuốc; đắp vài lớp gạc vô trùng theo kiểu lợp ngói (độ dày của gạc tùy thuộc tình trạng dịch xuất tiết, mủ vết thương, thường từ 4-6 lớp gạc).

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

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

Đắp một lớp gạc 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 (2-4-6 lớp) gạc khô ngoài cùng theo kiểu lợp ngói.

- Bước 4: Băng vết bỏng, đưa người bệnh về giường và theo dõi sau thay băng

Điều dưỡng giúp ngoài băng lại vết bỏng bằng băng cuộn hoặc băng lưới, không băng quá chặt làm ảnh hưởng đến lưu thông tuần hoàn của người bệnh.

Đưa người bệnh về giường, kiểm tra lại các chỉ số hô hấp, mạch, nhiệt độ, huyết áp của người bệnh và bàn giao cho điều dưỡng buồng bệnh.

Lưu ý:

- Trong các thì thay băng vô trùng cần tiến hành theo nguyên tắc: thay băng vùng bỏng ở đầu mặt cổ trước, tiếp đến chi thể và thân, sau cùng là vùng 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).

IV. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Toàn thân

- Theo dõi trạng thái toàn thân, mạch, nhiệt độ, huyết áp…sau thay băng chặt chẽ, kịp thời phát hiện trạng thái sốc, đe dọa sốc để xử lý.

- Người bệnh choáng, ngất trong và sau thay băng: Tạm dừng thay băng, đặt nằm chỗ thoáng, mát, cho thở oxy, thuốc trợ tim. Khi người bệnh tỉnh, trở lại trạng ổn định cho phép mới thay băng tiếp.

- Theo dõi tác dụng phụ của thuốc giảm đau toàn thân hoặc theo dõi chung sau gây mê để xử trí kịp thời như tình trạng ngừng thở ngừng tim, nôn…

Trẻ sau thay băng, gây mê thay băng ở nhóm này có thể gặp nôn trớ, nguy cơ gây suy hô hấp. Đặt trẻ nằm ngửa, đầu nghiêng về 1 bên. Lau hút sạch đờm dãi, trợ hô hấp, thở oxy, nếu cần đặt nội khí quản bóp bóng hay thở máy hỗ trợ. Khi trẻ tỉnh, trở lại trạng ổn định cho phép mới thay băng tiếp.

- Tình trạng đau đớn sau thay băng như kêu đau, rét run hoặc sốt cao: tiếp tục dùng giảm đau, ủ ấm, hạ sốt…

1. 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.

70. THAY BĂNG ĐIỀU TRỊ VẾT BỎNG DƯỚI 10% DIỆN TÍCH CƠ THỂ Ở TRẺ EM

I. KHÁI NIỆM

1. Mục đích của công tác thay băng

- Làm sạch vết bỏng, loại bỏ dịch, mủ ứ đọng, cắt lọc hoại tử hoặc chuẩn bị nền ghép da, ... để hỗ trợ cho vết bỏng nhanh liền.

- Sử dụng các thuốc điều trị tại chỗ: chống nhiễm khuẩn, kích thích hình thành mô hạt và tạo điều kiện tốt cho việc biểu mô hóa liền vết bỏng.

- Bổ sung chẩn đoán diện tích, độ sâu và theo dõi diễn biến tại vết bỏng.

2. Yêu cầu công tác thay băng

- Đảm bảo vô khuẩn, chống lây chéo, nhẹ nhàng 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.

3. Trẻ bị bỏng dưới 10% diện tích cơ thể thuộc nhóm bỏng mức độ nhẹ và vừa, vẫn có thể có diễn biến nặng.

II. CHỈ ĐỊNH

1. Thay băng vết thương bỏng mới để xử trí kỳ đầu.

2. Thay băng điều trị người bệnh bỏng thường kỳ, tùy theo tình trạng vết thương mà quyết định áp dụng liệu pháp thay băng:

- Vết thương ô nhiễm nặng (nhiều dịch, mủ,...): Thay băng ngày 2 lần hoặc hàng ngày.

- Vết bỏng ít ô nhiễm (sạch, ít tiết dịch): thay băng cách ngày.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Đang có các dấu hiệu đe dọa chức năng sống như suy hô hấp, trụy tim mạch, shock.. (cần ưu tiên hồi sức tổng hợp, khi kiểm soát cơ bản được chức năng sống tiến hành thay băng).

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

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

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

2. Phương tiện

2.1. Dụng cụ

Mỗi người bệnh cần thay băng theo khẩu phần riêng, bao gồm cơ bản:

- Khay quả đậu, bông, băng, gạc, vải vô khuẩn.

- 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.

2.2. Thuốc thay băng bỏng

- Các dung dịch sát khuẩn dùng để rửa vết bỏng: Dung dịch Natriclorid 0,9%; dung dịch becberin 1%; dung dịch PVP iodine 10%, ngoài ra có thể dùng dung dịch acid boric 2-4%; nitrat bạc 0,5%,…

- Các thuốc bỏng dùng tại chỗ:

Thuốc có tác dụng kháng khuẩn: Các thuốc có chứa silver sulfadiazin (SSD) 1%, thuốc chứa bạc như nitrat bạc hoặc chứa bạc kích thước nano, thuốc acid boric; thuốc kháng sinh dùng ngoài... Các thuốc nam có tác dụng kháng khuẩn như mỡ Maduxin; mỡ Eupoline; cream berberin,...

Thuốc tăng cường quá trình tái tạo, biểu mô hóa như Biafine; cream Dampomade; mật ong, cream rau má, nghệ (cream nghệ...); thuốc chứa các yếu tố tăng trưởng (các GF: growth factor), thuốc tạo môi trường ẩm như Vaseline; thuốc chứa corticoid, chứa các yếu tố cần thiết cho liền vết thương như oxyd kẽm...

Các thuốc tạo màng che phủ vết bỏng mới như B76 (theo quy trình riêng).

Các thuốc hoặc vật liệu giúp cầm máu tại chỗ như spongel, dung dịch adrenalin...

- Các vật liệu thay thế da tạm thời: da đồng loại; da dị loại (trung bì da lợn; da ếch…); các tấm tế bào nuôi cấy (tấm nguyên bào sợi…); màng collagen; các vật liệu sinh học và tổng hợp khác… Các băng vết thương có thuốc: vật liệu nano, các băng vết thương vật liệu hydrocoloid…

Việc sử dụng các thuốc và vật liệu do bác sỹ chỉ định theo tính chất vết thương.

3. Người bệnh

- Giải thích động viên người bệnh

- Dặn người bệnh nhịn ăn trước 6 giờ nếu phải gây mê.

- Thử phản ứng thuốc (nếu cần)

- Kiểm tra mạch, nhiệt độ, huyết áp, tình trạng hô hấp…

4. 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 phỏng: nếu vòm nốt phỏng còn nguyên vẹn, chưa bị nhiễm khuẩn: trích rạch, cắt thủng nốt phỏng, tháo bỏ dịch nốt phỏng, cố gắng giữ lại vòm nốt phỏng, sau đó băng ép lại. Nếu nốt phỏng đã nhiễm khuẩn: cắt bỏ, tháo dịch nốt phỏng.

Trong khi thay băng, nếu chảy máu: đắp gạc tẩm nước muối ấm hoặc tẩm dung dịch adrenalin 1/200.000, hoặc bằng các biện pháp như đốt điện, thắt buộc mạch máu...

Rửa lại vết bỏng bằng dung dịch sát khuẩn. Thấm khô.

- Bước 3: Sử dụng thuốc tại chỗ vết bỏng

Căn cứ vào diễn biến, tình trạng vết thương mà người bác sỹ sẽ quyết định sử dụng thuốc điều trị tại chỗ tổn thương bỏng.

Điều dưỡng vô trùng chuẩn bị các thuốc hoặc vật liệu thay thế da dùng tại chỗ. Sau khi đã làm sạch vết bỏng, sử dụng thuốc tại chỗ vết bỏng theo một trong các cách sau:

+ Bôi thuốc trực tiếp lên vết bỏng một lớp đủ dày, kín hết vùng tổn thương bỏng, sau đó đắp một lớp gạc vô trùng bên ngoài. Nên đắp tiếp một lớp gạc tẩm vaseline bên ngoài lớp gạc trong cùng. Sau đó đắp vài lớp gạc vô trùng theo kiểu lợp ngói (độ dày của gạc tùy thuộc tình trạng dịch xuất tiết, mủ vết thương, thường từ 4-6 lớp gạc).

+ Tẩm thuốc vào một lớp gạc rồi đắp lên vết bỏng sao cho mép các tấm gạc chồng một phần lên nhau; đắp một lớp gạc tẩm vaseline chồng lên lớp gạc thuốc; đắp vài lớp gạc vô trùng theo kiểu lợp ngói (độ dày của gạc tùy thuộc tình trạng dịch xuất tiết, mủ vết thương, thường từ 4-6 lớp gạc).

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

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

Đắp một lớp gạc 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 (2-4-6 lớp) gạc khô ngoài cùng theo kiểu lợp ngói.

- Bước 4: Băng vết bỏng, đưa người bệnh về giường và theo dõi sau thay băng

Điều dưỡng giúp ngoài băng lại vết bỏng bằng băng cuộn hoặc băng lưới, không băng quá chặt làm ảnh hưởng đến lưu thông tuần hoàn của người bệnh.

Đưa người bệnh về giường, kiểm tra lại các chỉ số hô hấp, mạch, nhiệt độ, huyết áp của người bệnh và bàn giao cho điều dưỡng buồng bệnh.

Lưu ý:

- Trong các thì thay băng vô trùng cần tiến hành theo nguyên tắc: thay băng vùng bỏng ở đầu mặt cổ trước, tiếp đến chi thể và thân, sau cùng là vùng 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).

IV. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Toàn thân

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

- Người bệnh choáng, ngất trong và sau thay băng: Tạm dừng thay băng, đặt nằm chỗ thoáng, mát, cho thở oxy, thuốc trợ tim. Khi người bệnh tỉnh, trở lại trạng ổn định cho phép mới thay băng tiếp.

- Theo dõi tác dụng phụ của thuốc giảm đau toàn thân hoặc theo dõi chung sau gây mê để xử trí kịp thời như tình trạng ngừng thở ngừng tim, nôn…

Trẻ sau thay băng, gây mê thay băng ở nhóm này có thể gặp nôn trớ, nguy cơ gây suy hô hấp. Đặt trẻ nằm ngửa, đầu nghiêng về 1 bên. Lau hút sạch đờm dãi, trợ hô hấp, thở oxy, nếu cần đặt nội khí quản bóp bóng hay thở máy hỗ trợ. Khi trẻ tỉnh, trở lại trạng ổn định cho phép mới thay băng tiếp.

- Tình trạng đau đớn sau thay băng như kêu đau, rét run hoặc sốt cao: tiếp tục dùng giảm đau, ủ ấm, hạ sốt…

2. Tại chỗ

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

71. THAY BĂNG VÀ CHĂM SÓC VÙNG LẤY DA

I. KHÁI NIỆM

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

1.Vùng lấy một phần lớp da: da mỏng, da trung bình

2. 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

1. 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).

2. Phương tiện

2.1. 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.

2.2. 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 2-4%; 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…

3. Người bệnh

- Giải thích động viên người bệnh

- Dặn người bệnh nhịn ăn trước 6 giờ nếu phải gây mê.

- Thử phản ứng thuốc (nếu cần)

- Kiểm tra mạch, nhiệt độ, huyết áp, tình trạng hô hấp…

4. 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. Vùng lấy một phần lớp da (sau phẫu thuật ghép da mảnh mỏng hoặc trung bình)

1.1. Ngay sau phẫu thuật lấy da

- Băng ép cầm máu sau phẫu thuật, nếu còn chảy máu thì băng ép bổ sung (với áp lực khoảng 28-30mmHg).

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.

1.2. 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 2-3 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.

Sâu đó, nhẹ nhàng lấy bỏ lớp gạc trên, thấm khô vết thương lần nữa bằng gạc khô vô khuẩn.

1.3. 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).

2. 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 2-3 ngày/lần như điều trị vết bỏng nông, cho đến khi khỏi.

- Cắt chỉ sau 7-12 ngày, cắt thưa; sau đó cắt toàn bộ tùy thuộc mức độ căng kéo của vết mổ.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TAI BIẾN

1. 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…

2. 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.

72. SỬ DỤNG THUỐC TẠO MÀNG ĐIỀU TRỊ VẾT THƯƠNG BỎNG NÔNG

I. KHÁI NIỆM

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

Kkhi 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 (24-72 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.
- Thuốc 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

1. Người thực hiện

- Kíp thay băng tối thiểu 3 người: 1 bác sĩ điều trị, 2 điều dưỡng chuyên khoa bỏng hay chấn thương (1 hữu trùng giúp ngoài, 1 vô trùng), được đào tạo.
- Kíp gây mê (nếu cần): Bác sỹ gây mê và kỹ thuật viên gây mê.

2. Phương tiện

2.1. Dụng cụ

Mỗi người bệnh cần thay băng theo khẩu phần riêng, bao gồm cơ bản:

- Khay quả đậu, bông, băng, gạc, vải vô khuẩn...
- 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.

2.2. 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 2-4%; 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

3. Người bệnh

- Giải thích động viên người bệnh
- Dặn người bệnh nhịn ăn trước 6 giờ nếu phải gây mê.
- Thử phản ứng thuốc (nếu cần)
- Kiểm tra mạch, nhiệt độ, huyết áp, tình trạng hô hấp…

4. 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 70^{O}.

- Bôi/ rắc thuốc tạo màng lên nền vết bỏng đã được rửa sạch, có thể bôi/rắc bổ xung lần 2 sau 30-60 phút. Thông thường màng thuốc sẽ khô sau 1-2 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 1-2 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

1. 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.

2. 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 phỏng, bản thân thuốc chứa tannin làm khô vết bỏng, do vậy sau khi dùng thuốc người bệnh đau tăng. Xử trí: giảm đau trong 1-2 ngày đầu, thậm chí phải gây mê.

3. Theo dõi và xử trí biến chứng toàn thân

- Theo dõi tình trạng phù nề: vùng bỏng được bôi/rắc thuốc tạo màng thường gây phù nề mạnh, đặc biệt trong 2-3 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

73. PHẪU THUẬT GĂM KIM KIRSCHNER TRONG GÃY POUTEAU COLLES

I. ĐẠI CƯƠNG

Gãy Pouteau Colles là loại gãy phổ biến ở người trưởng thành, định nghĩa là loại gãy đầu

dưới xương quay đường gãy cách khe khớp cổ tay 2 cm, đường gãy ngoại khớp có di lệch điển hình là đầu dưới xương quay lệch ra ngoài và lệch ra sau.

Đa số các trường hợp có thể điều trị bảo tồn nắn bó bột, hoặc phẫu thuật găm kim Kirschner cố định đều cho kết quả tốt.

Phẫu thuật phải tiến hành với màn huỳnh quang tăng sáng trong mổ.

II. CHỈ ĐỊNH

- Mỏm trâm quay di lệch lên cao, khoảng cách với mỏm trâm trụ nhỏ hơn 5mm (trên phim Xquang thẳng, bình thường khoảng cách này là 15mm).

- Đầu dưới di lệch mở góc ra sau trên 15^o.

- Nắn chỉnh kín thất bại.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Phẫu thuật viên là bác sĩ chuyên khoa chấn thương chỉnh hình đã được đào tạo.

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ kết hợp xương cho xương cẳng tay.

- Bộ kim Kirschner các cỡ, kìm cắt và kìm vặn.

- Máy Xquang có màn tăng sáng (C-arm) trong mổ.

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 (tổn thương động mạch quay, nhiễm trùng, tai biến do gây tê đám rối,…). 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. Vô cảm

Gây tê tại chỗ, gây tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc gây mê.

2. Kỹ thuật

- Tư thế người bệnh: nằm ngửa, tay gãy dạng đặt trên bàn nhỏ không cản quang.

- Nắn chỉnh ổ gãy với máy C-arm: người phụ nắm ngón tay cái theo trục xương quay, tay kia kéo 4 ngón nghiêng về phía trụ, kéo ghì gấp nhẹ cổ tay. Người nắn chính nắn ấn đầu dưới ra trước vào trong, kiểm tra với C-arm nếu đạt về giải phẫu thì người phụ giữ cố định không kéo.

- Xuyên chéo hai kim Kirschner từ mỏm trâm quay qua ổ gãy găm vào vỏ xương cứng đầu trên. Bẻ cong đầu kim và cắt sát mặt da.

Có thể găm 2 hoặc 3 kim Kirschner cố định theo các cách sau:

+ Găm hai kim song song từ mỏm trâm quay chéo qua ổ gãy vào thành xương đối diện.

+ Găm hai kim chéo nhau từ sát đầu dưới chéo qua ổ gãy.

+ Găm một kim song song từ mỏm trâm quay chéo qua ổ gãy vào thành xương đối diện, một kim từ đầu dưới phía sau chéo qua ổ gãy ra phía trước.

+ Găm một kim song song từ mỏm trâm quay chéo qua ổ gãy vào thành xương đối diện, một kim từ trên mỏm trâm quay song song mặt khớp cố định khớp quay trụ dưới với những trường hợp có mất vững khớp.

- Sát trùng và băng vô khuẩn.

- Bó bột cẳng bàn tay rạch dọc.

V. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi

2.1. Mạch, nhịp thở, nhiệt độ, toàn trạng.

2.2. Tình trạng đầu chi: sưng nề, tím tái, tê bì,…

2.3. Kháng sinh, giảm đau.

2.4. Gác tay cao, tập vận động nhẹ nhàng đầu ngón.

2. Xử trí

2.1. Chảy máu: cắt bột, cầm máu, băng ép.

2.2. Nhiễm khuẩn: nạo viêm, làm sạch, lấy kim Kirschner nếu cần.

Ghi chú:

- Với các cơ sở phẫu thuật chuyên ngành, có đủ trang thiết bị cần thiết và phẫu thuật viên có kinh nghiệm có thể tiến hành kỹ thuật, mang lại hiệu quả cao.

- Sau phẫu thuật chỉ cần đặt nẹp bột, người bệnh được vận động sớm.

74. PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG ĐÒN

I. ĐẠI CƯƠNG

- Gãy xương đòn chủ yếu được điều trị bảo tồn.

- Tỷ lệ liền xương cao (trên 90%).

II. CHỈ ĐỊNH PHẪU THUẬT

1. Không liền xương.

2. Gãy có biến chứng: gãy xương hở, có tổn thương thần kinh, mạch máu.

3. Gãy đầu ngoài xương đòn, di lệch như ở trật khớp cùng-đòn, điều trị bảo tồn không kết quả.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Gãy ít lệch.

2. Gãy ở người già, trẻ em.

3. Đang mắc bệnh nhiễm trùng khác

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên thành thạo trong phẫu thuật kết hợp xương đòn bằng đinh Kirschner hoặc nẹp vít.

2. 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…

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

- Hồ sơ bệnh án: đầy đủ các xét nghiệm, phim X quang khớp vai, ký cam đoan mổ

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm

Gây mê nội khí quản

2. Tư thế

Người bệnh nằm ngửa, độn cao vai cùng bên với gãy xương đòn, bộc lộ rõ vùng cổ, vai và xương đòn.

3. Kỹ thuật đóng đinh xương đòn

- Đường rạch: là một đường ngang, sát bờ trên xương đòn, dài khoảng 5- 8 cm.

- Bóc tách phần mềm

- Bộc lộ ổ gãy của xương.

- Dùng kìm giữ xương nâng các đầu gãy của xương đòn lên, luồn đinh Kirschner vào ống tủy và khoan thủng ra đầu ngoài. Nắn các đầu diện gãy với nhau và đóng đầu đinh ngược vào đầu trong, sâu 3 - 4 cm.

- Bẻ quặp đầu ngoài của đinh 90^o (tránh đinh chui sâu vào trong lồng ngực về sau)

- Cầm máu kỹ và phục hồi phần mềm

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1.Theo dõi

- Chảy máu: nguy hiểm nhất là tai biến vào mạch máu dưới đòn, vì thế động tác hết sức nhẹ nhàng, phẫu tích vào xương đòn luôn luôn đi sát bờ trên.
- Tràn khí màng phổi do đầu xương chọc vào màng phổi: có hội chứng tràn khí màng phổi
- Chụp Xquang kiểm tra sau mổ
- Kháng sinh 3 - 5 ngày.
- Băng Desault bất động xương đòn 2 tuần

2. Xử trí

- Cầm máu kỹ vết mổ.
- Dẫn lưu màng phổi nếu có hội chứng tràn khí màng phổi
- Chăm sóc và theo dõi nhiễm trùng vết mổ.

75. PHẪU THUẬT TRẬT KHỚP CÙNG VAI - 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 điều tri 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 PHẪU THUẬT

Trật khớp độ 4 - 7.

III. CHỐNG CHỈ ĐINH

- 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

2. 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
- Hồ sơ bệnh án: đầy đủ các xét nghiệm, phim X quang khớp vai, ký cam đoan mổ

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm

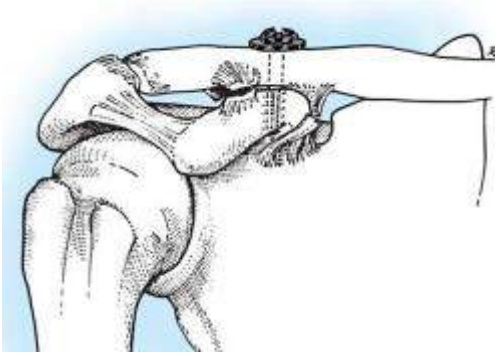
Gây mê nội khí quản

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 trước, 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 với mỏm quạ bằng vít xốp hoặc vít xương
- Khâu lại dây chằng quạ đòn với dây chằng quạ mỏm cùng vai bằng chỉ không tiêu.
- Cầm máu kỹ và phục hồi phần mềm



Hình. Phương pháp Bosworth cải tiến

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi

- Chụp Xquang kiểm tra sau mổ
- Kháng sinh 3 - 5 ngày.
- Băng Desault bất động vai 1 - 2 tuần

2. Xử trí

- Cầm máu kỹ vết mổ.
- Chăm sóc và theo dõi nhiễm trùng vết mổ.

76. NẮN GĂM KIM KIRSCHNER TRONG GÃY POUTEAU - COLLES (P - C)

I. ĐẠI CƯƠNG

- Gãy đầu dưới xương quay rất phổ biến ở phòng cấp cứu. Hay gặp ở trẻ lớn và người già, ở người già nữ thì nữ chiếm 2/3.

- Gãy đầu dưới xương quay di lệch được điều trị bằng nắn và bất động bột là chủ yếu. Bột được bó đến dưới khuỷu và giữ liên tục 4 - 6 tuần.

- Vấn đề phẫu thuật đặt ra khi người bệnh đến muộn can lệch ảnh hưởng lớn tới chức năng cơ bàn tay.

II. CHỈ ĐỊNH

- Gãy Pouteau - Colles đến muộn.
- Gãy Pouteau - Colles nắn không có kết quả.
- Gãy mở Pouteau - Colles.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Có viêm nhiễm phần mềm tại nơi gãy xương.
- Rối loạn dinh dưỡng nặng do gãy xương, do xoa đắp lá thuốc Đông y.
- Có bệnh toàn thân nặng cần điều trị ổn định.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Phẫu thuật viên là bác sĩ chuyên khoa chuyên ngành chấn thương chỉnh hình.

2. Phương tiện: Khoan xương, kim Kirschner các cỡ.

3. Người bệnh: Vệ sinh toàn thân, tại chỗ.

4. Hồ sơ bệnh án: Theo quy định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm

Gây mê nội khí quản hoặc đám rối thần kinh.

2. Phẫu thuật kết xương

- Rạch da phía đầu dưới xương quay.
- Tách cân cơ theo lớp giải phẫu.
- Chú ý tránh nhánh cảm giác thần kinh quay ở nông dưới da.

- Bộc lộ hai diện gãy xương quay.
- Nắn di lệch.
- Găm kim Kirchsner từ mỏm trâm quay và phía sau trong xương quay.
- Kiểm tra độ vững.
- Cắt ngắn kim dưới da.
- Khôi phục phần mềm theo lớp giải phẫu.

VI. ĐIỀU TRỊ SAU PHẪU THUẬT

- Có thể bột hoặc nẹp bột cẳng bàn tay sau phẫu thuật.
- Rút dẫn lưu sau 48 giờ.
- Kháng sinh dùng từ 5 - 7 ngày.
- Rút đinh Kirchsner sau 6 - 8 tuần
- Tập phục hồi chức năng tại cơ sở.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Với gãy hở đề phòng nguy cơ nhiễm khuẩn
- Với những trường hợp can lệch thì chú ý máu tụ lớn sau mổ, cần dẫn lưu.

77. PHẪU THUẬT GIẢI PHÒNG CHÈN ÉP THẦN KINH GIỮA TRONG HỘI CHỨNG ỐNG CỔ TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

Hội chứng ống cổ tay là một bệnh thường gặp ở đa số các phụ nữ tuổi từ 46 - 60. Bệnh làm đau tê khó chịu ở bàn tay do vậy giảm khả năng làm việc và ảnh hưởng rõ rệt trong cuộc sống sinh hoạt. Phẫu thuật giải ép thần kinh giữa là một lựa chọn cần thiết khi có chỉ định. Phẫu thuật đơn giản dễ làm có thể thực hiện tại tuyến cơ sở kết quả sau mổ người bệnh bớt đau tê rõ rệt sớm trả lại chức năng làm việc cho bàn tay.

II. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh đau tê bàn tay kéo dài đã điều trị tiêm thuốc chống viêm và đặt nẹp bột hạn chế vận động cổ tay từ 4 - 6 tuần, không hiệu quả.
- Người bệnh đau tê bàn tay nhiều lần/ngày.
- Nghi ngờ có u bao thần kinh hoặc u mỡ chèn ép cổ tay.
- Hội chứng ống cổ tay do gãy đầu dưới xương quay can lệch kết hợp xương và giải ép thần kinh trong ống cổ tay thì có kết quả tốt.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có bệnh toàn thân nặng.
- Tại vùng cổ tay có viêm nhiễm phù nề.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Phẫu thuật viên là bác sĩ khoa chấn thương chỉnh hình đã đào tạo cơ bản về phẫu thuật bàn tay.

2. Phương tiện: Dụng cụ mổ thông thường.

3. Người bệnh: Vệ sinh toàn thân, tại chỗ.

4. Bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

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

2. Đường mổ: Đường mổ đủ dài để kiểm soát được ống cổ tay và dây chằng vòng cổ tay. Một số phẫu thuật viên đi đường mổ theo nếp gấp ô mô cái không qua nếp gấp cổ tay để tránh sẹo gây đau sau mổ.

- Bóc tách phần mềm, lưu ý tránh nhánh cảm giác dây thần kinh giữa. Đa số cắt dây chằng

vòng cổ tay là đủ giải ép thần kinh giữa. Tuy nhiên, một số trường hợp thần kinh giữa bị xơ hóa teo hẹp thì việc bóc tách vỏ thần kinh phải được thực hiện với dụng cụ vi phẫu.

- Cầm máu kỹ vết thương.

- Đặt 01 ống dẫn lưu.

VI. ĐIỀU TRỊ SAU PHẪU THUẬT

- Sau mổ có thể đặt nẹp hoặc không cần đặt nẹp.

- Tập phục hồi chức năng nhẹ vùng cổ tay.

- Dùng kháng sinh 5 - 7 ngày.

- Rút dẫn lưu sau 48 giờ.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Nguy cơ nhiễm khuẩn ít xảy ra.

- Bóc tách rộng rãi phần mềm gây phù nề chảy máu tại chỗ. Cần lưu ý khi bóc tách thần kinh giải ép.

78. KỸ THUẬT GĂM KIM KIRSCHNER ĐIỀU TRỊ GẪY ĐỐT BÀN NHIỀU ĐỐT BÀN

I. ĐẠI CƯƠNG

- Gãy xương đốt bàn ngón tay di lệch, gấp góc điển hình là gồ xương về phía mu tay do các cơ liên cốt co kéo. Nhờ có các dây chằng liên đốt bàn ngăn cản nên ngắn xương thường không nhiều, các đốt bàn ngón 2 và 5 thì di lệch ngắn xương nhiều hơn do không có dây chằng liên cốt bàn giữ ở hai bên. Sau gãy xương đốt bàn ngắn đi làm giảm sức duỗi của ngón tay.

- Gãy xương đốt bàn được chia thành gãy cổ, thân và nền đốt bàn.

II. CHỈ ĐỊNH

- Gãy xương đốt bàn ngón tay di lệch nhiều.

- Can lệch, can xấu của xương đốt bàn ngón tay gây ảnh hưởng đến chức năng bàn tay.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có chống chỉ định của phẫu thuật nói chung: bệnh máu…

- Nhiễm khuẩn bàn tay tiềm tàng.

IV. CHUẨN BỊ

- Người thực hiện: Phẫu thuật viên phải hiểu và nắm được những nguyên tắc cơ bản của phẫu thuật bàn tay.

- Phương tiện và dụng cụ: Bộ dụng cụ phẫu thuật bàn tay chuyên dụng, kim Kirschner các cỡ, khoan tay hay khoan điện, kìm cắt, kìm vặn và kim chỉ khâu chuyên dụng.

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

- Người bệnh phải có hồ sơ bệnh án đầy đủ, có đủ các xét nghiệm cơ bản và phim chụp X quang cần thiết cho một cuộc phẫu thuật.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

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

2. Kỹ thuật

- Ga rô gốc chi

- Rạch da: Đi mặt mu, ở đường bên của vùng đốt bàn, tách gân duỗi sang bên.

- Bộc lộ ổ gãy.

- Lấy hết máu tụ và tổ chức kẹt trong diện gãy.

- Nắn xương thẳng trục.

- Dùng khoan và kim Kirschner cỡ nhỏ khoan từ chỏm (vị trí của lồi cầu trong và ngoài).

- Kiểm tra độ vững của diện gãy và vận động của các khớp liền kề xương gãy.

- Cầm máu kĩ và khâu phục hồi lại giải phẫu phần mềm.

VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU PHẪU THUẬT

- Theo dõi toàn trạng, các dấu hiệu sinh tồn, tại chỗ vết mổ.
- Điều trị kháng sinh, giảm đau, chống nề.
- Gác tay cao.

79. PHẪU THUẬT VIÊM TẤY BÀN TAY KỂ CẢ VIÊM BAO HOẠT DỊCH

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

Viêm tấy bàn tay đã hóa mủ.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Viêm tấy đang lan tỏa, chưa hóa mủ.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

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

2. Phương tiện và dụng cụ

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

3. Người bệnh

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

4. Hồ sơ bệnh án

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

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

2. Kỹ thuật

- Sát trùng rộng rãi.
- Ga rô gốc chi, không dồn máu.
- Chín mé: Rạch hai bên ngón, mở hết các khoang, cắt hết các vách xơ, cắt lọc tổ chức hoại tử và làm sạch, dẫn lưu bằng gạc, để da hở.
- Viêm mủ quanh móng: Rạch tháo mủ, cắt bỏ tổ chức phần mềm phủ lên gốc móng, có thể cắt một phần móng để dẫn lưu mủ.
- Viêm tấy sâu kẽ ngón: Rạch dọc hai đường phía trước và phía sau thông nhau để dẫn lưu mủ.
- Áp xe khoang giữa bàn tay: Rạch da theo nếp gấp của gan tay, dẫn lưu mủ theo khoang.
- Viêm khoang mô cái: Rạch tháo mủ bằng hai đường thông nhau, một ở gan tay và một ở mu tay.
- Viêm mủ bao hoạt dịch gân gấp ngón 2, 3, 4: Rạch tháo mủ theo trục của ngón, đường rạch hơi lệch ra sau để tránh mạch máu và thần kinh, rạch theo đường thẳng hay đường zic - zắc, đường rạch các ngón 2, 3, 4 ở phía bờ trụ, đường rạch ngón 1, 5 ở phía bờ quay. Đường rạch da là đường rạch liên tục, đường rạch bao hoạt dịch là đường rạch gián đoạn, để lại các dây chằng vòng, cắt lọc bao gân và bao hoạt dịch bị viêm, để da hở.
- Viêm mủ bao hoạt dịch gân gấp ngón 1 và bao hoạt dịch quay: Rạch mở bao gân ở cổ tay và nếp ô mô cái.

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

- Cầm máu kỹ, để da hở để dẫn lưu mủ.

- Bất động nẹp bột sau phẫu thuật

VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC SAU MỔ

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

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

- Điều trị chống viêm, chống nề.

- Gác tay cao.

- Thay băng hằng ngày.

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

80. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ GÃY XƯƠNG ĐỐT NGÓN TAY BẰNG KIM KIRSCHNER HOẶC NẸP VÍT

I. ĐẠI CƯƠNG

Khi xương toàn vẹn thì các cơ mới thăng bằng, chức năng bằng tay mới tốt. Gãy xương đốt ngón tay di lệch gây ảnh hưởng đến chức năng gấp và duỗi ngón tay.

II. CHỈ ĐỊNH

- Gãy xương đốt ngón tay di lệch nhiều.

- Can lệch, can xấu của xương đốt ngón tay gây ảnh hưởng đến chức năng bàn tay.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có chống chỉ định của phẫu thuật nói chung: bệnh máu…

- Nhiễm khuẩn bàn tay tiềm tàng.

IV. CHUẨN BỊ

- Người thực hiện: Phẫu thuật viên phải hiểu và nắm được những nguyên tắc cơ bản của phẫu thuật bàn tay.

- Phương tiện và dụng cụ: Bộ dụng cụ phẫu thuật bàn tay chuyên dụng, kim Kirschner các cỡ, khoan tay hay khoan điện, kìm cắt, kìm vặn, nẹp vít nhỏ các loại và kim chỉ khâu chuyên dụng.

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

- Người bệnh phải có hồ sơ bệnh án đầy đủ, có đủ các xét nghiệm cơ bản và phim chụp X quang cần thiết cho một cuộc phẫu thuật.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm

Gây tê đám rối hoặc gây mê toàn thân.

2. Kỹ thuật

- Ga rô gốc chi

- Rạch da: Đi mặt mu, ở đường bên của vùng đốt bàn, tách gân duỗi sang bên.

- Bộc lộ ổ gãy.

- Lấy hết máu tụ và tổ chức kẹt trong diện gãy.

- Nắn xương thẳng trục.

- Dùng khoan và kim Kirschner cỡ nhỏ khoan từ chỏm đốt bàn (vị trí của lồi cầu).

Hoặc dùng nẹp vít cỡ nhỏ cố định xương gãy, ít nhất ở phía trên và phía dưới ổ gãy phải được 2 vít.

- Kiểm tra độ vững của diện gãy và vận động của các khớp liền kề ổ gãy.

- Cầm máu kĩ và khâu phục hồi lại giải phẫu phần mềm.

VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU PHẪU THUẬT

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

- Điều trị kháng sinh, giảm đau, chống nề.
- Gác tay cao.

81. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ NGÓN TAY CÒ SÚNG

I. ĐẠI CƯƠNG

- Ngón tay cò súng hay còn gọi là ngón tay lò xo là bệnh lý do viêm hẹp dây chằng vòng A1 của gân gấp ngón tay gây nên.
- Thường gặp ở ngón 1, ít gặp hơn ở các ngón khác.
- Bệnh có thể bẩm sinh hoặc mắc phải.

II. CHỈ ĐỊNH

- Ngón tay cò súng gây ảnh hưởng đến chức năng của bàn tay (gây đau khi gấp duỗi ngón), không đáp ứng với điều trị nội.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh đang có nhiễm trùng ở bàn tay.
- Người bệnh còn quá nhỏ (dưới 24 tháng)

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

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

2. Phương tiện và dụng cụ

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

3. Người bệnh

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

4. Hồ sơ bệnh án

Đầy đủ, có đủ các xét nghiệm cơ bản cần thiết cho một cuộc phẫu thuật.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm

Gây tê tại chỗ, gây tê đám rối hoặc gây mê nội khí quản.

2. Kỹ thuật

- Dồn máu kỹ về phía gốc chi, đặt ga rô gốc chi.
- Rạch da: Ngang mức dây chằng vòng A1, tôn trong các nếp gấp tự nhiên của bàn tay.
- Bộc lộ dây chằng vòng A1, kiểm tra thấy dây chằng vòng A1 viêm dầy, thắt nghẹt gân gấp. Chú ý không làm tổn thương các nhánh thần kinh.
- Cắt dây chằng vòng A1, kiểm tra vận động của ngón tay.
- Khâu vết mổ theo giải phẫu.

VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC SAU MỔ

- Theo dõi toàn trạng, dấu hiệu sinh tồn, tình trạng vết mổ.
- Điều trị kháng sinh dự phòng.
- Hướng dẫn tập vận động ngay sau mổ.

82. CẮT LỌC TỔ CHỨC HOẠI TỬ

I. ĐẠI CƯƠNG

Hoại tử tổ chức sau chấn thương hoặc vết thương thường gặp. Việc XỬ TRÍ tổ chức hoại tử đóng vai trò quan trọng, giúp cho việc liền thương phần mềm cũng như liền xương về sau được thuận lợi.

II. CHỈ ĐỊNH

- Tổ chức phần mềm hoại tử

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tình trạng toàn thân chưa cho phép

IV. CHUẨN BỊ

- Bộ dụng cụ cắt lọc: dao mổ, kéo, pince các loại, farabeuf,…
- Dao điện
- Garo hơi hoặc garo chun

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Gây tê vùng hoặc gây mê toàn thân
- Garo hơi áp lực 350 mmHg hoặc garo chun
- Sát trùng vùng mổ từ ngọn chi đến hết đoạn chi cần cắt lọc
- Cắt lọc mép da tiết kiệm
- Cắt lọc tổ chức phần mềm thận trọng, từ trung tâm ra ngoại vi vùng tổn thương, vừa cắt lọc vừa đánh giá, đảm bảo cắt lọc hết tổ chức hoại tử và giữ được tối đa tổ chức lành.
- Bơm rửa kỹ tổn thương với ôxy già, huyết thanh mặn pha betadin
- Che phủ các tổ chức cần che phủ như: xương, mạch máu, thần kinh, gân.
- Dẫn lưu nếu cần thiết
- Băng vùng tổn thương với gạc ướt, băng ép nhẹ

VI. THEO DÕI

- Toàn trạng
- Dẫn lưu nếu có
- Vận động cảm giác ngọn chi

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu: kiểm soát nguồn chảy máu, thắt mạch và buộc bằng chỉ không tiêu hoặc tiêu chậm: lin, ethilon, vicryl

83. GHÉP DA DÀY TOÀN BỘ

I. ĐẠI CƯƠNG

Thương tổn mất da thường gặp, việc che phủ lại tổ chức khi mất da là cần thiết, để đảm bảo tính thẩm mỹ, sự dễ chịu cho người bệnh. Ghép da dày toàn bộ là 1 trong các biện pháp che phủ khi mất tổ chức bên cạnh các kỹ thuật vá da mỏng hoặc chuyển vạt da có cuống, …

II. CHỈ ĐỊNH

- Tổn thương mất da ở những vùng có nguy cơ va chạm nhưng không tỳ đè.
- Tổn thương không quá lớn.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tổn thương mất tổ chức có lộ xương
- Tổn thương quá rộng

IV. CHUẨN BỊ

Dụng cụ phẫu thuật cơ bản

- Dao điện
- Nước muối sinh lý

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Gây tê tại chỗ, gây tê vùng hoặc gây mê toàn thân
- Sát trùng vị trí lấy da: vùng bẹn, mặt trong cẳng tay
- Xác định vị trí và kích thước lấy da
- Dùng dao mổ rạch da cho đến hết lớp da, bắt đầu đến tổ chức dưới da thì dừng lại. Bóc tách lấy phần da đã được rạch.

- Cầm máu bằng dao điện diện bóc tách.
- Tùy theo vị trí có thể khâu trực tiếp mép da của vùng lấy da hoặc vá da mỏng.
- Làm sạch vị trí nhận da ghép bằng cồn trắng và bằng nước muối sinh lý thước
- Đặt miếng da ghép lên vùng ghép da, chỉnh sửa lại cho phù hợp về kích
- Khâu các mép của miếng da ghép bằng chỉ Ethilon số 4.0.
- Ép diện da ghép đã được cố định bằng cuộn gạc, băng ép đều tay.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi toàn trạng và các biến chứng của gây mê, gây tê
- Theo dõi diện da vá để đánh giá sức sống của diện da vá

84. NÉO ÉP HOẶC BUỘC VÒNG CHỈ THÉP XƯƠNG BÁNH CHÈ

I. ĐẠI CƯƠNG

Gãy xương bánh chè là gãy xương vừng lớn nhất cơ thể; có thể nguyên nhân trực tiếp hoặc gián tiếp.

II. CHỈ ĐỊNH

- Gãy xương bánh chè di lệch (ổ gãy cách xa trên 4mm).
- Gãy xương bánh chè có di lệch mặt sau (trên 2 mm)

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Gãy không lệch hoặc ít lệch.
- Gãy xương bánh chè trong bao.

IV. CHUẨN BỊ

- Kíp phẫu thuật viên và phụ mổ.
- Kíp gây mê.
- Dụng cụ: 2 kim Kirchner, chỉ thép liền kim 1mm.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Gây mê toàn thân hoặc gây tê tủy sống, ngoài màng cứng.
- Sát trùng toàn bộ vùng chi.
- Trải toan vô khuẩn.
- Garo gốc chi.
- Rạch 10 - 15cm dọc mặt trước gối.
- Bộc lộ ổ gãy xương bánh chè, lấy hết máu tụ ổ gãy và trong khớp:

+ Nếu gãy đôi ngang hoặc không phức tạp nên néo ép bánh chè; đặt lại diện gãy xương bánh chè xuyên 2 kim Kirchner song song theo trục xương bánh chè (1,8mm - 2,2mm); mở cánh ngoài xương bánh chè kiểm tra diện khớp mặt sau; néo ép chỉ thép số 8 mặt trước xương bánh chè; khâu phục hồi cánh bên bánh chè, đặt dẫn lưu, da thưa, băng ép; không cần bất động bột, tập vận động sau 5 - 7 ngày.

+ Nếu xương bánh chè vỡ nhiều mảnh và di lệch lớn, đặt lại các mảnh vỡ (có thể găm kim theo thương tổn); buộc vòng chỉ thép xung quanh xương bánh chè, néo ép mặt trước xương bánh chè bằng chỉ thép hình số 8 xuyên qua một phần gân bánh chè và gân tứ đầu đùi, phục hồi cánh bên; kiểm tra mặt sau xương bánh chè bằng đường mở cánh bên ngoài xương bánh chè; phục hồi cánh bên, dẫn lưu, da thưa; bất động ống bột rạch dọc 4 tuần.

VI. ĐIỀU TRỊ SAU PHẪU THUẬT

- Gác chân nẹp Braun.
- Kháng sinh toàn thân 5 - 7 ngày.
- Giảm viêm, giảm phù nề, giảm đau.
- Cắt chỉ sau 2 tuần.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu sau mổ: thường băng ép là hết
- Nhiễm trùng: chú ý thay băng hàng ngày, thay hoặc tăng liều kháng sinh
- Chậm liền xương bánh chè.
- Hạn chế vận động khớp gối sau mổ: tập vận động sớm, có thể phải mổ gỡ dính gối sau này

85. CHỌC HÚT MÁU TỤ KHỚP GỐI

I. ĐẠI CƯƠNG

- Là một chấn thương nặng ở khớp gối có chảy máu trong khớp.
- Thường có thương tổn bao khớp gối; sụn chêm ngoài hoặc trong; tổn thương dây chằng chéo trước hoặc sau; tổn thương dây chằng bên ngoài, trong.

II. CHỈ ĐỊNH

- Chấn thương mới.
- Máu tụ trong khớp gối nhiều.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Vết thương khớp gối hở.
- Nguy cơ nhiễm trùng vùng gối.

IV. CHUẨN BỊ

- Bộ dụng cụ tiểu phẫu chọc hút gối.
- Băng gạc toan vô khuẩn.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Sát trùng vùng gối.
- Gây tê mặt ngoài khớp gối.
- Chọc hút với bơm tiêm vô trùng (20ml) và kim to, xuyên kim ra mặt sau xương bánh chè và chọc hút máu tụ.
- Băng vô khuẩn khớp gối.
- Bất động ống bột rạch dọc (để từ 2 - 5 tuần).

VI. ĐIỀU TRỊ SAU PHẪU THUẬT

- Gác chân cao.
- Kháng sinh, giảm đau, giảm phù nề.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu tiếp tục - hút lại máu tụ.
- Nhiễm trùng - điều kiện vô khuẩn kém: tăng liều hoặc thay kháng sinh

86. TẠO HÌNH CÁC VẠT DA CHE PHỦ TRƯỢT, XOAY

I. ĐẠI CƯƠNG

- Các vạt da trượt, xoay, dồn đẩy, các vạt xê dịch, vạt hoán vị là các vạt tổ chức tại chỗ và lân cận
- Mục đích: Che phủ các khuyết hổng phần mềm
- Bài này chỉ nói về các vạt da không có cuống mạch đi kèm
- Nguyên tắc chung khi chuyển vạt da cân là phải đảm bảo cấp máu cho toàn bộ vạt; an toàn nhất là chiều dài vạt/ chiều rộng vạt < 3/2, tối đa không vượt quá 2 lần.
- Khi khâu che phủ tổ chức, vạt da không được quá căng, dẫn đến hoại tử.

II. CHỈ ĐỊNH

- Các khuyết hổng phần mềm ở những vùng không cho phép vá da mỏng (vùng tì đè, vùng

khớp)

- Các khuyết hổng phần mềm mà tổ chức bên dưới không cho phép vá da mỏng như: lộ xương, lộ gân, lộ khớp, lộ mạch máu thần kinh.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Vùng có thể vá da mỏng được
- Tổ chức da định lấy làm vạt có khả năng nuôi dưỡng kém: Viêm loét, sùi, đụng dập...
- Nền nhận vạt còn viêm nhiễm, hoại tử, xương chưa được cố định tốt.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình và tạo hình

2. Phương tiện: Bộ dụng cụ phẫu thuật thông thường

3. Người bệnh

Chuẩn bị người bệnh như chuẩn bị người bệnh trước mổ thông thường

Chuẩn bị vùng mổ: Thay băng, làm vệ sinh vết thương từ ngày trước.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm người bệnh: Gây mê hoặc gây tê

2. Kỹ thuật

2.1. Làm sạch vùng khuyết hổng

- Sát khuẩn vùng mổ
- Cắt lọc và làm sạch da tại chỗ và xung quanh vết thương
- Làm sạch tổ chức dưới da, cơ, xương.
- Cầm máu kỹ

2.2. Bóc vạt để xoay

- Bóc tách xê dịch hai mép vết thương và đóng kín khuyết hổng
- Bóc vạt xê dịch (Xê dịch 1 - 2 vạt có chân nuôi ở một hoặc hai bên của vết thương): Rạch 1 hoặc 2 đường ở một hoặc hai bên và song song với khuyết da, bóc tách các vạt da đó và che phủ khuyết da ban đầu. Phần da khuyết sau khi lấy vạt (nếu có) sẽ được vá da mỏng về sau.
- Các vạt dồn đẩy kiểu V - Y: Rạch da hình chữ V, bóc tách, khâu dồn đẩy chóp da nhọn thành hình chữ Y đẩy vạt da đó lên cao để che khuyết hổng (hay dùng để che phủ các khuyết hổng vùng cùng cụt).
- Các vạt da xoay tại chỗ: Rạch da, bóc tách vạt và xoay tại chỗ để che phủ khuyết hổng.

- Chú ý:

+ Sau khi bóc vạt cần khâu vạt bằng các mũi rời

+ Bóc vạt da cần bóc cả lớp cân nông.

+ Cầm máu kỹ

+ Đặt dẫn lưu khi cần thiết

+ Bất động chi thể bằng bột

VI. ĐIỀU TRỊ SAU PHẪU THUẬT

- Theo dõi toàn trạng người bệnh, màu sắc vận động chi thể, dẫn lưu (nếu có), băng vết mổ phát hiện các biến chứng sau mổ: Chảy máu sau mổ, tổn thương mạch máu, thần kinh…và xử trí các tai biến nếu có
- Kháng sinh đường tiêm 5 - 7 ngày
- Thay băng vết mổ cách ngày, cắt chỉ sau 2 tuần.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu: Băng ép cầm máu nếu không được phải mở vết thương cầm máu
- Sau 48 giờ mở vết thương kiểm tra nếu có hiện tượng thiểu dưỡng vạt cần theo dõi sát, có thể phải cắt chỉ cách quãng
- Nhiễm khuẩn: Tách chỉ vết mổ, làm sạch, thay đổi kháng sinh, làm kháng sinh đồ để điều trị theo kháng sinh đồ.

- Hoại tử vạt: Cắt lọc, làm sạch để xoay vạt khác che phủ.

87. THÁO BỎ CÁC NGÓN CHÂN

I. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật cắt bỏ một phần nửa trước bàn chân, bỏ đi các ngón chân còn giữ lại các xương đốt bàn.

Phẫu thuật này chức năng của bàn chân còn lại tốt, ít ảnh hưởng đến sinh hoạt của người bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý mạch máu của bàn chân: Tắc mạch, hoại tử các ngón chân
- Cụt chấn thương, dập nát các ngón
- Bỏng làm hoại tử các ngón chân
- Nhiễm trùng làm hoại tử tổ chức các ngón

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tổ chức dập nát, hoại tử, tổ chức bệnh lý đã xâm lấn đến nửa trước bàn chân
- Cấp máu cho cổ bàn chân kém.

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, người phụ.

3. Phương tiện trang thiết bị

Bộ dụng cụ mổ cắt cụt chi

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Vô cảm người bệnh bằng tê tủy sống hoặc gây mê
- Sát khuẩn vùng mổ bằng Betadine hoặc cồn 70^o
- Rạch da ngang nền đốt 1 các ngón chân
- Bóc tách cắt gân duỗi, gân gấp các ngón
- Cầm máu các mạch riêng ngón chân bằng dao điện hay khâu các mũi chỉ chữ X.
- Bóc tách vạt da mỏm cụt
- Khâu vết mổ

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, cấp máu cho chi thể, vận động cảm giác chi thể, để phát hiện ra những biến chứng sau mổ.
- Hướng dẫn vận động, tập phục hồi chức năng sau mổ.
- Kháng sinh đường tiêm 5 - 7 ngày

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

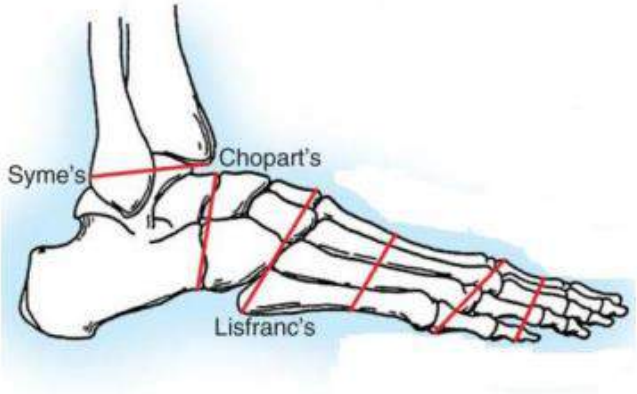
- Chảy máu mỏm cụt: Băng ép cầm máu, nếu không được mở vết mổ khâu cầm máu
- Nhiễm trùng: Cắt chỉ tách vết mổ, thay băng hàng ngày, thay kháng sinh, cấy dịch làm kháng sinh đồ, bù dịch điện giải cho người bệnh.
- Hoại tử mỏm cụt: Nếu lộ xương phải mổ lại cắt lên cao.

88 THÁO BỎ ĐỐT BÀN CHÂN

I. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật cắt bỏ nửa trước bàn chân, bỏ đi các đốt bàn chân còn giữ lại 4 xương: sên, gót, hộp, ghe và 3 xương chêm. Ngang mức khớp Lisfranc.

Đây là loại phẫu thuật cắt cụt gặp phổ biến trên lâm sàng



Các kiểu cắt cụt ở cổ bàn chân



Cắt cụt Lisfranc

II. CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý mạch máu của bàn chân: Tắc mạch, hoại tử các ngón chân và nửa trước của bàn chân do huyết khối, viêm tắc mạch, di chứng đái tháo đường…
- Cụt chấn thương, dập nát các ngón và nửa trước bàn chân
- Bỏng làm hoại tử tổ chức nửa trước bàn chân
- Nhiễm trùng làm hoại tử tổ chức bàn chân
- Ung thư tổ chức nửa trước bàn chân

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tổ chức dập nát, hoại tử, tổ chức bệnh lý xâm lấn đến nửa sau bàn chân
- Cấp máu cho cổ bàn chân kém.

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, người phụ.

3. Phương tiện

Bộ dụng cụ mổ cắt cụt chi

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Vô cảm người bệnh bằng tê tủy sống hoặc gây mê
- Sát khuẩn vùng mổ bằng Betadine hoặc cồn 700
- Rạch da ngang nền đốt bàn các ngón chân, tháo bỏ khớp Lisfranc
- Cắt lọc tổ chức hoại tử dập nát
- Cầm máu bằng dao điện hay khâu các mũi chỉ chữ X.
- Khâu cân gan chân với phần mềm phía mu chân
- Khâu vết mổ
- Kháng sinh toàn thân, giảm đau, truyền dịch, điện giải.

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, cấp máu cho chi thể, vận động cảm giác chi thể, để phát hiện ra những biến chứng sau mổ.
- Hướng dẫn vận động, tập phục hồi chức năng sau mổ
- Kháng sinh đường tiêm 5 - 7 ngày

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu mỏm cụt: Băng ép cầm máu, nếu không được mở vết mổ khâu cầm máu

- Nhiễm trùng: Cắt chỉ tách vết mổ, thay băng hàng ngày, thay kháng sinh, cấy dịch làm kháng sinh đồ, bù dịch điện giải cho người bệnh.

- Hoại tử mỏm cụt: Nếu lộ xương phải mổ lại cắt lên cao.

89. CHÍCH RẠCH Ổ ÁP XE

I. ĐẠI CƯƠNG

Là một nhiễm trùng cấp tính, do các vi khuẩn gây mủ tạo thành một ổ mủ khu trú, có vỏ bọc. Vỏ ổ áp xe là một tổ chức xơ lỏng lẻo, dễ vỡ.

Áp xe có thể gặp bất kỳ ở đâu, ở nông (da và mô mềm, cơ, xương...) cũng có thể ở sâu (áp xe gan, áp xe ruột thừa…) ở đây chúng tôi chỉ nói đến những trường hợp áp xe ở nông, thuộc chuyên ngành chấn thương chỉnh hình.

Vi khuẩn gây lên ổ áp xe có thể từ các nhiễm trùng ngoài da vào, cũng có thể từ đường máu tới như những viêm xương tủy xương.

Vi khuẩn hay gặp là tụ cầu vàng, liên cầu khuẩn, E.coli, phế cầu, lậu cầu, nấm…

Có loại áp xe nóng là do tạp khuẩn, có loại áp xe lạnh do lao.

II. CHỈ ĐỊNH

Chỉ được chích rạch các ổ áp xe nóng, đã hóa mủ

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các ổ áp xe lạnh: Do lao

- Ổ áp xe chưa hóa mủ: Nếu chích rạch làm phá vỡ hàng rào bảo vệ dễ dẫn đến nhiễm khuẩn huyết.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

Giải thích, chấn an tâm lý cho người bệnh, chuẩn bị vùng mổ, chuẩn bị hồ sơ bệnh án.

2. Người thực hiện

Phẫu thuật viên, người phụ.

3. Dụng cụ, trang thiết bị

Bộ dụng cụ mổ xương thông thường

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Vô cảm người bệnh bằng tê tại chỗ, tê vùng hay gây mê tùy vị trí và tính chất ổ áp xe.

- Sát khuẩn vùng mổ

- Rạch da trực tiếp vào khối áp xe, chỗ mủ nông nhất, tránh xa bó mạch, và là chỗ thấp nhất để dẫn lưu mủ, đảm bảo thẩm mỹ cho người bệnh (trùng với các nếp tự nhiên là tốt nhất)

- Lấy mủ soi tươi tìm vi khuẩn và làm kháng sinh đồ.

- Dùng kéo panh rộng ổ áp xe hút hết mủ

- Bơm rửa sạch

- Dùng tay phá vỡ hết các ngóc ngách ổ áp xe, dùng thìa nạo để nạo hết tổ chức hoại tử, viêm nhiễm.

- Rửa nhiều lần bằng ôxy già, Betadine, nước muối sinh lý

- Cầm máu, dẫn lưu rộng rãi ổ áp xe

- Để hở da hoàn toàn, băng vết mổ.

- Dùng kháng sinh toàn thân, giảm đau, bồi phụ nước, điện giải.

VI. ĐIỀU TRỊ SAU PHẪU THUẬT

- Theo dõi mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở, tri giác, da niêm mạc, mầu sắc chi thể, cấp máu cho chi thể, vận động cảm giác chi thể, để phát hiện ra những biến chứng sau mổ.

- Hướng dẫn vận động, tập phục hồi chức năng sau mổ

- Kháng sinh đường tiêm 5-7 ngày

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu: Băng ép cầm máu, nếu không được mở vết mổ để cầm máu
- Nhiễm trùng: Thay kháng sinh, điều trị theo kháng sinh đồ, bù dịch điện giải, nạo viêm lại

90. KẾT HỢP XƯƠNG BẰNG NẸP VÍT ĐIỀU TRỊ GÃY ĐẦU DƯỚI XƯƠNG CHÀY

I. ĐẠI CƯƠNG

Gãy đầu dưới xương chày hay gặp, thường được chỉ định phẫu thuật với những trường hợp di lệch, điều trị bảo tồn không kết quả.

II. CHỈ ĐỊNH

- Gãy di lệch quá 1/3 thân xương
- Gãy chéo xoắn, nhiều tầng, nhiều mảnh
- Gãy di lệch xoay
- Gãy gấp góc trên 10^o

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.

2. Phương tiện: ga rô, khoan xương, nẹp và vít các cỡ

3. Người bệnh: vệ sinh sạch sẽ, cắt móng, cạo lông chân. Nhịn ăn uống 6 giờ trước phẫu thuật.

4. Hồ sơ bệnh án: theo quy định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Vô cảm: gây mê nội khí quản hoặc gây tê tủy sống
- Phẫu thuật kết hợp xương:

+ Đường rạch: rạch da trước ngoài (phía ngoài mào chày khoảng 1cm) hoặc sau trong (phía sau bờ trước trong thân xương chày khoảng 1cm), dài 10 - 12 cm tùy theo vị trí gãy và chiều dài nẹp vít

+ Bộc lộ ổ gãy xương chày, tránh bóc tách, phá hủy nhiều phần mềm và màng xương.

+ Đặt lại diện gãy và các mảnh rời nếu có

+ Đặt nẹp và bắt các vít

+ Thả ga rô và cầm máu

+ Đặt 1 dẫn lưu

+ Đóng vết mổ

VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỔ

- Nếu kết hợp xương vững: cho tập vận động sớm các khớp lân cận. Tập đi có nạng sau 2 - 3 tháng, độ tỳ tăng dần. Bỏ nạng sau 4 tháng.
- Dùng kháng sinh, giảm đau, chống phù nề 5 - 7 ngày.
- Rút dẫn lưu sau 48 giờ
- Tháo nẹp vít 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.

91. KẾT HỢP XƯƠNG ĐIỀU TRỊ GÃY XƯƠNG BÀN CHÂN, NGÓN CHÂN

I. ĐẠI CƯƠNG

Gãy xương vùng bàn chân và ngón chân đa phần điều trị bằng nắn bó bột, tuy nhiên gần đây do nhu cầu chất lượng cuộc sống ngày càng được nâng cao, nhiều trường hợp di lệch các ngón chân sau bó bột khiến cho người bệnh đi lại khó khăn, do vậy việc chỉ định phẫu thuật gần được mở rộng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Gãy xương bàn chân, ngón chân I, V di lệch
- Gãy nhiều xương bàn chân, ngón chân di lệch
- Gãy xương có kèm theo tổn thương phần mềm nặng
- Gãy xương kèm theo hội chứng khoang bàn chân

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Gãy xương kèm theo nhiễm trùng nặng

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm

Tùy từng người bệnh có thể gây mê nội khí quản hoặc gây tê tủy sống

2. Tư thế

- Người bệnh nằm ngửa, có toan kê dưới cẳng chân. Đặt garô ở 1/3 dưới đùi
- Phẫu thuật viên đứng sao cho tay trái hướng về gốc chi người bệnh
- Người phụ đứng đối diện.

3. Kỹ thuật

- Đối với các ngón chân: Rạch da ở vị trí mu các ngón chân
- Đối với gãy xương vùng bàn chân:

+ Nếu gãy xương bàn 4, 5: Đường rạch da ở mặt mu chân, dọc giữa đốt bàn 4, 5, mở da, cân mạc, cắt mở các nhánh dưới dây chằng hình chạc. Mục đích vừa vào ổ gãy, vừa giải phóng khoang bàn chân

- Đối với gãy xương ngón 1: Rạch da dọc theo đốt 1 bàn chân
- Phẫu tích bộc lộ ổ gãy, làm sạch và đặt xương về giải phẫu. Có thể kết hợp xương bằng nẹp vít mini chuyên dụng hoặc kết hợp xương bằng găm 2 kim Kirschner chéo nội tủy, đường vào là vết thương dưới lồi cầu của đầu xa xương đốt ngón chân hoặc xương bàn chân
- Khâu đóng da và tổ chức dưới da đảm bảo che xương kín, Bó bốt bột tăng cường trong 6 tuần

V. CHĂM SÓC SAU MỔ

- Kháng sinh toàn thân
- Thay băng 2 ngày một lần

VI. BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ

- Nhiễm trùng: thay băng hằng ngày, tăng liều kháng sinh hoặc thay kháng sinh khác
- Hoại tử ngón: xử trí theo thương tổn cụ thể

92. PHẪU THUẬT NỐI GÂN ACHILLE

I. ĐẠI CƯƠNG

Đứt gân Achille là một tổn thương gân hay gặp có thể là do sang chấn đột ngột (tai nạn giao thông), do bị chém vào vùng gân hoặc do các sang chấn tích tụ lâu ngày khi chơi thể thao. Nhiều trường hợp hai đầu gân Achille bị mủn nát buộc phải cắt lọc và có thái độ xử trí đúng đắn mới có thể đưa người bệnh về cuộc sống bình thường

II. CHỈ ĐỊNH

Đứt gân Achille không kèm theo nhiễm trùng vùng gân Achille

III. CHUẨN BỊ

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

2. Phương tiện: Garo, chỉ khâu

3. Người bệnh: Các xét nghiệm trong giới hạn bình thường

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm

Tùy từng người bệnh có thể gây mê nội khí quản hoặc gây tê tủy sống

2. Tư thế

- Người bệnh nằm sấp, có toan kê dưới cẳng chân. Đặt garô ở 1/3 dưới đùi
- Phẫu thuật viên đứng sao cho tay trái hướng về gốc chi người bệnh. Người phụ đứng đối diện.

3. Kỹ thuật

- Rạch da khoảng 10cm theo chiều dọc cạnh bờ gân gót
- Mở da, cân và các mô quanh gân, tách bộc lộ hai đầu gân đứt
- Đánh giá hai đầu gân đứt: Nếu hai đầu gân gọn, sạch, có thể khâu nối gân đứt ngay. Nếu hai đầu gân đứt nham nhở, phải cắt lọc hai đầu gân đứt và kéo dài đầu trên gân trước khi khâu.
- Khâu nối gân theo phương pháp Kessle - Tazzima, dùng chỉ không tiêu cỡ lớn
- Có thể khâu tăng cường quanh gân Achille bằng gân cơ gan chân gầy hoặc gân gấp ngón 1
- Đóng da và tổ chức dưới da sao cho che kín hết gân
- Bó bốt bột rạch dọc cổ bàn chân duỗi hết

V. CHĂM SÓC SAU MỔ

- Kháng sinh toàn thân
- Thay bột 2 tuần một lần đưa dần cổ bàn chân về 90 độ

VI. BIẾN CHỨNG SAU MỔ

- Chảy máu: băng ép nếu không được mở vết mổ cầm máu
- Nhiễm trùng: tăng liều kháng sinh hoặc thay kháng sinh khác
- Đứt lại gân Achille: mổ nối lại hoặc tạo hình lại

93. PHẪU THUẬT GHÉP DA MỎNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật lấy da tự thân tự do (autogreffe), có bề dày từ 3/10 đến 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 chỉnh hình được 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 cm^2 đến 100cm^2 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 được 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 mạch
- Mất da rộng 2 chi dưới có thể gây tê tủy sống

2. Ghép da cho trường hợp mất da diện tích dưới 100 cm^2

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 cm^2 trở lên:

3.1. 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%

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 ĐIỀU 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 tượng thấm dịch hoặc máu nhiều có thể thay băng và xử 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.

94. TAI BIẾN CỦA BÓ BỘT - CÁCH ĐỀ PHÒNG VÀ XỬ TRÍ

I. TAI BIẾN CỦA BÓ BỘT

Tác dụng của bó bột trong điều trị bảo tồn trong chấn thương chỉnh hình là điều không phải bàn cãi. Ngay cả ở các nước phát triển, trình độ phẫu thuật có tiến bộ đến mấy thì việc bó bột điều trị bảo tồn cũng vẫn được coi trọng. Nhưng nếu việc bó bột không được chuẩn bị tốt, đặc biệt nếu không tuân thủ những nguyên tắc nghiêm ngặt thì có thể xảy ra những tai biến đáng tiếc. Tai biến của bó bột có nhiều, với nhiều mức độ khác nhau, nhẹ là mất hoặc giảm chức năng của chi, nặng hơn là cắt cụt, nặng nữa có thể nhiễm trùng nhiễm độc toàn thân gây suy đa tạng dẫn đến tử vong. Nguyên nhân của tai biến do bó bột có thể do khách quan (có tổn thương sẵn từ lúc đầu), nhưng cũng có thể gây ra do sự thiếu hiểu biết hoặc thái độ cẩu thả, tắc trách của thầy thuốc.

Chúng tôi chia tai biến của bó bột ra 3 loại sau, theo thời gian:

1. Tai biến tức thì

- Choáng (shock) do đau đớn trong quá trình nắn, bó bột.

- Choáng phản vệ do thuốc tê, thuốc mê.

- Co thắt khí phế quản, hội chứng xâm nhập hoặc hiện tượng trào ngược khi người bệnh gây mê, ngừng thở, ngừng tim dẫn đến tử vong.

2. Tai biến sớm

- Tổn thương mạch máu, thần kinh. Ở chi trên có thể gặp tổn thương động mạch cánh tay, thần kinh giữa, thần kinh quay, thần kinh trụ, đám rối thần kinh cánh tay. Ở chi dưới có thể gặp ở động mạch khoeo, động mạch chầy sau, thần kinh mác chung… (tuy hiếm xảy ra).

- Xương chọc ra gây gẫy hở thứ phát: lúc đầu là gẫy kín, nhưng do thiếu cẩn thận hoặc động tác vận chuyển hoặc kéo nắn thô bạo có thể làm đầu xương nhọn chọc thủng da gây gẫy hở (thường là gẫy hở độ 1).

- Gẫy thêm xương, đặc biệt với người bệnh cao tuổi và người có bệnh lý về xương (ví dụ có thể ban đầu là chỉ gẫy xương chầy đơn thuần, nhưng nắn thô bạo có thể làm gẫy thêm xương mác, hay ở những người bệnh cao tuổi xương loãng khi nắn trật khớp vai không cẩn thận có thể làm gẫy xương cánh tay...).

- Phù nề, rối loạn dinh dưỡng, hội chứng chèn ép khoang cấp gây hoại tử chi có thể xảy ra (bó bột cấp cứu không rạch dọc bột, không theo dõi sát để nới bột kịp thời, không tổ chức khám lại,

không dặn dò hướng dẫn người bệnh phối hợp cùng thầy thuốc theo dõi và săn sóc người bệnh...).

- Gây liệt tủy với gẫy cột sống không vững (kéo nắn cột sống thô bạo có thể gây đứt tủy, dập tủy, phù nề tủy gây liệt tủy, đặc biệt nguy hiểm ở tủy cổ).

3. Tai biến muộn

- Rối loạn dinh dưỡng bán cấp và rối loạn dinh dưỡng từ từ: không đến mức độ làm hoại tử chi nhưng để lại hậu quả đáng tiếc: sưng nề kéo dài, cứng khớp, ảnh hưởng đến cơ năng của chi.

- Thiếu máu bán cấp và mãn tính còn gây xơ hóa các cơ, cơ không còn độ chun giãn đàn hồi nữa, đó chính là biểu hiện của hội chứng Volkmann, Sudeck... Sau này điều trị rất khó khăn, tốn kém, mà kết quả cuối cùng cũng không được như ý muốn.

- Can lệch: do nắn không tốt, bất động không đúng quy cách...

- Khớp giả: do nắn không tốt, bất động chưa đủ thời gian, do tuổi cao, do không được tư vấn về chế độ ăn uống cũng như hướng dẫn cách tập trong và sau thời gian mang bột.

- Viêm xương: do gẫy xương hở, tụ máu nhiễm trùng, loét do tỳ đè...

II. PHÒNG NGỪA TAI BIẾN DO BÓ BỘT

Để giảm thiểu tối đa các tai biến của bó bột chúng ta phải:

1. Thăm khám kỹ người bệnh trước khi bó bột

1.1. Tình trạng toàn thân

- Tình trạng chung:

+ Tri giác (dựa vào thang điểm Glasgow, ở người bình thường:15 điểm): để tránh tình trạng thầy thuốc mải nắn bó bột, người bệnh hôn mê dẫn đến tử vong mà không biết, hoặc nắn gây đau dẫn đến hậu quả người bệnh nặng lên về toàn thân.

+ Mạch, huyết áp, có biểu hiện mất máu trong hay không: nếu mạch nhanh nhỏ, khó bắt; huyết áp thấp hoặc khó đo, da niêm mạc nhợt...thì không được nắn bó bột, mà phải báo ngay cho bác sỹ trực cấp cứu ngoại khoa XỬ TRÍ.

+ Nhịp thở: bình thường nhịp thở người lớn 16-20 lần/1 phút. Nếu nhịp thở bất thường cũng không được làm thủ thuật nắn bó bột, phải báo bác sỹ ngay.

+ Có rối loạn cơ tròn không (khi gẫy cột sống): nếu có, nghĩ đến tổn thương đứt tủy, dập tủy, choáng tủy.

- Có tổn thương phối hợp không.

+ Tổn thương ở các tạng khác: sọ não (tri giác), ngực (khó thở, rối loạn nhịp thở), bụng (đau bụng, chướng bụng, bí trung đại tiện...), tiết niệu (đái máu, không tiểu tiện tự chủ được...).

+ Tổn thương ở các chi khác (có thể 1 chân hoặc tay bị gẫy trong tình trạng nặng có thể làm chúng ta quên hoặc bỏ sót các tổn thương ở các chi còn lại).

1.2. Tại chi gẫy: cần thăm khám

- Gẫy hở hay gẫy kín.

- Mầu sắc của chi gẫy. Nếu mầu da hồng là tốt.

- Nhiệt độ chi gẫy. Nếu sờ thấy ấm là tốt.

- Bắt mạch chi gẫy (ở tay: bắt mạch quay, ở chân: bắt mạch mu chân hoặc chầy sau ở ống gót, phía sau mắt cá trong).

- Tình trạng cử động và cảm giác của chi gẫy: rất quan trọng, đôi khi người bệnh chỉ thấy cảm giác tê chân, đó cũng có thể là dấu hiệu của tổn thương mạch máu, chứ không chỉ là biểu hiện của tổn thương thần kinh đơn thuần.

Nếu có nghi ngờ tổn thương mạch máu hoặc thần kinh thì không được bó bột, mà chỉ làm tối thiểu: máng bột, nẹp bột, bất động nhanh và tối thiểu để chuyển đến cơ sở cấp cứu ngoại khoa cho bác sỹ trực mổ cấp cứu.

2. Bó bột đúng nguyên tắc và đúng chỉ định. Các tiêu chí cụ thể là:

- Bó bột theo đúng các mốc đã được quy định đối với cụ thể từng loại bột.

- Bột bó thành một khối vững chắc (nhất là các loại bột lớn phải bó nhiều thì).

- Bất động chi gẫy phải trên 1 khớp, dưới 1 khớp (trừ 1 vài trường hợp đặc biệt).

- Không tỳ đè (đặc biệt vùng khớp, phải đệm lót nhiều để tránh loét).

- Đủ độ dầy: tùy loại bột cụ thể, thường trung bình từ 5-8 lớp.

- Không chặt quá (gây chèn ép bột), không lỏng quá (không có tác dụng bất động).

- Bó đều tay (không lồi, không lõm bột).

- Bột cấp cứu (dưới 7 ngày): phải rạch dọc bột, rạch không bỏ sót dù chỉ là 1 sợi gạc (chỉ có các loại bột không rạch dọc là: Minerve, Cravate, Corset, Ngực - vai - cánh tay, bột Cẳng - bàn chân ôm gối; nhưng phải độn lót dầy. Các loại bột rạch dọc từ gốc chi trở xuống là: Chữ U, Chậu - lưng - chân, Ngực - chậu - lưng chân).

3. Tổ chức khám kiểm tra bột, phát hiện sớm và XỬ TRÍ kịp thời các tai biến.

3.1. Tổ chức kiểm tra bột.

- Thời gian nào kiểm tra: thường là 24 giờ, nặng thì 12 giờ, thậm chí từng giờ.

- Khám kiểm tra những gì?

+ Bột bó có đúng quy định chưa, có bị gẫy bột hoặc long lở bột ra không?

+ Tình trạng chi gẫy (lưu ý vùng ngoại vi như bàn ngón chân, bàn ngón tay): ngoài các điểm như phần thăm khám chi gẫy đã nói ở phần trên, cần xem:

* Có đỡ đau hơn trước khi bó bột không? Nếu đau tăng lên cần kiểm tra cẩn thận.

* Có phỏng nước không? Phỏng nước sớm: có rối loạn dinh dưỡng nặng.

* Với trẻ em: có quấy khóc không? Nếu quấy khóc, cần phải xem xét kỹ.

III. XỬ TRÍ TAI BIẾN CỦA BÓ BỘT

1. Mức độ nhẹ: Nới bột, gác cao chi bó bột.

2. Mức độ vừa: Như trên, kèm thêm thuốc chống nề, phong bế gốc chi...

3. Mức độ nặng (có dấu hiệu chèn ép khoang, hoặc có tổn thương mạch máu, thần kinh): chuyển mổ cấp cứu để XỬ TRÍ theo tổn thương (giải ép, nối hoặc ghép mạch...)

95 BỘT CẲNG - BÀN TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Bột cẳng - bàn tay là loại bột bó từ khuỷu tay xuống đến bàn tay.

- Trên được giới hạn bởi: phía sau là mỏm khuỷu, phía trước là dưới nếp khuỷu khoảng 1 cm, để mục đích khi người bệnh gấp khuỷu tay mép bột không gây đau.

- Dưới được giới hạn bởi khớp bàn - ngón tay.

2. Bột Cẳng - bàn tay ngoài tư thế cơ năng, còn có một số tư thế đặc biệt:

- Gẫy Pouteau- Collès: bó bột tư thế cổ tay gấp nhẹ và nghiêng trụ (15-20^{o}).

- Gẫy Goyrand (hoặc gẫy Smiths): bó bột duỗi cổ tay, ngửa cẳng tay, bàn tay.

- Gẫy Bennett: bó bột ôm ngón 1, dạng đốt bàn 1, đốt 1 ngón 1.

- Với trật khớp quay trụ dưới: bó bột duỗi cổ tay và ngửa cẳng tay, bàn tay...

II. CHỈ ĐỊNH BÓ BỘT CẲNG- BÀN TAY

1. Gẫy đầu dưới xương quay hoặc đầu dưới xương trụ, (kể cả 2 mỏm trâm).

2. Gẫy 1 hoặc nhiều xương thuộc khối tụ cốt cổ tay.

3. Gẫy xương bàn tay, gẫy xương đốt 1 các ngón tay (có kèm nẹp Iselin).

4. Các tổn thương phần mềm vùng cổ tay: bong gân, tổn thương dây chằng...).

5. Các tổn thương viêm nhiễm: lao khớp cổ tay, viêm khớp cổ tay.

6. Nắn chỉnh kiểu giai đoạn trong hội chứng Volkmann, co gân...

7. Sau một số phẫu thuật vùng cổ, bàn tay. Sau chọc hút bao hoạt dịch cổ tay.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Gẫy hở xương độ II theo Gustilo trở lên chưa được XỬ TRÍ phẫu thuật.

2. Gẫy xương có kèm đụng dập nặng phần mềm.

3. Có tổn thương mạch máu hoặc thần kinh, hội chứng chèn ép khoang.

IV. CHUẨN BỊ

Bài này chúng tôi mô tả kỹ, để các bài sau có thể xem lại.

1. Người thực hiện

- Trường hợp không gây mê: 03 người (01 kỹ thuật viên nắn chính, 02 kỹ thuật viên phụ, trong đó 01 phụ nắn, 01 chạy ngoài). Ở tuyến cơ sở, có thể là 03 kỹ thuật viên.

- Với trường hợp có gây mê: cần thêm 01 bác sỹ, 01 kỹ thuật viên gây 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.

- Đai đối lực: bằng vải mềm, dai, to bản (như kiểu quai ba lô) để tránh gây tổn thương cho da khi kéo nắn.

- Thuốc tê hoặc thuốc mê: số lượng tùy thuộc người bệnh là trẻ em hay người lớn, trọng lượng người bệnh. Kèm theo là dụng cụ gây tê, gây mê, hồi sức (bơm tiêm, cồn 70^{o}, thuốc chống sốc, mặt nạ bóp bóng, đèn nội khí quản...).

- Bột thạch cao chuyên dụng: với người lớn cần 3-4 cuộn cỡ 10 cm là đủ (kể cả 1 phần trong đó dùng để rải thành nẹp bột, trẻ em dùng ít hơn, bột nhỏ hơn tùy theo tuổi). Ở những tuyến có điều kiện, tốt nhất là dùng loại bột đóng gói sẵn. Ở những nơi không có điều kiện, sử dụng bột tự sản xuất cũng tốt, với điều kiện bột sản xuất ra không để quá lâu, bột sản xuất quá lâu sẽ bị bão hòa hơi nước, không đảm bảo độ vững chắc nữa, bột bó xong sẽ nhanh rã, nhanh hỏng.

- Giấy vệ sinh, bông cuộn hoặc bít tất vải xốp mềm để lót (jersey). Lưu ý, nếu dùng giấy vệ sinh, có thể gây dị ứng da người bệnh. Ở những nước phát triển, người ta thường dùng jersey, rất tiện lợi, vì nó có độ co giãn rất tốt, không gây chèn ép và có thể dùng cho nhiều kích cỡ chân tay to nhỏ khác nhau.

- Dây rạch dọc (dùng cho bột cấp cứu, khi tổn thương 7 ngày trở lại): thường dùng một đoạn băng vải có độ dài vừa phải, 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, cũng chính vì thế chúng ta không lo ngại cưa rung làm rách da người bệnh, có chăng, nên cẩn thận khi cưa bột mà ngay ở dưới lưỡi cưa là các mấu xương (ví dụ các mắt cá, xương bánh chè...).

- Nước để ngâm bột: đủ về số lượng để ngâm chìm hẳn các cuộn bột. Lưu ý, mùa lạnh phải dùng nước ấm, vì trong quá trình bột khô cứng sẽ tiêu hao một nhiệt lượng đáng kể làm nóng bột, có thể gây hạ thân nhiệt người bệnh, gây cảm lạnh. Nước sử dụng ngâm bột phải được thay thường xuyên để đảm bảo vệ sinh và tránh hiện tượng nước có quá nhiều cặn bột ảnh hưởng đến chất lượng bột.

- 1 cuộn băng vải hoặc băng thun, để băng giữ ngoài bột, khi việc bó bột và rạch dọc bột đã hoàn thành.

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 bệnh án

- 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 CẲNG BÀN TAY

Ở đây chỉ nêu cách bó bột, còn cách nắn sẽ xem ở các bài về điều trị gẫy cụ thể cho từng loại xương gẫy.

1. Người bệnh

- Tư thế người bệnh: nằm ngửa, 1 đai vải đối lực đặt trên nếp khuỷu, càng sát nếp khuỷu càng tốt. Nếu đặt quá cao trên nếp khuỷu, khi kéo nắn có thể gây gẫy xương cánh tay). Đai vải đối lực được cố định chắc vào mấu của bàn nắn.

- Kỹ thuật viên chính: đứng bên phía tay định bó bột của người bệnh. Trợ thủ viên 1: một tay cầm ngón cái, một tay cầm vào 3 hoặc 4 ngón còn lại của người bệnh kéo xuống theo trục cơ thể người bệnh. Kỹ thuật viên chính sẽ là người trực tiếp bó bột. Trợ thủ viên 1: kéo giữ tay người bệnh, trợ thủ viên 2: giúp việc.

2. 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 rộng hơn bột.

- Bước 2: Rải nẹp bột: lấy 1 trong số những cuộn bột đã được chuẩn bị, rải lên bàn, xếp đi xếp lại hình Zích-zắc khoảng 4-6 lớp, độ dài của nẹp được đo trước (từ mỏm khuỷu đến khớp bàn-ngón), cuộn hoặc gấp nhỏ lại, ngâm nhanh trong nước, vớt ra, bóp nhẹ cho ráo nước, gỡ ra và vuốt cho phẳng, đặt nẹp bột ra sau tay theo mốc đã định, vuốt dọc nẹp bột vào sau cẳng bàn tay cho phẳng.

- Bước 3: 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.

VI. THEO DÕI

1. Nặng hoặc có tổn thương phối hợp: cho người bệnh nhập viện để theo dõi

2. Nhẹ và vừa: theo dõi điều trị ngoại trú.

- Dặn dò kỹ và hướng dẫn người bệnh có thể tự theo dõi: nhiệt độ, mầu sắc, vận động, cảm giác: dấu hiệu tê bì hoặc kiến bò, trẻ em quấy khóc...

- Hẹn khám lại sau 24 giờ, để phát hiện và XỬ TRÍ sớm những biến chứng.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Nhẹ nhất là sưng nề, rối loạn dinh dưỡng: nới bột, kê tay cao, thuốc chống nề.

2. Nặng hơn, có thể gặp: choáng do quá sợ hãi hoặc choáng do thuốc tê: truyền dịch, an thần, thuốc chống shock, hô hấp hỗ trợ (thở ô xy), bóp bóng...

3. Nặng nữa, có thể gặp: co thắt khí phế quản, trào ngược, ngừng thở, ngừng tim: ngoài các động tác trên, cần hô hấp chỉ huy (đặt nội khí quản, mở khí quản), hút đờm dãi, trợ tim, bóp tim ngoài lồng ngực...và nhanh chóng chuyển người bệnh đến cơ sở cấp cứu cấp trên gần nhất.

96. BỘT CÁNH - CẲNG - BÀN TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Bột Cánh - cẳng - bàn tay là bột bó từ vai đến bàn tay.

- Trên: được giới hạn bởi phía ngoài là cực trên cơ Delta (ôm lấy cơ Delta), phía trong là dưới

hõm nách 1-2 cm (để khi khép vai, mép bột không làm đau nách).

- Dưới: được giới hạn bởi khớp bàn ngón (tương tự như bột Cẳng - bàn tay).

2. Bột Cánh - cẳng - bàn tay thường ở tư thế cơ năng (khuỷu gấp 90^{o}), 1 vài trường hợp bột để tư thế duỗi (gẫy trên lồi cầu xương cánh tay di lệch ra trước, vỡ mỏm khuỷu, sau mổ đục xương sửa trục do vẹo khuỷu, sửa trục 1/3 trên cẳng tay...).

3. Trong 1 số trường hợp, có thể bó bột Cánh - cẳng - bàn tay ôm vai để giữ chắc hơn (3 mặt: trước, ngoài và sau vai được phủ kín bột, tương tự như giới hạn đầu trên của bột Ôm gối ở chân).

II. CHỈ ĐỊNH BÓ BỘT CÁNH - CẲNG - BÀN TAY

1. Gẫy xương cẳng tay ở mọi vị trí (gẫy 1 hoặc 2 xương cẳng tay, gẫy mỏm khuỷu, mỏm vẹt, đài quay, chỏm quay, đầu dưới 2 xương cẳng tay...). Riêng gẫy đầu dưới 1 trong 2 xương cẳng tay, gẫy mỏm trâm quay, mỏm trâm trụ có thể bó bột Cẳng - bàn tay cũng được.

2. Gẫy trên lồi cầu xương cánh tay hoặc gẫy liên lồi cầu xương cánh tay.

3. Trật khớp khuỷu đã nắn.

4. Các tổn thương khác vùng khuỷu (chạm thương, bong gân, tổn thương dây chằng, vết thương thấu khớp khuỷu đã XỬ TRÍ phẫu thuật...).

5. Các tổn thương viêm nhiễm ở cẳng tay và vùng khuỷu (viêm xương cẳng tay chưa có chỉ định mổ, lao khớp khuỷu).

6. Sau 1 số trường hợp phẫu thuật vùng cẳng tay, vùng khuỷu.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH (tương tự như với bó bột Cẳng - bàn tay)

1. Gẫy hở xương độ II theo Gustilo trở lên chưa được XỬ TRÍ phẫu thuật.

2. Gẫy xương có kèm đụng dập nặng phần mềm.

3. Có tổn thương mạch máu hoặc thần kinh, hội chứng chèn ép khoang.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Chuyên khoa xương: 3-4 người, chuyên khoa gây mê: 02 (khi người bệnh cần gây mê).

2. Phương tiện

- 01 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.

- Đai đối lực: bằng vải mềm, dai, to bản (như kiểu quai ba lô) để tránh gây tổn thương cho da khi kéo nắn.

- Thuốc tê hoặc thuốc mê: số lượng tùy thuộc người bệnh là trẻ em hay người lớn, trọng lượng người bệnh. Kèm theo là dụng cụ gây tê, gây mê, hồi sức (bơm tiêm, cồn 70^{o}, thuốc chống sốc, mặt nạ bóp bóng, đèn nội khí quản...).

- Bột thạch cao chuyên dụng: với người lớn cần 2-3 cuộn cỡ 15 cm và 3-4 cuộn cỡ 10 cm là đủ (kể cả 1 phần trong đó dùng để rải thành nẹp bột, trẻ em dùng ít hơn tùy theo tuổi). Ở những tuyến có điều kiện, tốt nhất là dùng loại bột đóng gói sẵn. Ở những nơi không có điều kiện, sử dụng bột tự sản xuất cũng tốt, với điều kiện bột sản xuất ra không để quá lâu, bột sản xuất quá lâu sẽ bị bão hòa hơi nước, không đảm bảo độ vững chắc nữa, bột bó xong sẽ nhanh rã, nhanh hỏng.

- Giấy vệ sinh, bông cuộn hoặc bít tất vải xốp mềm để lót (jersey). Lưu ý, nếu dùng giấy vệ sinh, có thể gây dị ứng da người bệnh. Ở những nước phát triển, người ta thường dùng jersey, rất tiện lợi, vì nó có độ co giãn rất tốt, không gây chèn ép và có thể dùng cho nhiều kích cỡ chân tay to nhỏ khác nhau.

- Dây rạch dọc (dùng cho bột cấp cứu, khi tổn thương 7 ngày trở lại): thường dùng một đoạn băng vải có độ dài vừa phải, 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, cũng chính vì thế chúng ta không lo ngại cưa rung làm rách da người bệnh, có chăng, nên cẩn thận khi cưa bột mà ngay ở dưới lưỡi cưa là các mấu xương (ví dụ các mắt cá, xương bánh chè...).

- Nước để ngâm bột: đủ về số lượng để ngâm chìm hẳn các cuộn bột. Lưu ý, mùa lạnh phải

dùng nước ấm, vì trong quá trình bột khô cứng sẽ tiêu hao một nhiệt lượng đáng kể làm nóng bột, có thể 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 bột.

- 1 cuộn băng vải hoặc băng thun, để băng giữ ngoài bột, khi việc bó bột và rạch dọc bột đã hoàn thành.

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 sặc hoặc hiện tượng trào ngược (1 biến chứng rất nguy hiểm dẫn đến tử vong tức khắc).

4. Hồ sơ

Ghi rõ ngày giờ bị tai nạn, ngày giờ bó bột, cách xử trí, dặn dò, hẹn khám lại. Với người bệnh gây mê cần có giấy cam kết chấp nhận thủ thuật, người bệnh là người lớn trong tình trạng hoàn toàn tỉnh táo thì tự ký tên, người bệnh nặng và trẻ em thì người nhà ký (cha hoặc mẹ, hoặc người bảo hộ hợp pháp).

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH BÓ BỘT CÁNH - CẲNG - BÀN TAY

Ở đây chỉ nêu cách bó bột, còn cách nắn sẽ xem ở các bài về điều trị gẫy cụ thể cho từng loại xương gẫy.

1. Người bệnh

- Tư thế người bệnh: nằm ngửa, 1 đai vải đặt ở hõm nách. Đai vải đối lực này được cố định chắc vào mấu của bàn nắn. Khuỷu tay gấp 90^o, cổ tay, bàn tay ở tư thế cơ năng (ngón tay cái chỉ mũi). Trong trường hợp gẫy cẳng tay, có thể đai vải đặt trên khuỷu để giữ xương tốt hơn để bó thì 1, đến khi bó thì 2 rời đai lên nách hoặc tháo bỏ đai để bó tiếp.

- 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). Với bó 2 thì trong gẫy cẳng tay, trợ thủ 1 chỉ cần kéo đỡ bàn tay người bệnh, phần khuỷu đã có đai đối lực kéo giữ.

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 và đặt dây rạch dọc (tương tự như với bột Cẳng - bàn tay). Dây rạch dọc đặt 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: nẹp 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 (trừ 1 số trường hợp đặc biệt, bột ôm cả mô cái và đốt 1 ngón cái như khi gẫy xương bàn 1, gẫy đốt 1 ngón 1). Gẫy cẳng tay nên bó 2 thì: thì 1 bó Cẳng - bàn tay ôm khuỷu, đai vải đặt ngay trên khuỷu, bó xong bột ôm khuỷu rồi bỏ đai đối lực bó tiếp thì 2. Gẫy xương quay, phải giữ tay ở tư thế ngửa để chống lại lực co của các cơ sấp.

- Bước 4: Rạch dọc bột và băng giữ ngoài bột.

VI. THEO DÕI

1. Nặng: khi có tổn thương phối hợp, cần cho nhập viện theo dõi nội trú.

2. Nhẹ và vừa:

- Dặn dò kỹ và hướng dẫn người bệnh có thể tự theo dõi: sưng nề? Nhiệt độ và mầu sắc ngón tay, vận động? Cảm giác? Tê bì? Trẻ em quấy khóc?...

- Hẹn khám lại trong 24 giờ đầu để XỬ TRÍ kịp thời các tai biến có thể xảy ra.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Nhẹ nhất là sưng nề, rối loạn dinh dưỡng: nới bột, kê tay cao, thuốc chống nề.

2. Nặng hơn, có thể gặp: choáng do quá sợ hãi hoặc choáng do thuốc tê: chuyền dịch, an thần, thuốc chống shock, hô hấp hỗ trợ (thở ô xy), bóp bóng...

3. Nặng nữa, có thể gặp: co thắt khí phế quản, trào ngược, ngừng thở, ngừng tim: ngoài các động tác trên, cần hô hấp chỉ huy (đặt nội khí quản, mở khí quản), hút đờm dãi, trợ tim, bóp tim ngoài lồng ngực...và nhanh chóng chuyển người bệnh đến cơ sở cấp cứu cấp trên gần nhất.

97. BỘT NGỰC - VAI - CÁNH TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

- Bột Ngực - vai - cánh tay (Thoraco) về cơ bản, như bột Chữ U, bột Ngực - vai - cánh tay khác bột Chữ U ở 2 điểm:

+ Một là: ở phần bột ở lồng ngực rất rộng, bao gồm toàn bộ phần ngực, phía trước và 2 bên là xương ức và xương sườn, phía sau là xương cột sống. Bột Ngực - vai - cánh tay kể cả bó cấp cứu chỉ độn lót dầy, không rạch dọc.

+ Hai là: tư thế vai của bột Ngực - vai - cánh tay: vai dạng nhiều hơn (50-60^{o}), đưa ra trước so với mặt phẳng lưng nhiều hơn (khoảng 30-45^{o}).

- Bột Ngực - vai - cánh tay hiện nay ít được sử dụng do tư thế gây ít nhiều khó chịu, nên trong nhiều trường hợp người ta chọn cách điều trị là phẫu thuật.

II. CHỈ ĐỊNH

1. Gẫy 1/3 trên xương cánh tay.

2. Gẫy cổ xương cánh tay.

3. Một số gẫy mấu động lớn xương cánh tay có di lệch.

4. Sau nắn sửa góc xương cánh tay.

5. Gẫy kín, gẫy hở độ 1, hở độ 2 trở lên đã được XỬ TRÍ phẫu thuật.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Gẫy hở độ II theo Gustilo trở lên.

2. Có tổn thương mạch máu, thần kinh, hội chứng khoang.

3. Có tổn thương ngực, đa chấn thương.

4. Chống chỉ định tương đối: trường hợp người bệnh đang cho con bú, cần cân nhắc kỹ lợi hại của việc bó bột, nếu vẫn bó, phải khoét bột ở 2 bên ngực.

IV. CHUẨN BỊ (Tương tư như bó bột Chữ U)

1. Người thực hiện

- Chuyên khoa xương: 3 (1 kỹ thuật viên chính, 2 trợ thủ).

- Nếu người bệnh gây mê: 1 bác sỹ gây mê, 1 phụ mê.

2. Phương tiện

- Một bàn nắn thông thường, bàn như kiểu bàn mổ là tốt nhất. Nếu không có thì dùng bàn gỗ hoặc bàn sắt, nhưng phải được cố định chắc xuống sàn nhà, phải có mấu ngang để mắc đai đối lực khi kéo nắn.

- Cần thêm 1 ghế đẩu, để người bệnh ngồi khi bó bột (với người bệnh gây mê thì ghế đẩu này dùng để kê đầu người bệnh, nằm bó bột).

- Nếu người bệnh gây mê, cần thêm 1 nẹp gỗ hoặc nẹp kim loại, to bản, mỏng, nhưng đủ độ cứng để đỡ lưng người bệnh khi nằm ngửa bó bột.

- Một đai đối lực: bằng vải mềm, dai, to bản (như kiểu quai ba lô) để tránh gây sây sát da người bệnh khi kéo nắn.

- Thuốc tê hoặc thuốc mê: tùy thuộc người bệnh là trẻ em hay người lớn, tùy trọng lượng cơ thể người bệnh. Kèm theo là dụng cụ gây tê, gây mê, dụng cụ hồi sức (bơm tiêm, dịch truyền, dây truyền dịch, cồn 70^{o}, thuốc chống shock, mặt nạ bóp bóng, đèn nội khí quản…).

- Bột thạch cao: với người lớn cần 5-6 cuộn cỡ 10- 12 cm và 3-4 cuộn cỡ 15 cm.

- Giấy vệ sinh, bông cuộn lót. Lưu ý, nếu dùng giấy vệ sinh có thể gây dị ứng da người bệnh.

- Nước để ngâm bột: đủ số lượng để ngâm chìm 3-4 cuộn bột 1 lúc, nước phải sạch sẽ để khỏi nhiễm bẩn cho da và các vết thương, nước phải được thay thường xuyên. Mùa đông, phải dùng nước ấm tránh cảm lạnh cho người bệnh.

- Có thể chuẩn bị 1 gối mỏng để độn trước ngực, bó xong bột thì rút bỏ.

- Một cuộn băng vải hoặc băng thun để băng ngoài bột khi bột bó xong.

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...). Vì người bệnh bó bột hoàn toàn lồng ngực, nên việc này đặc biệt quan trọng.

- 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 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 (1 biến chứng rất nguy hiểm dẫn đến tử vong tức khắc).

4. Hồ sơ

- Cần ghi rõ ngày giờ bị tai nạn, ngày giờ bó bột, tình trạng thăm khám toàn thân, cách 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

Có 2 cách bó bột tùy theo người bệnh có gây mê hay không. Tương tự như bó Bột Chữ U. Nhưng bột Ngực - vai - cánh tay khác với bột Chữ U ở 3 điểm là:

- Có thể bó 1 thì.

- Có thể bó 2 thì:Thì 1, dùng bột cỡ lớn bó ôm lấy toàn bộ lồng ngực, đến giữa cẳng tay. Thì 2: bó tiếp bột cẳng bàn tay. (Ngược lại, bột Chữ U thì 1 bó bột Cánh - cẳng - bàn tay trước, thì 2 bó bột ở lồng ngực sau).

- Tư thế vai: cánh tay dạng 60^{o}, đưa ra trước cũng khoảng 45^{o}. Tư thế khuỷu gấp 90^{o}, ngón tay cái chỉ mũi.

1. Với người bệnh không gây mê

1.1. Bó bột 1 thì

- Sau khi nắn, người bệnh được đỡ ngồi ngay ngắn trên ghế đẩu, mắt nhìn thẳng, tay lành đưa lên đầu hoặc sau gáy.

- Trợ thủ 1: một tay đỡ khuỷu tay, một tay kéo giữ các ngón 2,3,4,5 làm sao cho vai dạng 60^{o}, đưa ra trước 30-45^{o}, khuỷu 90^{o}, ngón tay cái chỉ mũi.

- Trợ thủ 2 chạy ngoài, giúp việc.

- Kỹ thuật viên chính:

+ Đặt 1 nẹp bột cỡ trung bình (15 cm) phía sau Cánh - cẳng - bàn tay, từ khớp bàn-ngón đến vai (phủ lên trên vai một ít càng tốt). 1 nẹp ke (kiểu ke cửa) ở nách để đỡ cánh tay, giúp cánh tay dạng ra được vững hơn.

+ Dùng bột khổ trung bình (15 cm) rải 1 nẹp và đặt từ dưới hõm nách bên lành bắt chéo lên trên, sang vai bên kia, để làm sao cho 2 đầu nẹp gặp nhau và gối lên nhau ở trên vai bên tổn thương (như để bó bột Chữ U).

+ Dùng bột khổ lớn (20 cm) rải 1 nẹp lớn đặt từ đường nách giữa thành ngực bên tổn thương chạy ngang qua lồng ngực sang bên lành.

+ Quấn bột đồng thời cả ở lồng ngực lẫn ở vai, cánh tay. Quấn đến đâu vuốt và sửa sang đến đó cho bột liên kết tốt. Đến vùng cẳng tay trở xuống thì chuyển dùng bột cỡ nhỏ. Trong lúc quấn bột đến vùng nách có thể rải bột hình Zích-zắc ở trước nách và sau vai để tăng cường bột. Chỉnh trang

lần cuối cho đẹp.

1.2. Bó bột 2 thì: tương tự như bó 1 thì,

- Thì 1 bó bột vùng ngực đến giữa cẳng tay

- Thì 2 bó tiếp xuống cho hết cẳng, bàn tay.

2. Với người bệnh gây mê

Tương tự bó bột Chữ U có gây mê (người bệnh nằm, dùng nẹp cứng đỡ sau lưng), việc quấn bột như với bó bột 1 thì hoặc 2 thì ở phần bó bột không gây mê. Bó xong rút bỏ nẹp đỡ, sửa sang bột cho đẹp, nhất là không bị móp bột ở lưng do nẹp đỡ gây ra.

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

- Như với bó bột Chữ U.

- Lưu ý thêm: đây là loại bột mà phần bột ở ngực rất lớn, có thể cản trở hô hấp, nên chỉ định cần chặt chẽ và theo dõi sát sao, tránh việc người bệnh xảy ra ngừng thở rồi chúng ta mới luống cuống đi tìm dao, tìm kìm để phá bột.

98. BỘT DESAULT

I. ĐẠI CƯƠNG

- Bột Desault là loại bột bó ôm cánh tay, cẳng tay vào thân người ở tư thế cơ năng (cánh tay để dọc xuống theo đường nách giữa, cẳng tay để ngang trước thành ngực bên).

- Bột Desault được bó trong các trường hợp tổn thương ở vùng vai.

II. CHỈ ĐỊNH

1. Gẫy cổ xương cánh tay.

2. Gẫy mấu động lớn xương cánh tay.

3. Gẫy xương đòn.

4. Gẫy xương bả vai.

5. Trật khớp cùng đòn.

6. Trật khớp vai đã nắn.

7. Chấn thương khớp vai: dây chằng, cơ xoay vai (coiffe rotateur).

8. Viêm hoặc lao khớp vai.

9. Sau mổ 1 số thương tổn vùng vai.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Có tổn thương lồng ngực, đa chấn thương.

2. Gẫy xương hở độ 2 trở lên chưa XỬ TRÍ phẫu thuật.

3. Có tổn thương đụng dập nặng phần mềm vùng vai.

4. Có tổn thương mạch máu, thần kinh, theo dõi hội chứng khoang.

5. Có chấn thương ngực, chấn thương sọ não, đa chấn thương, người bệnh đang trong trạng thái khó thở, shock, hôn mê...

6. Gẫy xương hở độ 2 trở lên chưa được XỬ TRÍ phẫu thuật.

7. Chống chỉ định tương đối: người bệnh đang cho con bú, cần thận trọng và cân nhắc. Nếu vẫn phải bó bột, nên giải phóng rộng rãi vùng trước ngực để cho con bú được thuận lợi. Trường hợp khác, nên chọn phương pháp bất động khác, như mặc áo chỉnh hình, phẫu thuật.

8. Với người già, người gù, cong vẹo cột sống, hen phế quản mãn: hết sức cân nhắc. Nên cho các đối tượng này mặc áo chỉnh hình bằng vải mềm.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Chuyên khoa xương: 3 (1 nắn chính là bác sỹ hoặc kỹ thuật viên, 2 trợ thủ là kỹ thuật viên).

- 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, người bệnh nằm trên nẹp đỡ để bó bột, đầu nẹp đỡ kê lên ghế đẩu này).

- 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: với người lớn cần 3-4 cuộn bột cỡ 20 cm, 3-4 cuộn bột cỡ 15 cm.

- Các dụng cụ, phương tiện thông thường khác: bông, băng, dây rạch dọc, cồn tiêm, thuốc gây tê (hoặc gây mê), dụng cụ cấp cứu hồi sức, dao rạch bột, nước ngâm 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...). Vì người bệnh bó bột kín hoàn toàn lồng ngực, nên việc này đặc biệt quan trọng.

- 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 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 (1 biến chứng rất nguy hiểm dẫn đến tử vong tức khắc).

4. Hồ sơ

- Cần ghi rõ ngày giờ bị tai nạn, ngày giờ bó bột, tình trạng thăm khám toàn thân, cách 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

1. Người bệnh

- Với người bệnh không gây mê: người bệnh ngồi ngay ngắn trên ghế đẩu, mắt nhìn thẳng, tay lành đưa lên đầu hoặc sau gáy. Sau khi nắn xương hoặc khớp, để xuôi cánh tay dọc đường nách giữa, cẳng tay áp nhẹ vào thành ngực bên, khuỷu 90^o. Đặt 1 gối mỏng trước ngực, sau khi bó bột xong sẽ rút bỏ.

- Với người bệnh gây mê: như bó bột Ngực - vai - cánh tay có gây mê (nằm, kê nẹp gỗ hoặc nẹp kim loại đỡ lưng, giải phóng toàn bộ ngực).

2. Các bước tiến hành bó bột Desault

Dù ngồi bó bột hay nằm bó bột thì thứ tự quấn bột cũng theo trình tự sau: nách bên lành → vai bên đau → xuống khuỷu bên đau, rồi lại sang nách bên lành...và một chu trình mới, cho đến xong thì thôi.

2.1. Khi người bệnh ngồi bó bột

- Quấn giấy vệ sinh hoặc bông lót toàn bộ ngực, vai, cánh tay, cẳng tay bên đau. - Không cần làm nẹp bột, nếu có làm nẹp bột nên đặt nẹp bột từ trên vai đến trên cổ tay, ở phía sau cánh-cẳng tay. Trường hợp gẫy cổ xương cánh tay mở góc ra ngoài nên chèn 1 cuộn giấy vệ sinh vào hõm nách để đỡ bị di lệch thứ phát.

- Trợ thủ 1: đỡ tay người bệnh áp nhẹ vào thành ngực bên.

- Trợ thủ 2: giúp việc (ngâm bột, vớt bột, chạy ngoài...).

- Kỹ thuật viên chính: Dùng bột to bản quấn luôn theo thứ tự: nách bên lành → vai bên đau → xuống khuỷu bên đau (như trình tự quấn bột đã nói ở phần trên) nhiều lần đến khi thấy đủ độ dầy thì được. Bên tổn thương nên tăng cường bột từ vai xuống mặt sau cánh tay, khuỷu tay và phần trên cẳng tay rồi lại vòng ra trước, lên vai, để treo đỡ khuỷu - cẳng tay lên cao. Có thể bó kín để che phủ toàn bộ cánh tay, cũng có thể để hở phía trước ngoài và sau ngoài cánh tay để tiện theo dõi mầu da của cánh tay (và 1 phần là để đỡ tốn bột). Có thể quấn vài vòng bột quanh cổ tay để bất động cho

cẳng tay khỏi trôi về phía trước, cánh tay sẽ được bất động tốt hơn, nhưng khi bột gần khô nhớ cầm bàn tay người bệnh thực hiện động tác sấp ngửa bàn tay nhằm tạo khuôn cho cổ tay được rộng và thoải mái khi mang bột. Xoa vuốt, sửa và chỉnh trang bột cho nhẵn và đẹp.

2.2. Khi người bệnh gây mê

Tư thế nằm bó bột tương tự bó bột Ngực - vai - cánh tay có gây mê. Cách bó như bột Desault khi ngồi để bó.

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

- 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.

99. BỘT CẲNG - BÀN CHÂN

I. ĐẠI CƯƠNG

- Bột Cẳng - bàn chân là loại bột được giới hạn bởi:

+ Phía trên: ở trước là cực dưới của lồi củ trước xương chầy (còn gọi lồi củ chầy), ở sau là dưới nếp gấp khoeo chừng 2 cm (để khi gối gấp, mép bột không gây đau cho da vùng khoeo).

+ Phía dưới là khớp bàn-ngón chân.

- Khi 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.

- Trong 1 số trường hợp khác, người ta bó bột Ôm gối (Sarmiento). Thực chất bột Ôm gối cũng là 1 loại bột Cẳng - bàn chân, nhưng bột được bó quá lên trên gối ở 3 phía: trước gối bột ôm lấy xương bánh chè, 2 bên gối bột ôm lấy 2 lồi cầu của xương đùi, phía sau gối được để ngỏ như bột Cẳng - bàn chân. Mục đích bột Ôm gối là khi người bệnh duỗi chân để đi thì gối được vững vàng, nhưng khi cần gấp chân thì gối vẫn gấp được thuận lợi. Bột Ôm gối thường ít khi rạch dọc.

- Tư thế cổ chân của bột Cẳng - bàn chân, Cẳng - bàn chân ngắn và Ôm gối đều là 90^o (trừ 1 số tư thế đặc biệt có thể để cổ chân duỗi hoặc co quá 90^o). Với gẫy Dupuytren: bó vẹo cổ chân vào trong, gẫy trật cổ chân vào trong: bó vẹo ngoài.

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).

5. Nắn chỉnh các dị tật (chân khoèo, co gân Achille...).

6. Sau phẫu thuật vùng cổ chân (tạo hình, kết hợp xương không đủ vững, mổ làm cứng khớp, mổ chỉnh khoèo...).

7. Gẫy kín, gẫy hở độ 1, gẫy hở độ 2 trở lên đã được phẫu thuật.

8. Gẫy xương di lệch, nhưng tình trạng toàn thân không cho phép, từ chối mổ.

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 70^{o}, 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.

100. BỘT ĐÙI - CẲNG - BÀN CHÂN

I. ĐẠI CƯƠNG

- Bột đùi - cẳng - bàn chân (Gouttière) là loại bột bó từ gốc đùi đến khớp bàn-ngón các ngón chân.

- Bột đùi - cẳng - bàn chân được giới hạn bởi:

+ Phía trên: bên ngoài là cực dưới của mấu chuyển lớn xương đùi, bên trong là dưới nếp bẹn chừng 2 cm.

+ Phía dưới là khớp bàn-ngón các ngón chân (giống như bột cẳng - bàn chân).

- Bột đùi - cẳng - bàn chân được sử dụng chủ yếu trong các thương tích vùng gối, cẳng chân.

- Để chống di lệch xoay, người ta bó bột đùi - cẳng - bàn chân có que ngang.

- Bột Đùi - cẳng - bàn chân là 1 bột lớn, phải bó 2 thì, cần có nhiều người tham gia.

II. CHỈ ĐỊNH

1. Gẫy đầu dưới xương đùi (1 hoặc 2 lồi cầu xương đùi, liên lồi cầu).

2. Gẫy đầu trên xương cẳng chân (mâm chầy, chỏm hay cổ xương mác).

3. Gẫy xương cẳng chân (1 hoặc 2 xương ở mọi vị trí, trừ mắt cá).

4. Gẫy kín hoặc gẫy hở độ I theo Gustilo.

5. Sau một số phẫu thuật vùng đùi, gối, cẳng chân (gẫy xương, viêm xương...).

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Gẫy hở độ II trở lên.

2. Có tổn thương mạch máu, thần kinh, có hội chứng chèn ép khoang.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Chuyên khoa chấn thương: 4 (1 chính, 2 trợ thủ viên). Người bệnh gây mê: chuyên khoa gây mê hồi sức: 2 (1 gây mê, 1 phụ mê).

2. Phương tiện

- Bàn nắn:

+ Trường hợp đơn giản, ít lệch: bàn nắn bình thường (như bàn nắn bó bột Cẳng - bàn chân). Cần 1 độn gỗ để kê dưới khoeo 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: tùy theo người bệnh là trẻ em hay người lớn, thể hình to hay bé để dự trù lượng thuốc dùng cho hợp lý. Kèm theo là các dụng cụ để gây tê, gây mê, hồi sức...Nắn xương cẳng chân rất vất vả do nhiều cơ lớn và khỏe, nên nhiều trường hợp phải gây mê, thậm chí còn phối hợp thuốc giãn cơ.

- Bột thạch cao: bột đùi - cẳng - bàn chân là 1 bột lớn, nên cần dùng bột khổ lớn. Số lượng chừng 8-10 cuộn. Trong đó: 4 - 5 cuộn khổ 20 cm, 3-4 cuộn khổ 15 cm.

- Các dụng cụ khác tương tự như để bó bột khác đã nêu ở các bài trên.

3. Người bệnh

Thăm khám kỹ, giải thích kỹ, vệ sinh sạch sẽ, nhịn ăn nếu gây mê.

4. Hồ sơ

Ghi cẩn thận, đầy đủ. Gây mê nắn: cần có cam kết chấp nhận thủ thuật.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH BÓ BỘT ĐÙI - CẲNG - CẲNG - BÀN CHÂN

1. Người bệnh

Tư thế nằm ngửa, cởi hoặc cắt bỏ quần bên chân bó bột.

2. Các bước tiến hành

2.1. Bó bột trên bàn nắn thông thường:

- Bước 1: Quấn lót chân bằng giấy vệ sinh, hoặc bông, hoặc đi bít tất vải Jersey. Vùng khớp gối và cổ chân cần độn lót dầy hơn tránh đau và sự tỳ đè gây loét.

Đặt dây rạch dọc trước đùi, gối, cẳng bàn chân (cho bột cấp cứu). Dây rạch dọc nên để dài một chút cả về 2 đầu, đầu trên lên quá nếp bẹn chừng 20-30 cm, đầu dưới nên cài vào kẽ ngón 2-3, vòng quanh ngón 2 để dây khỏi tuột khi rạch bột.

- Bước 2: bó bột thì 1 (bó bột Cẳng - bàn chân): Dùng độn gỗ kê dưới khoeo người bệnh. Rải và đặt 1 nẹp bột tăng cường ở phía sau cẳng, bàn chân để tiến hành bó bột cẳng - bàn chân. 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: vùng trước cổ chân cũng giống như vùng trước của khuỷu tay, nếu bó không khéo thì bột sẽ bị căng như 1 dây cung, vừa xấu bột, vừa không bất động được tốt. Nên dùng bột cỡ nhỏ và nhiều khi dùng kéo cắt xẻ tà (cắt bán phần băng bột khi bó bột đến cổ chân), để XỬ TRÍ hiện tượng căng bột, bột sẽ đẹp hơn.

+ Hai là: Nơi mép trên của bột bó thì 1, nên bó mỏng dần, nếu bó 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 (giống như thợ xây đổ bê tông 2 thì, họ cũng phải làm như vậy thì khối bê tông mới vững chắc được).

- Bước 3: bó bột thì 2 (bó tiếp bột lên đùi): Bỏ độn gỗ, 1 trợ thủ viên cầm cổ chân kéo chếch chân người bệnh lên, 1 trợ thủ viên dùng 2 tay đỡ dưới đùi người bệnh và kỹ thuật viên chính tiến hành bó bột. Rải tiếp 1 nẹp bột to bản, ngâm nhanh, vắt ráo nước và đặt phía sau đùi, đầu dưới nẹp 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 (Pelvie): vẫn bó 2 thì, nhưng khác là:

+ Thì 1: bó ống bột trước (xem bài Ống bột). Bột ở gần cổ chân cũng bó mỏng dần, để khi bó

bột thì 2 nối vào, bột khỏi bị cộm, đẹp và không bị đau.

+ Thì 2: Bó nối thêm bột ở cổ chân, bàn chân: sau khi bó xong ống bột, đỡ người bệnh khỏi bàn Pelvie, đặt nằm trên bàn thường, bó nối tiếp phần bột ở cổ, bàn chân (như bó bột Cẳng - bàn chân). Bàn Pelvie chúng tôi sẽ mô tả kỹ cấu tạo và cách sử dụng trong bài Bột Chậu - lưng - chân. Nếu bột cấp cứu thì rạch dọc bột.

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.

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, kết hợp xương.

- Sưng nề, có phỏng nước: nới rộng bột, gác cao chân, hết sưng nề mới thay bột.

101. BỘT ỐNG

I. ĐẠI CƯƠNG

- Bột ống hoặc còn gọi là ống bột (Tuteur), là bột hình ống được giới hạn bởi:

+ Phía trên là: ở ngoài là cực dưới mấu chuyển lớn xương đùi, ở trong là dưới nếp bẹn chừng 2 cm (giống giới hạn đầu trên của bột đùi - cẳng - bàn chân).

+ Phía dưới là cổ chân, trên nếp gấp trước cổ chân 1- 2 cm (để khi gấp cổ chân mép bột không gây đau).

- Ống bột được sử dụng khi tổn thương vùng gối và vùng gần gối. Các tổn thương vùng xa gối: nếu gần cổ chân người ta thường bó bột cẳng - bàn chân, nếu thân xương đùi thì ngược lại, bó bột chậu - lưng - chân.

II. CHỈ ĐỊNH

1. Gẫy xương bánh chè, trật khớp xương bánh chè do chấn thương (đã nắn).

2. Gẫy 1 hoặc 2 lồi cầu đùi, liên lồi cầu xương đùi ít di lệch hoặc không lệch.

3. Gẫy đầu trên 1 hoặc 2 xương cẳng chân ít di lệch hoặc không lệch (mâm chầy, đầu trên xương mác, gai chầy).

4. Các loại gẫy xương kể trên có lệch nhưng vì lý do nào đó không mổ được (thể trạng yếu, có bệnh toàn thân nặng như ung thư di căn, tiểu đường, tim mạch, huyết áp, rối loạn đông máu, tâm thần phân liệt, các trường hợp từ chối mổ...).

5. Tổn thương các loại dây chằng và bong chỗ bám của các dây chằng vùng khớp gối (dây chằng chéo trước, dây chằng chéo sau, dây chằng bên ngoài, dây chằng bên trong...).

6. Sau nắn trật khớp gối, sau mổ khớp gối (gẫy hở, vết thương khớp gối, đứt gân bánh chè, đứt gân tứ đầu đùi, dẫn lưu mủ, hàn khớp gối...).

7. Chấn thương, chạm thương, tụ máu khớp gối.

8. Một số bệnh lý vùng khớp gối (viêm, lao, hư khớp, Osgood Schlatter...).

9. Sau một số phẫu thuật ở vùng gối.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Tương tự như với các loại bột đã nói ở các bài trên.

1. Gẫy xương hở từ độ II trở lên, trật hở khớp gối.

2. Có tổn thương mạch máu, thần kinh, hội chứng chèn ép khoang.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Chuyên khoa xương: 3 người (1 kỹ thuật viên chính, 2 trợ thủ viên).

- Nếu có gây mê: 1 hoặc 2 chuyên khoa gây mê.

2. Phương tiện

- 1 Bàn nắn thông thường, 1 độn gỗ cao để kê cao gót chân.

- Bột thạch cao: 5 - 6 cuộn bột cỡ lớn.

- Các dụng cụ khác (giống như để bó các loại bột khác).

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.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH BÓ BỘT

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 70^{o} 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. Các bước tiến hành bó bột: sau khi nắn xương (nếu gẫy có di lệch) và làm các thủ thuật khác (hút máu tụ, hút dịch...), kê gót chân người bệnh lên độn gỗ, rồi:

- 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).

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

Lưu ý: với các thương tổn 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.

102. NẸP BỘT VÀ MÁNG BỘT

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 30-35^{o}).

- 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 90^{o}, 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...).

103. ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN TRẬT KHỚP VAI

I. ĐẠI CƯƠNG

- Khớp vai là 1 khớp chỏm (có chỏm khớp và ổ khớp), chỏm khớp thì to, ổ khớp lại nhỏ và nông nên khớp vai rất dễ bị trật (chiếm 50-60% , hay gặp nhất trong tất cả các loại trật khớp). Bao khớp và dây chằng rộng và yếu ở phía trước và phía trước trong, nên hay gặp trật khớp vai kiểu ra trước và vào trong.

- 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.

2. Trật khớp vai đến sớm (3 tuần trở lại).

3. Trật khớp vai đơn thuần (không có kèm gẫy xương vùng vai).

4. Trật khớp vai có kèm gẫy xương vùng vai nhưng không di lệch, ít di lệch.

5. 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.

2. Trật khớp vai đến quá muộn (trên 01 tháng).

3. Không phải chống chỉ định tuyệt đối, nhưng cần cân nhắc trong các trường hợp trật khớp vai kèm gẫy các xương vùng vai có di lệch (gẫy cổ xương cánh tay, gẫy xương bả vai...).

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

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

2. Phương tiện

- 01 bàn nắn thông thường (tốt nhất là bàn kiểu bàn mổ), bàn bằng chất liệu gì thì cũng đòi hỏi phải nặng, được cố định chắc chắn xuống sàn nhà, để khi kéo nắn bàn không bị trôi theo lực kéo. Bàn có 1 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 70^{o}, 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.

3. Người bệnh

- Được thăm khám toàn diện, tránh bỏ sót tổn thương, nhất là những tổn thương lớn có thể gây tử vong trong quá trình nắn bó bột.

- Được giải thích kỹ mục đích của thủ thuật, quá trình tiến hành làm thủ thuật, để người bệnh khỏi bị bất ngờ, động viên để họ yên tâm, hợp tác tốt với thầy thuốc. Với bệnh nhi, cần giải thích cho bố mẹ hoặc người thân.

- Được vệ sinh sạch sẽ vùng vai và nách, cởi hoặc cắt bỏ tay áo bên tay 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).

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 TRẬT KHỚP VAI

1. Người bệnh: với người bệnh gây tê và gây mê cũng giống nhau.

- Tư thế người bệnh: nằm ngửa.

- Được giải thích kỹ mục đích và quá trình tiến hành thủ thuật để họ yên tâm, phối hợp tốt với thầy thuốc trong quá trình làm thủ thuật.

- Được vệ sinh sạch sẽ vùng vai bằng xà phòng, đặc biệt vùng nách.

- Cởi bỏ áo (trời lạnh nên phủ ấm ngực, chỉ để bộc lộ vai và tay bên tổn thương).

- Với người bệnh gây mê: cần nhịn ăn uống ít nhất 5-6 giờ, có tờ cam kết chấp nhận thủ thuật (tương tự cam kết chấp nhận phẫu thuật).

2. Các bước tiến hành nắn bó bột trật khớp vai

Như ở trên đã nói, trật khớp vai hầu hết là ra trước và vào trong. Khuôn khổ bài có hạn, chúng tôi chỉ nói cách nắn kiểu trật khớp vai ra trước và vào trong. Các kiểu trật khác có vỡ xương, nên thường phải mổ.

2.1 Nắn: Có rất nhiều cách nắn, tùy trường phái. Ở đây chúng tôi chỉ nói 2 phương pháp nắn hay dùng nhất:

2.1.1. 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 $20\text{-}25^{o}$). 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 90^o, chụp kiểm tra trước khi bó bột (hoặc bó bột xong mới cho chụp kiểm tra cũng được).

2.1.2. 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 (thường là theo dõi ngoại trú)

VII. 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.

104. ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN TRẬT KHỚP HÁNG

I. ĐẠI CƯƠNG

- Khớp háng cũng là 1 khớp chỏm (giống như khớp vai), là khớp lớn nhất cơ thể, ổ khớp rất sâu, được nhiều cơ che phủ nên trật khớp háng phải do 1 chấn thương rất nặng và việc phẫu thuật cũng gặp nhiều khó khăn. Ổ cối là nơi gặp nhau của 3 xương (chậu, ngồi, mu), điểm yếu ở giữa hõm khớp nên một khi ổ cối bị vỡ, chỏm xương đùi chui qua chỗ 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 90^o, gối gấp 90^o. Dùng 1 đai vải đối lực cố định chắc khung chậu vào cáng. Người bệnh được gây mê (việc tiền mê, gây mê, hồi sức do bác sỹ gây mê thực hiện).

2. Tiến hành nắn

- Người nắn quỳ cùng bên chân định nắn.

- Quàng 1 đai vải số 8 qua cổ người nắn, đầu kia đai số 8 qua khoeo người bệnh. Chỉnh đai số 8 sao cho vừa, dài quá đai bị trùng không có lực, ngắn quá người nắn sẽ phải cúi quá cũng không có lực (thường người nắn cúi khoảng 30^o 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).

105. ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN TRẬT KHỚP KHUỶU

I. ĐẠI CƯƠNG

- Khớp khuỷu được cấu tạo bởi 3 phần: khớp cánh tay - trụ, khớp cánh tay - quay và khớp quay - trụ trên.

- Nói trật khớp khuỷu là khi trật khớp cánh tay - trụ và khớp cánh tay - quay, còn khớp quay - trụ trên hiếm khi bị tổn thương.

- Là loại trật khớp hay gặp (chỉ sau khớp vai), hay gặp ở tuổi lao động, do ngã chống tay trong tư thế khuỷu duỗi tối đa, cẳng tay ngửa. Có tác giả nói trật khớp khuỷu hay gặp ở trẻ em, nhưng ở Việt nam rất hiếm gặp.

- Trong nhiều trường hợp, có gặp vỡ mỏm trên ròng rọc (mỏm trên lồi cầu trong) kèm theo, trong điều trị chỉ cần nắn khớp, mỏm xương sẽ tự vào theo.

- Hầu hết gặp kiểu trật khớp khuỷu ra sau (hơn 90%).

II. CHỈ ĐỊNH

1. Trật khớp kín, đến sớm (3 tuần trở lại).

2. Trật khớp khuỷu đơn thuần.

3. Trật khớp kèm gẫy xương vùng khuỷu không lệch hoặc ít lệch.

4. Trật khớp khuỷu kèm gẫy xương di lệch, có chỉ định kết hợp xương, nhưng vì nguyên nhân nào đó không thể kết hợp xương được (tương tự như với trật khớp vai, khớp háng), hoặc vì lý do nào đó chưa mổ được, cần nắn khớp rồi chờ mổ kết hợp xương sau theo kế hoạch.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Trật khớp hở.

2. có tổn thương mạch, thần kinh, có hội chứng khoang.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Chuyên khoa chấn thương: 3 (1 kỹ thuật viên chính: là bác sỹ hoặc kỹ thuật viên, 2 trợ thủ viên).

- Chuyên khoa gây mê hồi sức với trường hợp người bệnh gây mê: 2 (1 bác sỹ gây mê, 1 phụ mê).

2. Phương tiện

- 1 bàn nắn thông thường (như kiểu bàn mổ, nếu nơi không có bàn kiểu này thì có thể dùng bàn sắt hoặc bàn gỗ, nhưng cần đảm bảo tiêu chí: nặng, cố định chắc xuống sàn nhà, có mấu để móc đai đối lực.

- Bột thạch cao: với người lớn cần 2-3 cuộn bột cỡ 15 cm, 3-4 cuộn cỡ 10 cm.

- Thuốc gây tê, mê và các dụng cụ kèm theo (nếu gây mê, bác sỹ gây mê sẽ lo).

- Các dụng cụ khác: đai đối lực, bông băng, cồn sát trùng, dây rạch dọc, dao rạch dọc, nước ngâm bột…

3. Người bệnh

- Thăm khám kỹ tình trạng toàn thân: tri giác, mạch, huyết áp, thở, bụng, ngực...

- Được giải thích kỹ, động viên để họ yên tâm và phối hợp tốt với thầy thuốc trong quá trình làm thủ thuật. Với trẻ em và người bệnh gây mê, phải giải thích với cả người nhà họ nữa.

- Cởi hoặc cắt bỏ áo bên tay tổn thương.

- Vệ sinh sạch sẽ vùng tổn thương bằng xà phòng.

- Với người bệnh gây mê, cần dặn nhịn ăn uống ít nhất 5-6 giờ.

4. Hồ sơ

- Ghi rõ ngày giờ bị tai nạn, ngày giờ bó bột, cách xử trí, dặn dò, hẹn khám lại.

- Với người bệnh gây mê cần có giấy cam kết chấp nhận thủ thuật, người bệnh là người lớn trong tình trạng hoàn toàn tỉnh táo thì tự ký tên, người bệnh nặng và trẻ em thì người nhà ký (cha hoặc mẹ, hoặc người bảo hộ hợp pháp).

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH NẮN VÀ BẤT ĐỘNG TRẬT KHỚP KHUỶU

Vì trên 90% là trật khớp khuỷu ra sau nên chúng tôi chỉ mô tả cách nắn trật khớp khuỷu ra sau, còn trật khớp ra trước và trật khớp sang bên là những trường hợp tổn thương nặng, hoặc có gẫy xương kèm theo, thường phải mổ.

1. Người bệnh

- Tư thế người bệnh: nằm ngửa, nách hơi dạng.

- Đai vải đối lực đặt ở nách, cột chặt vào bàn nắn.

2. Các bước tiến hành nắn bất động trật khớp khuỷu

2.1. Vô cảm

- Trật khớp đến sớm 1 tuần trở lại: tê tại chỗ là đủ, người lớn trung bình dùng 2-3 ống Lidocaine 1%, pha loãng trong 10 ml huyết thanh mặn 0,9% tiêm vào ổ khớp hoặc xung quanh ổ khớp, chờ 5-7 phút cho thuốc ngấm, bắt đầu kéo nắn.

- Trật khớp trên 1 tuần đến 3 tuần: gây mê toàn thân (do chuyên khoa gây mê hồi sức thực hiện), trật khớp khuỷu thường nắn nhanh đạt kết quả trong vài phút, nên dùng các loại thuốc gây mê

tác dụng nhanh và thoát mê cũng nhanh. Trường hợp không đủ điều kiện gây mê, có thể gây tê vùng (đám rối thần kinh cánh tay).

2.2. Nắn khớp

- Trợ thủ 2: đứng bên đối diện, đỡ cổ tay người bệnh, vẫn giữ cho khuỷu ở tư thế trật khớp (khuỷu nửa gấp nửa duỗi), khi trợ thủ 1 kéo nắn thì đưa nhẹ cổ tay lên phía trên để cho trợ thủ 1 kéo tay người bệnh thì khuỷu không bị duỗi ra gây tổn thương cho xương vùng khuỷu. Sau khi nắn vào khớp, trợ thủ 2 bỏ tay người bệnh, trở lại vai trò giúp việc (ngâm bột, đưa bột...). Luôn nhớ không được đưa tay lên cho khuỷu gấp lại 90^o, làm như thế dễ gây tổn thương xương khi kéo nắn khớp.

- Trợ thủ 1: là người kéo: đứng bên tay định nắn, 2 ngón cái đặt sau cẳng tay, các ngón tay còn lại đặt phía trước cẳng tay người bệnh, kéo nhẹ và tăng dần lực theo hướng của trục cánh tay (lúc này khuỷu vẫn đang để ở tư thế trật khớp, nửa gấp nửa duỗi), thời gian kéo từ 3-5 phút. Không cầm vào cổ tay để kéo.

- Người nắn chính: Dùng 2 ngón tay cái đẩy mỏm khuỷu ra trước, dùng các ngón tay còn lại đặt ở phía trước cánh tay làm đối lực. Cảm thấy tiếng "khục" là được. Với kỹ thuật viên có kinh nghiệm, người kéo có thể kiêm luôn người nắn: khi kéo, kéo bằng 2 tay, động tác như của trợ thủ 1, kéo đủ thời gian rồi thì từ từ bỏ 1 tay ra để thực hiện động tác nắn. Ngón tay cái đẩy mỏm khuỷu ra trước, 4 ngón còn lại giữ ở phía trước cánh tay làm đối lực. Khi thấy khớp đã vào, đưa khuỷu vào 90^o. Thông thường với trật khớp đơn thuần, khớp vào vững, ít khi trật lại, có thể co duỗi thử, thấy khớp trơn tru là tốt. Có thể treo tay tạm tư thế khuỷu 90^o cho đi chụp kiểm tra rồi về bó bột, hoặc bó bột Cánh - cẳng - bàn tay rạch dọc rồi mới cho đi chụp kiểm tra sau đều được.

Với trật khớp kèm vỡ xương (thường gặp vỡ mỏm trên ròng rọc), chỉ cần nắn khớp, trong hầu hết các trường hợp mỏm xương tự vào theo với kết quả rất tốt. Nắn xong nên làm động tác co duỗi khớp khuỷu vài lần, nếu mỏm xương kẹt trong ổ khớp có thể tự trôi ra được. Trường hợp kẹt mỏm xương không ra được, phải chuyển mổ sớm, nếu bỏ sót sẽ ảnh hưởng rất xấu đến cơ năng khuỷu.

2.3. Bất động

- Với trật khớp vững, trật khớp đơn thuần: có thể làm nẹp bột hoặc bó bột cánh - cẳng - bàn tay rạch dọc đều được. Cách bó bột cánh - cẳng - bàn tay:

+ Quấn giấy hoặc bông lót vùng định bó bột, đặt dây rạch dọc phía trước tay.

+ Đặt nẹp bột phía sau cánh - cẳng - bàn tay.

+ Quấn bột từ trên xuống dưới, từ dưới lên trên theo kiểu xoáy trôn ốc, theo mốc đã định từ trước (từ dưới hõm nách đến khớp bàn-ngón), đủ độ dày thì thôi. Tư thế khuỷu để 90^o.

+ Xoa, vuốt, chỉnh trang cho bột mịn và đẹp, rạch dọc bột. Thời gian bất động: trung bình 3 tuần (với người già, có thể và nên tháo bột sớm hơn, khoảng 10-14 ngày).

- Với trật khớp không vững, trật khớp có kèm vỡ xương: phải bó bột cánh - cẳng - bàn tay rạch dọc.

- Thời gian bất động với loại trật không vững thường kéo dài hơn (3-4 tuần).

VI. THEO DÕI

Thường là theo dõi ngoại trú, những trường hợp sưng nề nhiều nên cho vào viện theo dõi nội trú để kịp thời phát hiện và XỬ TRÍ các biến chứng có thể xảy ra.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ (thường ít xảy ra tai biến.)

Lưu ý các trật khớp có kèm đụng dập phần mềm nặng và trật khớp có kèm vỡ xương vùng khuỷu, đặc biệt gẫy liên lồi cầu xương cánh tay (biến chứng mạch máu) và gẫy đài quay (biến chứng thần kinh quay). Cần theo dõi sát, nếu phát hiện có tai biến, chuyển mổ kịp thời.

106. ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN GẪY XƯƠNG ĐÒN

I. ĐẠI CƯƠNG

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

- Gẫy xương đòn là một trong những chấn thương hay gặp nhất, gẫy xương đòn thường dễ

liền, nên chủ yếu được điều trị bảo tồn.

- Cơ chế chấn thương có thể do lực tác động trực tiếp, có thể còn do ngã chống tay khi duỗi tay. Tỷ lệ khớp giả sau điều trị bảo tồn là 0,1% - 7,0%. Khi điều trị bảo tồn, mặc dù ổ gẫy di lệch thường không được nắn chỉnh và cố định trong tư thế hoàn hảo nhưng kết quả về chức năng thì rất tốt và hoàn toàn có thể chấp nhận được về mặt thẩm mỹ.

II. CHỈ ĐỊNH

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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Gẫy hở xương đòn.

2. Gẫy xương đòn có tổn thương mạch máu.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Chuyên khoa chấn thương: 02 người.

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

- Bàn nắn thường hoặc chỉ cần một chiếc ghế để người bệnh ngồi.

- Thuốc tê: 1 ống Xylocaine (hoặc Lidocaine) 1%, pha loãng trong 5 ml nước cất hoặc dung dịch huyết thanh mặn Natriclorua 0,9%, tiêm tại ổ gẫy.

- Băng đai số 8 tùy theo kích thước người bệnh. Nơi không có băng đai số 8, hoặc băng đai không vừa cỡ, chuẩn bị 2-3 cuộn bột, cỡ 15 cm để bó bột số 8.

3. Người bệnh

- Được thăm khám toàn diện, tránh bỏ sót tổn thương.

- Được giải thích kỹ mục đích của thủ thuật.

- Được vệ sinh sạch sẽ vùng xương gẫy, cởi áo hoàn toàn (cả áo lót).

4. Hồ sơ

- Cần ghi rõ ngày giờ bị tai nạn, ngày giờ bó bột, tình trạng thăm khám toàn thân, hướng xử trí, những điều dặn dò và hẹn khám lại.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

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

1. Người bệnh

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

2. Người nắn

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

VI. THEO DÕI

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

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

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

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

- Nếu tổn thương mạch máu: mổ cấp cứu để XỬ TRÍ nối hoặc ghép mạch.

- Nếu tổn thương đám rối thần kinh cánh tay: chờ phục hồi sau 3-6 tháng.

- Nếu do băng đai chặt: nới băng đai, hướng dẫn người bệnh chống 2 tay để dạng 2 nách.

107. ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN GẪY XƯƠNG BẢ VAI

I. ĐẠI CƯƠNG

- Xương bả vai là 1 xương dẹt, có hình hình tam giác (đáy ở trên, đỉnh ở dưới).

- Xương bả vai được bắt khớp với xương cánh tay bởi khớp vai, với xương đòn bởi khớp cùng đòn, trong đó khớp vai là quan trọng hơn cả.

- Xương bả vai là một xương dẹt, mặt trước và mặt sau có nhiều cơ che phủ nên nuôi dưỡng tốt, khi gẫy thường dễ liền.

- Tùy theo vị trí gẫy xương, tùy theo tầm quan trọng ta có thể xếp thứ tự từ nặng đến nhẹ như sau:

+ Gẫy ổ chảo.

+ Gẫy cổ xương bả vai.

+ Gẫy các mỏm xương (mỏm cùng, mỏm quạ).

+ Gẫy thân xương bả vai.

II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN

1. Gãy xương bả vai ít di lệch, hoặc không lệch.

2. Gẫy xương kín hoặc gẫy hở độ I theo Gustilo.

3. Gẫy xương bả vai đơn thuần, không có gẫy các xương khác vùng vai (đặc biệt là gẫy đầu trên xương cánh tay).

4. Không có tổn thương ngực, bụng, không tổn thương mạch máu, thần kinh.

5. Các trường hợp gẫy di lệch, gẫy vào vị trí có chỉ định mổ như cổ xương, ổ chảo di lệch nhưng người bệnh không có điều kiện mổ hoặc từ chối mổ.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Gẫy hở độ II trở lên.

2. Gẫy xương có kèm tổn thương mạch máu, thần kinh.

3. Đụng dập, sưng nề nặng vùng vai.

4. Có chấn thương ngực (tràn máu, tràn khí màng phổi, mảng sườn di động, suy thở, chấn thương tim).

5. Chống chỉ định tương đối: cần cân nhắc kỹ trong các trường hợp: gẫy di lệch, gẫy kèm các xương khác vùng vai…

Các trường hợp này tùy điều kiện cụ thể của từng người bệnh, vào kinh nghiệm của thầy thuốc mà quyết định mổ hay điều trị bảo tồn. Nếu có mổ chăng nữa thì nhiều khi kết quả trên phim chụp kiểm tra không tỷ lệ thuận với sự phục hồi về cơ năng của khớp vai sau mổ. Vì khớp vai là một trong những khớp nhạy cảm nhất đối với những tác nhân kích thích vào nó.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Không gây mê nên chỉ cần chuyên khoa xương: 3 (1 nắn chính là bác sỹ hoặc kỹ thuật viên, 2 trợ thủ là kỹ thuật viên).

2. Phương tiện

- Bàn nắn: 1 bàn nắn thông thường.

- 1 ghế đẩu để người bệnh ngồi bó bột.

- 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.

- Các dụng cụ, phương tiện thông thường khác: bông, băng, dây rạch dọc, cồn iêm, thuốc gây tê, dụng cụ cấp cứu hồi sức, nước ngâm 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...). Vì người bệnh bó bột hoàn toàn lồng ngực, nên việc này đặc biệt quan trọng.

- 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 bỏ hoàn toàn áo.

4. Hồ sơ: Cần ghi rõ ngày giờ bị tai nạn, ngày giờ bó bột, tình trạng thăm khám toàn thân, cách xử trí, những điều dặn dò và hẹn khám lại.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vì xương bả vai nằm ở sau lồng ngực, lại có nhiều cơ bao phủ nên rất khó nắn. Chỉ nắn được với những mỏm xương có thể kiểm soát được ở dưới da, như mỏm cùng vai gẫy di lệch chồi ra phía ngoài, khi di lệch chìm hoặc quặp vào trong cũng không nắn được. Tùy theo kiểu di lệch quan sát và nhận định ở trên phim XQ mà nắn.

2. Trong vài trường hợp có thể nắn mảnh gẫy của thân xương bả vai cho đỡ lệch mà thôi. Với gẫy cổ xương và ổ chảo, hầu như không bao giờ nắn được, vì chúng nằm ở rất sâu, nhiều cơ và tổ chức phần mềm che phủ. Các trường hợp này cần điều trị phẫu thuật.

Cho nên, gọi là nắn chỉnh nhưng trên thực tế vì kết quả rất khiêm tốn, nắn chỉ là tối thiểu, bó bất động là chủ yếu.

3. Bó bột Desault với người bệnh trẻ, khỏe.

- Quấn giấy vệ sinh hoặc bông lót toàn bộ ngực, vai, cánh tay, cẳng tay bên đau. - Không cần làm nẹp bột, nếu có làm nẹp bột nên đặt nẹp bột từ trên vai đến trên cổ tay, ở phía sau cánh-cẳng tay. Trường hợp gẫy cổ xương cánh tay mở góc ra ngoài nên chèn 1 cuộn giấy vệ sinh vào hõm nách để đỡ bị di lệch thứ phát.

- Trợ thủ 1: đỡ tay người bệnh áp nhẹ vào thành ngực bên.

- Trợ thủ 2: giúp việc (ngâm bột, vớt bột, chạy ngoài...).

- Kỹ thuật viên chính: Dùng bột to bản quấn luôn theo thứ tự: nách bên lành → vai bên đau → xuống khuỷu bên đau (như trình tự quấn bột đã nói ở phần trên) nhiều lần đến khi thấy đủ độ dầy thì được. Bên tổn thương nên tăng cường bột từ vai xuống mặt sau cánh tay, khuỷu tay và phần trên cẳng tay rồi lại vòng ra trước, lên vai, để treo đỡ khuỷu - cẳng tay lên cao. Có thể bó kín để che phủ toàn bộ cánh tay, cũng có thể để hở phía trước ngoài và sau ngoài cánh tay để tiện theo dõi mầu da của cánh tay (và 1 phần là để đỡ tốn bột). Có thể quấn vài vòng bột quanh cổ tay để bất động cho cẳng tay khỏi trôi về phía trước, cánh tay sẽ được bất động tốt hơn, nhưng khi bột gần khô nhớ cầm bàn tay người bệnh thực hiện động tác sấp ngửa nhằm tạo khuôn cho cổ tay được rộng và thoải mái khi mang bột. Xoa vuốt, sửa và chỉnh trang bột cho nhẵn và đẹp.

4. Mặc áo chỉnh hình bằng vải mềm với người bệnh: già yếu, gù vẹo cột sống, béo phì, có

bệnh lý hoặc chấn thương ngực, bụng, đa chấn thương, hôn mê, chờ mổ…

5. Thời gian bất động: 3-4 tuần. Người già nên tháo sớm để tập sớm khớp vai.

VI. THEO DÕI

Hầu hết là theo dõi ngoại trú, chỉ cần cho vào viện để theo dõi điều trị các trường hợp có khó thở hoặc có tổn thương phối hợp.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Không giống như gẫy xương đòn và gẫy xương sườn, gẫy xương bả vai rất hiếm xảy ra tai biến tràn máu tràn khí màng phổi.

- Tai biến mạch máu: rất hiếm gặp, nếu có thì chủ yếu là tổn thương các mạch máu nhỏ hoặc không quan trọng.

- Có chăng, có thể có tai biến thần kinh, nhưng cũng rất ít gặp. Nếu liệt 1 hoặc nhiều dây thần kinh, hoặc liệt đám rối thần kinh cánh tay, không có chỉ định mổ cấp cứu, chờ tự phục hồi sau 1 vài tháng.

- Chỉ có biến chứng muộn, mà rất hay gặp, đó là cứng khớp vai sau chấn thương, kể cả gẫy di lệch hay gẫy không di lệch, được điều trị phẫu thuật hay điều trị bảo tồn. Muốn tai biến này đỡ trở nên trầm trọng, chỉ có cách là người bệnh phải tập phục hồi chức năng: sớm, tích cực, và khoa học.

108. ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN GẪY ĐẦU TRÊN 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 45^o.

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.

109. ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN GÃY THÂN XƯƠNG CÁNH TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

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

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

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

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

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

II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BÓ BỘT

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

2. Gãy ít di lệch hoặc không di lệch.

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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Gãy hở từ độ 2 trở lên theo Gustilo.

2. Gãy 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 90^o, 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.

110. ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN GÃY TRÊN LỒI CẦU XƯƠNG CÁNH TAY Ở TRẺ EM

I. ĐẠI CƯƠNG

- Đây là loại gãy phổ biến nhất ở trẻ em, thường do ngã chống tay.

- Đường gãy ngoài khớp, thường gãy duỗi, đầu dưới lệch ra sau, vào trong.

- Thăm khám mạch quay là quan trọng và bắt buộc trong tất cả các trường hợp gãy trên lồi cầu xương cánh tay. Nếu nghi ngờ tổn thương mạch phải cho nắn xương sớm, đặt nẹp bột tạm thời, cho làm siêu âm 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 70^{o}, 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 90^{o}. Sau 1 tuần chụp kiểm tra, thay bột tròn, thời gian bất động trung bình 4-5 tuần.

- Với di lệch ra trước: bột khuỷu tư thế duỗi 160-180^{o}. Sau 1 tuần chụp kiểm tra, thay bột tròn vẫn duỗi khuỷu (nếu di lệch thứ phát thì nắn thêm), sau 3 tuần thay bột khuỷu 90^{o} 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…

111. ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN GÃY MỎM KHUỶU

I. ĐẠI CƯƠNG

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

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

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

II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN GÃY MỎM KHUỶU:

1. Gãy kín, gãy hở độ I theo Gustilo.

2. Gãy ít lệch hoặc không di lệch.

3. Gãy di lệch, nhưng vì 1 lý do nào đó không mổ được (già yếu, có bệnh toàn thân nặng, không có điều kiện mổ, từ chối mổ).

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Gãy hở độ II trở lên.

2. Gãy có kèm tổn thương mạch máu, thần kinh, có hội chứng chèn ép khoang.

3. Chống chỉ định tương đối:

- Gãy mỏm khuỷu di lệch.

- Gãy mỏm khuỷu kèm theo gãy các xương khác ở vùng khuỷu (gãy trên lồi cầu, liên lồi cầu, lồi cầu trong, lồi cầu ngoài, gãy chỏm quay, đài quay).

- Gãy mỏm khuỷu sưng nề nhiều, rối loạn dinh dưỡng.

- Gãy mỏm khuỷu kèm trật khớp khuỷu.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

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. 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 90^o.

1.1. Người bệnh

- Tư thế người bệnh: nằm ngửa, 1 đai vải đặt ở hõm nách. Đai vải đối lực này được cố định chắc vào mấu của bàn nắn. Khuỷu tay gấp 90^o, 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 120-130^o, rạch dọc. Sau 7-10 ngày chụp kiểm tra và thay bột tròn (vẫn duỗi khuỷu), sau 2 tuần nữa thay bột khuỷu 90^o. 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.

112. ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN GẪY THÂN HAI XƯƠNG CẲNG TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

- Cẳng tay có 2 xương dài: xương quay và xương trụ. Giữa 2 xương là màng liên cốt. Màng liên cốt có đặc điểm rất dai, nên khi gẫy xương cẳng tay thì do màng này co kéo, các đầu xương gẫy thường bị kéo chụm lại tạo hình chữ K, hoặc hình chữ X, khó khăn cho việc nắn chỉnh.

- Gẫy thân hai xương cẳng tay là gẫy ở vùng màng liên cốt dưới lồi củ nhị đầu 2 cm và trên khớp quay cổ tay 3cm.

- Xương quay, xương trụ và màng liên cốt tạo nên một khung sấp ngửa, quay quanh trục là chỏm quay, mỏm trâm trụ. Bình thường, khi cẳng tay để ngửa 2 xương nằm song song với nhau; khi để sấp cẳng tay, xương quay nằm bắt chéo xương trụ. Nếu nắn chỉnh không tốt (đặc biệt là xương quay), sẽ ảnh hưởng rất nhiều đến sấp ngửa bàn tay.

- Phân loại:

* Phân loại theo vị trí gẫy: Gẫy 1/3 trên, 1/3 giữa, 1/3 dưới.

Gẫy 1/3 trên cẳng tay ở người lớn di lệch: do các khối cơ dày bao phủ, lại có cơ sấp tròn co kéo nên nắn thường ít kết quả, phải mổ kết hợp xương.

* Phân loại theo kiểu gẫy:

+ Gẫy vững: gẫy cành tươi, gẫy đôi ngang, không có mảnh rời, ít di lệch.

+ Gẫy không vững: Gẫy chéo vát , gẫy có mảnh rời , gẫy nhiều đoạn .

II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN

1. Gẫy kín, gẫy hở độ I theo phân loại của Gustilo.

2. Gẫy ở trẻ em (tử 15 tuổi trở về).

3. Gẫy ít lệch hoặc không lệch.

4. Người bệnh đến sớm (1 tuần trở lại).

5. Gẫy ở người lớn, gẫy di lệch, gẫy vào vị trí khó nắn...lẽ ra có chỉ định mổ kết hợp xương nhưng vì lý do nào đó người bệnh không mổ được (già yếu, có bệnh toàn thân nặng, không có điều kiện mổ, từ chối mổ).

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Gẫy xương hở độ II trở lên.

2. Gẫy xương có kèm tổn thương mạch máu, thần kinh, hoặc hội chứng chèn ép khoang.

3. Chống chỉ định tương đối: người bệnh đến muộn (trên 1 tuần), gẫy xương ở người lớn, vào các vị trí khó nắn...

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

- 1 bàn nắn thông thường.

- 1 đai vải to bản, đủ dài để cố định tay người bệnh vào bàn làm đối lực khi nắn.

- Thuốc gây mê hoặc gây tê: tùy theo tuổi, cân nặng (nếu gây mê, do bác sỹ gây mê chuẩn bị và thực hiện).

- Các dụng cụ thông thường khác: bông lót, bơm tiêm, dịch truyền, bộ dây truyền dịch, dụng cụ hồi sức cấp cứu, nước ngâm bột…

- Bột thạch cao 3-4 cuộn khổ 15 cm, thêm vài cuộn cỡ 10 cm để bó vùng cổ tay.

3. Người bệnh

- Được giải thích kỹ mục đích của thủ thuật, quá trình tiến hành làm thủ thuật. Với bệnh nhi cần giải thích kỹ cho bố mẹ hoặc người thân.

- Được vệ sinh sạch sẽ, cởi bỏ áo tay bên bó bột.

- Với người bệnh gây mê cần nhịn ăn uống 6 giờ, tránh nôn hoặc hiện tượng trào ngược.

4. Hồ sơ

- 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 GÃY THÂN HAI XƯƠNG CẲNG TAY

1. Người bệnh

- Tư thế: nằm ngửa trên bàn nắn thông thường, đặt đai vải đối lực ở trên khuỷu, cố định vào bàn nắn. Cởi bỏ áo bên tổn thương, vệ sinh sạch bằng xà phòng. Tay để nửa sấp nửa ngửa.

- Gây tê: mỗi ổ gãy dùng 2 ống Xylocaine (hoặc Lidocaine) 1% pha loãng với 5 ml nước cất hoặc dung dịch Natriclorua 0,9%. Nếu gây mê, do bác sỹ gây mê thực hiện.

2. Các bước tiến hành

2.1. Nắn

- Trợ thủ 1: 2 tay nắm cổ tay (hoặc 1 tay nắm ngón 1, tay còn lại nắm 3 hoặc 4 ngón còn lại), kéo thẳng trục cẳng tay để sửa di lệch chồng (khoảng 3-5 phút).

- Người nắn chính: dùng các ngón dài của 2 tay giữ làm đối lực, lấy 2 ngón tay cái đẩy vào đầu xương gẫy nắn sửa di lệch trước sau và di lệch trong ngoài, kiểm tra thấy không còn gồ và ổ gẫy đã vào phẳng phiu thì tiến hành dùng các ngón dài đặt ở sau giữa cẳng tay, 2 ngón cái đặt ở trước giữa cẳng tay bóp vào hướng của màng liên cốt nhằm tách cho 2 xương tách xa nhau, tránh đầu xương di lệch chụm lại do lực kéo của màng liên cốt. Khi cảm thấy được, đỡ nhẹ nhàng, giữ trục để bó bột. Trợ thủ 2: giúp việc, chạy ngoài...

Cũng có thể nắn bằng cách nắn chùng: bẻ cho cẳng tay gập góc thêm, nắn cho 2 đầu gẫy gối vào nhau rồi duỗi thẳng cẳng tay ra (kiểu này nắn đỡ tốn nhiều lực, nhưng đòi hỏi người nắn có kinh nghiệm), sau đó nắn để tách màng liên cốt cũng tương tự như cách nắn trên.

2.2. Bó bột: bột Cánh - cẳng - bàn tay. Lưu ý:

- Bó bột 2 thì, thì 1 bó bột Cẳng - bàn tay, thì 2 tháo bỏ đai vải đối lực để bó tiếp lên vai. Rạch dọc bột hoàn toàn không để sót, dù chỉ là 1 sợi gạc.

- Với gẫy 1/3 giữa và 1/3 trên: bó bột tư thế ngửa bàn tay để chống lại lực kéo của cơ sấp tròn. Gẫy có kèm trật khớp quay trụ dưới: nắn khớp và khi bó bột, cho duỗi cổ tay và ngửa cẳng bàn tay.

2.3. Thời gian bất động: trung bình với người lớn 8-12 tuần (trẻ em tùy theo tuổi). Trong thời gian này:

- Sau 1 tuần cho chụp kiểm tra: với trẻ em và các loại gẫy vững: thay bột tròn, nếu cần nắn sửa thêm, chủ yếu là sửa góc. Với gẫy không vững: nếu tốt sẽ thay bột tròn hoặc nếu lo xương bị di lệch trong khi thay bột thì để thêm 7-10 ngày nữa mới thay bột tròn cũng được (trước khi thay bột, nên chụp kiểm tra để nếu cần còn nắn chỉnh thêm).

- Sau 3-4 tuần, chụp kiểm tra lần nữa, thay bột lần 2 nhằm tránh hiện tượng xương lệch thêm do lỏng bột.

- Giai đoạn 3-4 tuần sau cùng của quá trình mang bột, nếu gẫy xương cẳng tay ở vị trí thấp (1/3 dưới trở xuống) có thể thay bột Cẳng - bàn tay cũng được. Nếu gẫy 1/3 trên thì bắt buộc phải thay bột Cánh - cẳng - bàn tay đến khi kết thúc thời gian bất động.

VI. THEO DÕI

- Nhẹ thì theo dõi điều trị ngoại trú.

- Nặng hoặc gẫy di lệch, tay sưng nề thì cho vào viện theo dõi nội trú.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Sưng nề, rối loạn dinh dưỡng: nới bột, gác cao tay, cho vào viện theo dõi điều trị nội trú.

- Nghi ngờ có hội chứng chèn ép do bó bột, hội chứng khoang: mổ cấp cứu giải phóng mạch, kết hợp xương.

- Di lệch thứ phát trong gẫy di lệch: mổ kết hợp xương có chuẩn bị.

113. ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN GÃY MONTEGGIA

I. ĐẠI CƯƠNG

- Đây là loại gẫy xương đặc biệt, được Monteggia mô tả vào năm 1814, là gẫy thân xương trụ gập góc, di lệch và trật chỏm xương quay.

- Cần phát hiện sớm và điều trị kịp thời, nếu điều trị muộn thường để lại di chứng nặng nề.

- Theo tác giả Bado thì có 4 kiểu gẫy:

* Kiểu 1: Gẫy 1/3 trên xương trụ gập góc mở ra sau và trật chỏm xương quay ra trước, chiếm 60% trong gẫy Monteggia.

* Kiểu 2: Gẫy 1/3 trên xương trụ gập góc mở ra trước và trật chỏm xương quay ra sau, có khi gẫy chỏm quay, chiếm 15% .

* Kiểu 3: Gẫy xương trụ ở hành xương dưới mỏm vẹt và trật chỏm quay ra ngoài, thường gặp ở trẻ em, chiếm 20%.

* Kiểu 4: Gẫy xương trụ 1/3 trên gập góc, trật chỏm xương quay ra trước kèm gẫy 1/3 trên xương quay dưới lồi củ nhị đầu .

II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN

1. Gẫy kín, gẫy hở độ I, đến sớm (1 tuần trở lại).

2. Gẫy Monteggia ở trẻ em dưới 15 tuổi.

3. Người bệnh người lớn nhưng không có điều kiện mổ hoặc từ chối mổ.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Gẫy hở độ II theo Gustilo trở lên.

2. Gẫy kín nhưng đến muộn (trên 1 tuần).

3. Hội chứng chèn ép khoang, hoặc có thương tổn mạch máu, thần kinh.

4. Gẫy Monteggia trong tình trạng đa chấn thương, shock, nguy cơ tử vong.

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

- 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, thêm vài cuộn cỡ 10 cm để bó vùng cổ tay.

3. Người bệnh

- Được giải thích kỹ mục đích của thủ thuật, quá trình tiến hành làm thủ thuật. Với bệnh nhi cần giải thích kỹ cho bố mẹ hoặc người thân.

- Được vệ sinh sạch sẽ, cởi bỏ áo tay bên bó bột.

- Với người bệnh gây mê cần nhịn ăn uống 6 giờ, tránh nôn hoặc hiện tượng trào ngược.

4. Hồ sơ

- 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, BẤT ĐỘNG

1. Người bệnh

- Nằm ngửa trên bàn nắn thông thường, cởi bỏ áo bên định nắn bó bột.

- Gây tê tại chỗ ổ gẫy bằng Xylocaine hoặc Lidocaine (2 ống 1% pha loãng trong 5 ml nước cất hoặc dung dịch Natriclorua 0,9%). Trường hợp nặng hoặc trẻ em: gây mê nhanh toàn thân, theo đường tĩnh mạch (do bác sỹ gây mê thực hiện).

- Vai người bệnh để dạng, đặt 1 đai vải đối lực ở trên khuỷu, cẳng bàn tay để sấp.

2. Các bước tiến hành

2.1. Nắn

Thực chất nắn chỏm quay vào khớp là quan trọng, nắn xương trụ được là tốt, nếu còn di lệch ít thì thôi, di lệch nhiều thì mổ kết hợp xương sau (mổ có chuẩn bị). Không được nắn sớm, chỏm quay trật lâu ngày nắn khó đạt kết quả, kể cả mổ đặt lại cũng rất khó khăn, thường để lại hậu quả rất xấu về cơ năng. Tiến hành nắn:

- Trợ thủ 1: 1 tay cầm vào ngón cái, 1 tay nắm 4 ngón còn lại (hoặc 2 tay nắm cổ tay người bệnh) kéo xuống theo trục cẳng tay, vừa kéo vừa xoay cẳng tay sấp vào trong đến tối đa và gấp dần

khuỷu lại (khi bó bột nhớ nhả lại, không bó ở tư thế sấp tối đa này nữa mà chỉ ở tư thế sấp nhẹ).

- Người nắn chính: sau khi trợ thủ kéo như trên đủ thời gian (3-5 phút), căn cứ cụ thể vị trí chỏm quay đã xác định qua phim điện quang, dùng ngón tay cái đẩy vào vị trí (bắt khớp với lồi cầu xương cánh tay), chỏm quay vào khớp có thể cảm thấy tiếng "khục" nhỏ, hoặc cảm giác chỏm quay vào khớp có thể truyền vào tay người nắn, nếu người nắn có kinh nghiệm. Khi nắn xong chỏm quay, nắn sửa thêm xương trụ. Với trường hợp xương trụ gẫy chéo, không cần nắn mà ổ gẫy vẫn tự vào với nhau, vì một khi chỏm quay đã vào khớp sẽ có tác dụng giữ đủ độ dài cho xương trụ.

2.2. Bó bột: bó Bột Cánh - cẳng - bàn tay. Lưu ý:

- Sau khi nắn xong, tháo bỏ đai vải, trợ thủ 1 đỡ tay cho người nắn chính tiến hành bó bột. Trợ thủ 2 và 3: giúp việc (quấn giấy hoặc bông lót, đỡ tay, ngâm bột, vớt bột, vắt bột, đặt dây rạch dọc, chạy ngoài...

- Nhớ rạch dọc bột hoàn toàn.

- Luôn luôn chú ý giữ sao cho chỏm quay không bị trật lại bằng cách cho khuỷu gấp quá 90^o, bột cũng bó ở tư thế khuỷu gấp quá 90^o.

2.3. Thời gian bất động: với người lớn trung bình 8-10 tuần. Trong thời gian mang bột:

Sau 7-10 ngày chụp kiểm tra, nếu chỏm quay trật lại hoặc xương trụ di lệch: mổ đặt lại khớp và kết hợp xương. Nếu kết quả chụp kiểm tra tốt: thay bột tròn ở tư thế cơ năng, thay bột xong vẫn cần chụp kiểm tra lần nữa xem chỏm quay có bị trật hoặc xương trụ có bị di lệch do quá trình thay bột hay không.

VI. THEO DÕI

Thường theo dõi điều trị ngoại trú, chỉ cần điều trị theo dõi nội trú với các trường hợp có tổn thương phối hợp hoặc có sưng nề, rối loạn dinh dưỡng.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Tai biến mạch máu ít gặp.

- Tai biến thần kinh cũng ít, nếu có, chủ yếu gặp liệt thần kinh quay (thường do căng giãn do chỏm quay khi trật đã co kéo thần kinh quay căng giãn theo. Với tổn thương này, không cần mổ, theo dõi, thần kinh quay thường hồi phục sau vài tháng, có trường hợp sau 6 tháng mới phục hồi hoàn toàn. Không phục hồi sẽ mổ chuyển gân sau.

- Bỏ sót trật lại chỏm quay: nắn tốt nhưng việc theo dõi không tốt, chỏm quay trật lại mà không biết, không XỬ TRÍ sớm, chỏm quay trật lâu ngày không nắn được. Việc mổ đặt lại khớp và tái tạo dây chằng rất khó khăn, nhiều khi phải bất đắc dĩ mổ cắt bỏ chỏm quay.

114. ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN GẪY ĐẦU DƯỚI XƯƠNG QUAY

I. ĐẠI CƯƠNG

- 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. Gẫy đầu dưới xương quay ở trẻ em.

3. Tất cả các trường hợp gẫy kín đầu dưới xương quay 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 90^o, 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).

115. ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN GẪY 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.

116. ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN GẪY LIÊN MẤU CHUYỂN XƯƠNG ĐÙI

I. ĐẠI CƯƠNG

- Gẫy liên mấu chuyển là loại gãy ngoài khớp, vùng hành xương đầu trên xương đùi, có cấu trúc là hệ xương xốp. Do vậy gẫy vùng liên mấu chuyển thường dễ liền, rất ít gặp khớp giả.

- Ở người trẻ gẫy liên mấu chuyển thường là hậu quả của một chấn thương mạnh (tai nạn giao thông, ngã cao), nhưng ở người già thì có thể chỉ là một sang chấn nhẹ như ngã ngồi cũng gây nên gẫy liên mấu chuyển.

II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN

1. Gẫy liên mấu chuyển không lệch, ít lệch.

2. Gẫy liên mấu chuyển trẻ em.

3. Tình trạng sức khỏe người bệnh có nguy cơ tử vong cao khi phẫu thuật hoặc gây mê.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối, chỉ không áp dụng cho những người già, 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 70^{o}, 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. 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. 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.

117. ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN GẪY THÂN 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 70^{o}, 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.

- Gây mê, tốt nhất có giãn cơ.

- Trước hết kéo thẳng trục sửa di lệch chồng, kéo từ từ cho đến khi lấy đủ chiều dài so với chân lành (thường kéo dài hơn một chút). Tiếp theo người nắn chính sẽ căn cứ hình ảnh trên phim XQ mà nắn chỉnh các di lệch theo thứ tự: di lệch sang bên, di lệch gấp góc. Sau đó xoay dựng thẳng bàn chân để cố định tư thế bó bột.

2. Bất động

2.1. Với gẫy 1/3 dưới: 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. Với gẫy 1/3 trên và 1/3 giữa: bó bột Chậu - lưng - chân-đùi (nghĩa là bó bột Chậu - lưng - chân bên tổn thương, bó thêm đùi bên lành nữa).

3. Thời gian bất động bột: với người lớn trung bình 12 tuần (với trẻ em, tùy theo tuổi). Sau 1 tuần chụp kiểm tra, nếu có di lệch thứ phát thì nắn lại (như nắn lần đầu), hoặc chuyển mổ kết hợp xương có chuẩn bị. Nếu không di lệch thứ phát, sau 2-3 tuần nữa thay bột, tránh hiện tượng di lệch thêm do lỏng bột (bó bột lần này vì xương đã có can non, không cần thiết phải gây mê).

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.

118. ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN GÃY MÂM CHÀY

I. ĐẠI CƯƠNG

- Gãy mâm chày là loại gãy xương nội khớp đầu trên xương chày.

- Là phần xương xốp nên gãy mâm chày sẽ chảy máu ổ gãy nhiều, gây sưng nề, rối loạn dinh dưỡng, có thể kèm theo các tai biến nguy hiểm như hội chứng khoang, tắc mạch.

- Là loại gãy xương dễ liền, ít khi thấy khớp giả.

II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN

1. Gãy kín.

2. Gãy mâm chày không di lệch hoặc di lệch ít (di lệch và lún dưới 5mm).

3. Gãy có di lệch, có chỉ định mổ, nhưng vì một lý do nào đó không mổ được (thể trạng già yếu, có bệnh toàn thân nặng, không có điều kiện mổ, từ chối mổ).

4. Với những trường hợp gãy nhiều mảnh phức tạp, phẫu thuật kết hợp xương khó khăn có thể điều trị bảo tồn.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Không điều trị bảo tồn những trường hợp gãy hở.

2. Gãy xương kèm tổn thương mạch máu, thần kinh, hội chứng khoang.

3. Thận trọng: những trường hợp sưng nề, nốt phỏng nhiều nên kê chân cao trên khung (có thể kéo liên tục qua xương gót), chờ khi chân bớt nề sẽ bó bột.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 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 khi bó bột.

+ Trường hợp khó, phức tạp: bàn nắn chỉnh hình có hệ thống kéo và căng chỉnh (bàn Pelvie).

- Thuốc gây tê hoặc gây mê. Nếu gây tê: 2-3 ống Lidocaine (hoặc Xylocaine) 1% pha loãng trong 5-10 ml nước cất (hoặc huyết thanh mặn 0,9%). Nếu gây mê: do bác sỹ gây mê chuẩn bị và thực hiện.

- Bột thạch cao: 4-5 cuộn khổ 20 cm, 3-4 cuộn khổ 15 cm.

- Các dụng cụ phương tiện tối thiểu khác: bông lót, bơm tiêm, dịch truyền, dây truyền dịch, dây và dao rạch dọc, cồn tiêm, dụng cụ gây mê hồi sức, nước ngâm bột, băng vải (hoặc băng thun) để quấn ngoài bột…

3. Người bệnh

- Được giải thích kỹ mục đích của thủ thuật, quá trình tiến hành làm thủ thuật. Với bệnh nhi, cần giải thích cho bố mẹ hoặc người thân.

- Được vệ sinh sạch sẽ vùng xương gẫy, cởi bỏ quần bên tổn thương .

- Với người bệnh gây mê, cần nhịn ăn uống ít nhất 5-6 giờ, tránh nôn hoặc hiện tượng trào ngược.

4. Hồ sơ

- 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 (nếu gây mê, do bác sỹ gây mê tiến hành).

- Sát trùng rộng vùng khớp gối, đi găng vô khuẩn hút máu tụ trong khớp gối.

- Kéo thẳng trục, giữ cho phần mềm quanh gối căng. Người nắn chính dùng 2 tay đẩy ép mảnh gẫy về vị trí.

2. Bất động: Bó bột Đùi - cẳng - bàn chân rạch dọc.

2.1. Bó bột trên bàn nắn thông thường

- Bước 1: Quấn lót chân bằng giấy vệ sinh, hoặc bông, hoặc đi bít tất vải jersey. Vùng khớp gối và cổ chân cần độn lót dầy hơn tránh đau và sự tỳ đè gây loét.

Đặt dây rạch dọc trước đùi, gối, cẳng bàn chân (cho bột cấp cứu). Dây rạch dọc nên để dài một chút cả về 2 đầu, đầu trên lên quá nếp bẹn chừng 20-30 cm, đầu dưới nên cài vào kẽ ngón 2-3, vòng quanh ngón 2 để dây khỏi tuột khi rạch bột.

- Bước 2: bó bột thì 1 (bó bột Cẳng - bàn chân): Dùng độn gỗ kê dưới khoeo người bệnh. Rải và đặt 1 nẹp bột tăng cường ở phía sau cẳng, bàn chân để tiến hành bó bột Cẳng - bàn chân. 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 dày thì được. Lưu ý 3 điểm:

+ Một là: vùng trước cổ chân cũng giống như vùng trước của khuỷu tay, nếu bó không khéo thì bột sẽ bị căng như 1 dây cung, vừa xấu bột, vừa không bất động được tốt. Nên dùng bột cỡ nhỏ và nhiều khi dùng kéo cắt xẻ tà (cắt bán phần băng bột khi bó bột đến cổ chân), để XỬ TRÍ hiện tượng căng bột, bột sẽ đẹp hơn.

+ Hai là: Nơi mép trên của bột bó thì 1, nên bó mỏng dần, nếu bó 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 (giống như thợ xây đổ bê tông 2 thì, họ cũng phải làm như vậy thì khối bê tông mới vững chắc được).

- Bước 3: bó bột thì 2 (bó tiếp bột lên đùi): Bỏ độn gỗ, 1 trợ thủ viên cầm cổ chân kéo chếch chân người bệnh lên, 1 trợ thủ viên dùng 2 tay đỡ dưới đùi người bệnh và kỹ thuật viên chính tiến hành bó bột. Rải tiếp 1 nẹp bột to bản, ngâm nhanh, vắt ráo nước và đặt phía sau đùi, đầu dưới nẹp 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 (Pelvie): vẫn bó 2 thì, nhưng khác là:

+ Thì 1: bó ống bột trước, bột ở gần cổ chân cũng bó mỏng dần, để khi bó bột thì 2 nối vào, bột khỏi bị cộm, đẹp và không bị đau.

+ Thì 2: Bó nối thêm bột ở cổ chân, bàn chân: sau khi bó xong ống bột, đỡ người bệnh khỏi bàn Pelvie, đặt nằm trên bàn thường, bó nối tiếp phần bột ở cổ, bàn chân. Nếu bột cấp cứu thì rạch dọc bột.

2.3. Bột Đùi- cẳng - bàn chân que ngang: để chống di lệch xoay, bằng cách bó đến cổ chân được 4-5 lớp thì đặt 1 que ngang dưới vùng gót (que ngang này đặt song song với mặt phẳng nằm ngang), bó tiếp bột ra ngoài, đến khi xong.

- Với gẫy rạn mâm chày, có thể bó ống bột rạch dọc.

3. Thời gian bất động bột: với người lớn: 6-8 tuần (trẻ em tùy theo tuổi).

VI. THEO DÕI

- Những trường hợp nặng, nên cho vào viện theo dõi và điều trị nội trú.

- Gẫy mâm chày là một loại gẫy cần phải theo dõi chu đáo, để phát hiện sớm các biến chứng như: chèn ép bột, hội chứng khoang. Phải theo dõi hàng giờ tình trạng của chi.

- Cần kê chân cao, theo dõi sát cảm giác đau của người bệnh, vận động, cũng như màu sắc, nhiệt độ của ngón chân (giống như với gẫy cẳng chân ở vị trí 1/3 trên).

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Với những trường hợp biến chứng mạch máu, hội chứng khoang cần phải siêu âm Doppler (hoặc chụp mạch), mổ cấp cứu để xử trí tổn thương.

- Chân sưng nề, rối loạn dinh dưỡng: nới bột rộng rãi, kê cao chân, thuốc chống sưng nề…

119. ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN VỠ 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 70^{o} 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.

120. ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN 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 70^o 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…).

121. ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN GÃY 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 15^o với gãy 1/3 giữa và 10^o 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.

122. ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN GẪY 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 70^o, 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 90^o 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 90^o), 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 90^{o}, 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.

123. KHÂU CẦM MÁU VẾT THƯƠNG VÙNG HÀM MẶT

1. ĐẠI CƯƠNG

Vùng hàm mặt là vùng có mạch máu nuôi dưỡng dày đặc và phong phú, những vết thương vùng hàm mặt có nguy cơ chảy máu và mất máu nhiều, bít tắc đường thở việc sơ cứu khâu cầm máu vết thương là điều cần thiết. Khâu cầm máu vết thương vùng hàm mặt là một trong các kỹ thuật điều trị cấp cứu ban đầu các loại vết thương phần mềm vùng hàm mặt do nhiều nguyên nhân khác nhau**.**

2. CHỈ ĐỊNH

Vết thương phần mềm vùng hàm mặt**.**

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người cao tuổi hoặc có bệnh mạn tính toàn thân (Tiểu đường, cao huyết áp, COPD.v.v.).

- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.

- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Nguy cơ chảy máu.

- Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.

- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.

- Thuốc sát khuẩn.

- Thuốc kháng sinh.

- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Chỉ phẫu thuật các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...

- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 45 phút đến 1 giờ 15 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng hoặc phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê hoặc gây mê.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Sơ cứu khai thông đường thở, lấy các dị vật, răng, xương vỡ, máu tụ, đất, đá.v.v. có nguy cơ bít tắc đường thở.

6.3. Bước 3: Làm sạch, cắt lọc vết thương.

6.4. Bước 4: Cầm máu bằng băng ép, khâu, kẹp cầm máu, đốt điện hoặc các vật liệu cầm máu.

6.5. Bước 5: Khâu vết thương.

6.6. Bước 6: Băng vết thương.

6.7. Bước 7: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: theo dõi chỉ số sinh tồn (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, SpO_2.v.v.).

+ Tại chỗ: không chảy máu, mô mềm được khôi phục theo giải phẫu.

- Dặn dò người bệnh.

- Hẹn cắt chỉ, hẹn tái khám.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo khi chỉ số sinh tồn và tại chỗ ổn định.

- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.

- Tổn thương thần kinh, mạch máu và các cấu trúc liên quan: khâu phục hồi thần kinh, cấu trúc và mạch máu tổn thương, thắt mạch để cầm máu nếu cần thiết.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.

- Tụ máu: lấy máu tụ.

- Nhiễm trùng: kháng sinh và chăm sóc vết mổ. Dẫn lưu mủ nếu có.

7.3. Biến chứng muộn: Nhiễm trùng: kháng sinh và chăm sóc vết mổ. Dẫn lưu mủ nếu có.

124. NẮN TRẬT KHỚP THÁI DƯƠNG HÀM

1. ĐẠI CƯƠNG

Trật khớp thái dương là một tình trạng khớp nối giữa xương sọ và xương hàm dưới bị mất cân bằng, làm ảnh hưởng rất lớn đến quá trình sinh hoạt, ăn uống hàng ngày. Nắn trật khớp (không can thiệp phẫu thuật) nhằm mục đích là đưa khớp thái dương hàm về đúng vị trí giải phẫu, từ đó phục hồi các chức năng cơ bản: há ngậm miệng, ăn uống, sinh hoạt hàng ngày.v.v..

2. CHỈ ĐỊNH

Trật khớp thái dương hàm 1 hoặc 2 bên.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Không có.

3.2. Tại chỗ: Không có.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người cao tuổi hoặc có bệnh mạn tính toàn thân (Tiểu đường, cao huyết áp, COPD.v.v.).

- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.

- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ: Tái trật khớp.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.

- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm, kim tiêm tê, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...

- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 15 phút đến 45 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê hoặc gây mê.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Nắn cả hai bên một lần:

- Bác sĩ đặt hai ngón tay cái có quấn gạc lên trên mặt nhai các răng hàm, hàm dưới, các ngón tay còn lại giữ chặt góc hàm và bờ dưới cành ngang.

- Dùng sức ấn mạnh hai ngón tay cái lên mặt răng hạ lồi cầu xuống thấp, sau đó đẩy hàm ra sau để đưa lồi cầu về đúng vị trí trong hõm khớp thái dương.

6.3. Bước 3: Nắn từng bên một:

- Dùng cả hai ngón tay cái quấn gạc đặt lên mặt nhai răng hàm một bên. Các ngón tay còn lại giữ chặt bờ dưới cành ngang.

- Dùng sức ấn mạnh hai ngón tay cái lên mặt răng hạ lồi cầu xuống thấp, sau đó đẩy hàm ra sau để đưa lồi cầu về đúng vị trí.

- Khi một bên đã vào khớp cần giữ chắc và tiếp tục đẩy cằm sang bên kia và ra sau, lồi cầu sẽ trở về vị trí cũ dễ dàng.

6.4. Bước 4: Kiểm tra khớp cắn và cố định hàm:

Dùng băng cằm - đỉnh để cố định hàm dưới hoặc bắt vít neo chặn.

6.5. Bước 5: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: theo dõi chỉ số sinh tồn (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, SpO_2.v.v.).

+ Tại chỗ: không chảy máu, khớp thái dương hàm về đúng vị trí, khớp cắn đúng.

- Hướng dẫn dặn dò người bệnh.

- Hẹn tái khám.

- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.

- Gãy xương hàm dưới: kết hợp xương.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Tuột băng cằm đỉnh, gãy vít neo: băng lại, lấy bỏ vít neo và bắt lại vít.

- Tái trật khớp: nắn lại, cố định hàm cứng chắc bằng vít neo và chỉ thép.

7.3. Biến chứng muộn: Tái trật khớp: điều trị phẫu thuật

125.PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM VÙNG HÀM MẶT

1. ĐẠI CƯƠNG

Vết thương phần mềm hàm mặt là tổn thương thường gặp, từ đơn giản đến phức tạp, có thể phối hợp với tổn thương xương, ảnh hưởng nặng nề đến chức năng và thẩm mỹ. Để phục hồi chức năng và thẩm mỹ tối đa vết thương cần được xử trí phẫu thuật càng sớm càng tốt và đúng nguyên

tắc.

2. CHỈ ĐỊNH

Vết thương phần mềm vùng hàm mặt.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người cao tuổi hoặc có bệnh mạn tính toàn thân (Tiểu đường, cao huyết áp, COPD.v.v.).

- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.

- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Động mạch mặt, động mạch hàm trong, dây thần kinh V, VII.v.v..

- Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ vi phẫu.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Chỉ phẫu thuật các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 1 giờ 15 phút đến 1 giờ 45 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Sử dụng dung dịch chứa chất co mạch để cầm máu.

6.3. Bước 3: Cắt lọc, làm sạch, lấy bỏ dị vật, mảnh xương, răng...(nếu có).

6.4. Bước 4: Khâu đóng vết thương theo từng lớp giải phẫu. Đối với vết thương mất tổ chức nhiều sẽ cần phải tạo hình bằng các vạt tại chỗ, vạt rời...

6.5. Bước 5: Đặt dẫn lưu (nếu cần).

6.6. Bước 6: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: theo dõi chỉ số sinh tồn (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, SpO_2.v.v.).

+ Tại chỗ: không chảy máu, các cấu trúc giải phẫu được đặt đúng vị trí.

- Dặn dò người bệnh.

- Hẹn cắt chỉ, hẹn tái khám.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo khi chỉ số sinh tồn và tại chỗ ổn định.

- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.

- Tổn thương thần kinh, mạch máu và các cấu trúc liên quan: khâu phục hồi thần kinh, cấu trúc và mạch máu tổn thương, thắt mạch để cầm máu nếu cần thiết.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.

- Tụ máu: lấy máu tụ.

- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc vết mổ. Dẫn lưu mủ nếu có.

7.3. Biến chứng muộn: Bục vết mổ: dẫn lưu dịch viêm + khâu phục hồi thì sau.

126. LẤY CAO RĂNG VÀ LÀM NHẴN MẶT RĂNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Cao răng bám trên bề mặt răng và chân răng là nguyên nhân gây bệnh vùng quanh răng. Lấy cao răng và làm nhẵn mặt răng là kỹ thuật lấy bỏ cao răng, mảng bám răng, các chất ngoại lai khác và làm nhẵn bề mặt chân răng, phục hồi chức năng, thẩm mỹ và phòng bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

- Cao răng trên lợi.

- Cao răng dưới lợi

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép thực hiện điều trị.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người bệnh cao huyết áp, hút thuốc lá, đái tháo đường.v.v.
- Người bệnh dùng thuốc chống đông máu và thuốc ức chế miễn dịch.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản (trong trường hợp cần gây tê).
- Người bệnh có tiền sử dị ứng (trong trường hợp cần gây tê).

4.2. Tại chỗ

- Người bệnh có viêm nhiễm trong khoang miệng.
- Răng tăng nhạy cảm ngà.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

Dung dịch sát khuẩn tại chỗ.

5.3. Thiết bị y tế

- Bông, gạc vô khuẩn.
- Nước muối sinh lý.
- Phương tiện bảo hộ cá nhân.
- Oxy già.
- Nước súc miệng.
- Bột đánh bóng, chổi cước, đài cao su.
- Bộ dụng cụ khám.
- Đầu lấy cao răng siêu âm trên lợi và dưới lợi.
- Cây lấy cao răng bằng tay.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Máy siêu âm.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.v.v.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 30 phút đến 45 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Lấy cao răng:

- Lấy sạch cao răng ở trên lợi và dưới lợi bằng đầu lấy cao siêu âm rung và làm bật các mảnh cao răng ra khỏi bề mặt răng.
- Dùng các cây lấy cao răng bằng tay lấy các phần cao răng còn lại mà đầu siêu âm không lấy được.

6.3. Bước 3: Làm nhẵn mặt răng:

Đánh bóng bề mặt răng bằng chổi cước và bột đánh bóng.

6.4. Bước 4: Bơm rửa bề mặt chân răng và rãnh lợi bằng dung dịch Oxy già 3% (nếu cần).

6.5. Bước 5: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: không chảy máu, răng không ê buốt.

- Dặn dò người bệnh.

- Hẹn tái khám.

- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.

- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ chống ngộ độc thuốc tê.

- Ê buốt: làm sạch bằng dụng cụ cầm tay, giảm cường độ máy lấy cao răng, sử dụng dung dịch chống ê buốt.

- Chảy máu: cầm máu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.

- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.

7.3. Biến chứng muộn: Nhạy cảm ngà: điều trị nhạy cảm ngà.

127. CHÍCH ÁP XE LỢI

1. ĐẠI CƯƠNG

Áp xe lợi được hình thành bởi dịch viêm tạo ra do các nhiễm trùng cấp tính tích tụ trong mô lợi, gây đau và sưng. Chích áp xe lợi là kỹ thuật chích rạch và dẫn lưu mủ nhằm giảm đau và kiểm soát sự lan rộng của nhiễm trùng.

2. CHỈ ĐỊNH

Áp xe lợi.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Không có.

3.2. Tại chỗ: Không có.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người bệnh huyết áp cao, đái tháo đường, hút thuốc lá.

- Người bệnh dùng thuốc chống đông máu và thuốc ức chế miễn dịch.v.v.

- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.

- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ: Tình trạng viêm nặng cần dùng kháng sinh toàn thân.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.

- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.

- Dung dịch sát khuẩn tại chỗ.

5.3. Thiết bị y tế

- Bông, gạc vô khuẩn.
- Phương tiện bảo hộ cá nhân.
- Nước súc miệng.
- Nước muối sinh lý.
- Cồn 70 độ.
- Oxy già.
- Bộ dụng cụ khám.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật nha chu.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.v.v.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật

Từ 20 phút đến 40 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

Trên ghế răng hoặc phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Dẫn lưu ổ áp xe:

- Rạch lợi tại vùng thấp nhất của ổ áp xe.
- Banh rộng đường rạch cho mủ chảy ra.
- Nạo sạch tổ chức viêm ở thành túi lợi.
- Bơm rửa ổ áp xe.
- Ép chặt vùng áp xe để cầm máu.

6.3. Bước 3: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: không chảy máu, dẫn lưu được mủ.

- Dặn dò người bệnh.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật: Chảy máu: cầm máu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: Chảy máu: cầm máu.

7.3. Biến chứng muộn: Nhiễm trùng: kháng sinh, chống viêm đường toàn thân kết hợp tại chỗ.

128.QUY TRÌNH CẮT CHỈ KHÂU DA

***. Mục đích:**

Tránh xẹo xấu.

Thoát lưu dịch, mủ.

***. Chỉ định:**

Vết thương lành tốt đến ngày cắt chỉ.

Vết thương nhiễm trùng

NHẬN ĐỊNH VẾT KHÂU

Vị trí vết khâu.
Mục đích vết khâu?
Thời gian?
Tình trạng vết khâu: Sưng? Đỏ? Đau? Nóng? Tiết dịch?
Tình trạng người bệnh: Tổng trạng? Nhiệt độ?

THỜI GIAN CẮT CHỈ VẾT KHÂU

Vết thương đầu, mặt, cổ, thẩm mỹ 3-5 ngày.
Vết thương bình thường: 7 ngày.
Vết thương dài trên 10cm, gần khuỷu, xương thời gian cắt chỉ lâu hơn hoặc cắt mối bỏ mối.
Vết thương ở người già yếu, suy dinh dưỡng, thành bụng nhiều mỡ: 10 ngày trở lên.
Vết thương nhiễm trùng: cắt sớm khi phát hiện các dấu hiệu nhiễm trùng.

MỘT SỐ YÊU CẦU KHI CẮT CHỈ VẾT KHÂU

Phải sát trùng chỉ trước khi cắt.

Phần chỉ phía trên không được chui xuống dưới da.

Phải kiểm tra sự trọn vẹn của mối chỉ sau khi cắt.

Hạn chế sự đau đớn cho người bệnh.

Bảng 51.1. Bảng kiểm lượng giá kỹ năng soạn dụng cụ cắt chỉ vết khâu

Stt	Nội dung	Thang điểm		
		0	1	2
1	Quan sát vết thương			
2	Mang khẩu trang, rửa tay			
3	Trải khăn vô khuẩn:			
4	Các dụng cụ vô khuẩn trong khăn: 1 kềm kelly 1 nhíp không mấu 1 kéo cắt chỉ Chén chung đựng dung dịch sát trùng da Gạc củ ấu Gạc miếng			
5	Các dụng cụ khác: Găng tay sạch Chai dung dịch rửa tay nhanh Kềm gắp băng bẩn Giấy lót Túi đựng rác thải y tế Băng keo Kéo cắt băng (nếu cần) Thau chứa dung dịch khử khuẩn			
Tổng cộng				
Tổng số điểm đạt được				



Hình 51.1. Khay dụng cụ thay băng cắt chỉ

Bảng 51.2. Bảng kiểm hướng dẫn học kỹ năng thay băng cắt chỉ vết khâu

Stt	Nội dung	ý nghĩa	Tiêu chuẩn cần đạt
1	Báo, giải thích cho người bệnh.	Giúp người bệnh an tâm và hợp tác.	ân cần, cảm thông, thấu hiểu.
2	Chuẩn bị tư thế người bệnh thích hợp. Bộc lộ vùng vết thương.	Người bệnh tiện nghi, giúp cho việc chăm sóc vết thương được dễ dàng.	Giữ cho người bệnh được kín đáo và thoải mái.
3	Đặt tấm lót dưới vết thương.	Tránh chất dịch dính vào ráp giường và áo quần người bệnh.	Tấm lót có mặt thấm hút và một mặt không. Lót nơi có nguy cơ dịch chảy ra.
4	Mang găng tay sạch.	Giảm nguy cơ lây nhiễm.	Kích cỡ của găng phải phù hợp với tay của điều dưỡng.
5	Tháo băng bẩn bằng kềm sạch, sát khuẩn lại tay.	Giảm nguy cơ lây nhiễm từ vết thương. Giảm nguy cơ tổn thương mô mới mọc.	Nếu băng cũ dính sát vào vết thương quá, ta nên thấm ướt băng bằng NaCl 0,9% rồi nhẹ nhàng tháo băng cũ ra.
6	Dùng nhíp rửa vết khâu.	Giảm sự lây nhiễm từ vùng da xung quanh vết khâu vào chân chỉ vết khâu.	Sát trùng từ đường giữa (ngay vết khâu) hai bên chân chỉ và vùng da xung quanh vết khâu.
7	Đặt gạc lên vị trí gần vết khâu.	Để quan sát mối chỉ rõ ràng.	Đặt gạc an toàn, tránh làm hiểm mặt trên của miếng gạc.
8	Dùng kéo cắt từng mối chỉ nhẹ nhàng	Tránh làm tổn thương mô sẹo và giảm bớt cảm giác đau cho người bệnh.	Chỉ nằm trên da không được chui xuống dưới da.
9	Đặt từng mối chỉ lên miếng gạc.	Tránh bỏ sót mối chỉ khi cắt.	Kiểm tra sự trọn vẹn của mối chỉ.
10	Sát trùng lại vết khâu, rộng ra xung quanh 5cm.	Giảm sự lây nhiễm từ vùng da xung quanh vết khâu vào chân chỉ vết khâu.	Sát trùng lại từ đường giữa (ngay vết khâu) hai bên chân chỉ và vùng da xung quanh vết khâu.
11	Đặt gạc lên vết khâu (rộng ra 5cm).	Che chở vết khâu giảm nguy cơ tổn thương hay bội nhiễm từ môi trường bên ngoài.	Gạc phải phủ rộng ra ngoài 3-5cm của vết khâu.
12	Cố định bông băng.	Giữ yên bông băng trên da.	Dán cố định theo chiều ngang để tránh sút băng keo.
13	Báo cho người bệnh biết việc đã xong, giúp người bệnh tiện nghi.	Giao tiếp.	Giúp người bệnh được tiện nghi.
14	Dọn dụng cụ, rửa tay, ghi hồ sơ.	Theo dõi và quản lý người bệnh.	Ghi lại những công việc đã làm.

Bảng 51. 3. Bảng kiểm lượng giá thực hiện kỹ năng thay băng cắt chỉ vết khâu

Stt	Nội dung	Thang điểm		
		0	1	2
1	Báo, giải thích cho người bệnh			
2	Chuẩn bị tư thế người bệnh thích hợp			
3	Bộc lộ vùng vết thương (người bệnh được kín đáo và thoải mái)			
4	Đặt tấm lót dưới vết thương, mở sơ mép khăn, cắt băng keo			
5	Mang găng tay sạch			
6	Tháo băng bẩn bằng kềm sạch, sát khuẩn lại tay			
7	Mở khăn khay dụng cụ vô khuẩn			
8	Lấy nhíp và kềm vô khuẩn an toàn			
9	Dùng nhíp rửa vết khâu từ đường giữa, hai bên chân chỉ			
11	Đặt gạc lên vị trí an toàn gần vết khâu			
12	Dùng kéo cắt từng mối chỉ nhẹ nhàng (chỉ nằm trên da không được chui xuống dưới da)			
13	Đặt từng mối chỉ lên miếng gạc để kiểm tra sự trọn vẹn của mối chỉ			
14	Sát trùng lại vết khâu, rộng ra xung quanh 5cm			
15	Đặt gạc lên vết khâu (rộng ra 5cm)			
16	Cố định bông băng			
17	Cho các dụng cụ bẩn vào thau chứa dung dịch khử khuẩn			
18	Tháo găng tay			
19	Báo cho người bệnh biết việc đã xong, giúp người bệnh tiện nghi			
20	Dọn dụng cụ, rửa tay			
21	Ghi hồ sơ			
Tổng cộng				
Tổng số điểm đạt được				

129.QUY TRÌNH THAY BĂNG, CẮT CHỈ VẾT MỔ

Bước 1: Chuẩn bị người bệnh

- Kiểm tra hồ sơ người bệnh.
- Thông báo cho người bệnh.
- Nhận định tình trạng người bệnh.

Bước 2: Chuẩn bị người điều dưỡng

- Thực hiện rửa tay thường quy.
- Mang khẩu trang.

Bước 3: Chuẩn bị dụng cụ

- Sắp xếp dụng cụ lên xe thay băng.
- Kiểm ra dụng cụ.

Bước 4: Tiến hành kỹ thuật

- Điều dưỡng đi găng sạch.
- Chuẩn bị tư thế người bệnh.
- Trải săng dưới vị trí vết thương.
- Chuẩn bị dung dịch rửa vết thương.
- Đặt tủi đựng đồ bẩn vào vị trí thuận lợi.
- Mở gói/ hộp dụng cụ vô khuẩn.
- Tháo băng cũ: dùng kéo cắt bỏ băng cũ.
- Băng dính: bóc các chân băng Khi tháo phải từ từ, nhẹ nhàng tháo băng và gạc ra khỏi vết thương.
- Máu vết thương người bệnh dính, phải làm ẩm bằng tưới dung dịch rửa - Vết thương khô, tháo băng theo chiều dọc vết mổ.
- Nhận định tình trạng vết thương.
- Quan sát xung quanh vết thương.
- Số lượng, màu sắc, tính chất của dịch.
- Đánh giá tiến triển của vết thương.
- Phát hiện dấu hiệu chảy máu, nhiễm trùng
- Tháo bỏ găng đã sử dụng.
- Điều dưỡng đi găng vô khuẩn.
- Rửa trong vết thương.
- Làm sạch trong vết thương phòng ngừa nhiễm khuẩn
- Dùng kẹp phẫu tích/ kẹp kocher gắp gạc củ ấu thấm dung dịch rửa Povidine, rửa từ giữa vết thương, xoáy trôn ốc rộng ra ngoài, rửa nhiều lần đến khi sạch
- Động tác chính xác, tránh tổn thương vết thương và đau cho người bệnh.
- Gạc bẩn bỏ vảo túi đựng đồ bẩn màu vàng.
- Rửa ngoài vết thương.
- Cắt chỉ vết thương.
- Thấm khô vết thương.
- Sát khuẩn vết thương
- Đặt gạc vô khuẩn và băng vết thương.

Bước 5: Thu dọn dụng cụ

- Phân loại và thu gom chất thải.

Bước 6: Ghi phiếu chăm sóc

- Thông báo cho người bệnh.

130.QUY TRÌNH CHÍCH HẠCH NUNG MỦ

I. ĐẠI CƯƠNG

Là một nhiễm trùng cấp tính, do các vi khuẩn gây mủ tạo thành một ổ mủ khu trú, có vỏ bọc. Vỏ ổ áp xe là một tổ chức xơ lỏng lẻo, dễ vỡ.Áp xe có thể gặp bất kỳ ở đâu, ở nông (da và mô mềm, cơ, x ương...) cũng có thể ở sâu (áp xe gan, áp xe ruột thừa…) ở đây chúng tôi chỉ nói đến những trường hợp áp xe ở nông, thuộc chuyên ngành chấn thương chỉnh hình.Vi khuẩn gây lên ổ áp xe có thể từ các nhiễm trùng ngoài da vào, cũng có thể từ đường máu tới như những viêm xương tủy xương.

Vi khuẩn hay gặp là tụ cầu vàng, liên cầu khuẩn, E.coli, phế cầu, lậu cầu, nấm…

Có loại áp xe nóng là do tạp khuẩn, có loại áp xe lạnh do lao.

II. CHỈ ĐỊNH

Chỉ được chích rạch các ổ áp xe nóng, đã hóa mủ

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các ổ áp xe lạnh: Do lao

- Ổ áp xe chưa hóa mủ: Nếu chích rạch làm phá vỡ hàng rào bảo vệ dễ dẫn đến nhiễm khuẩn huyết.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh: Giải thích, chấn an tâm lý cho người bệnh , chuẩn bị vùng mổ, chuẩn bị hồ sơ bệnh án.

2. Người thực hiện phẫu thuật viên, người phụ.

3. Dụng cụ, trang thiết bị: Bộ dụng cụ thông thường

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Vô cảm người bệnh bằng tê tại chỗ, tê vùng hay gây mê tùy vị trí và tính chất ổ áp xe. Sát khuẩn vùng mổ.

- Rạch da trực tiếp vào khối áp xe, chỗ mủ nông nhất, tránh xa bó mạch, và là chỗ thấp nhất để dẫn lưu mủ, đảm bảo thẩm mỹ cho người bệnh (trùng với các nếp tự nhiên là tốt nhất)

- Lấy mủ soi tươi tìm vi khuẩn và làm kháng sinh đồ.

- Dùng kéo panh rộng ổ áp xe hút hết mủ, Bơm rửa sạch

- Dùng tay phá vỡ hết các ngóc ngách ổ áp xe, dùng thìa nạo để nạo hết tổ chức hoại tử, viêm nhiễm.

- Rửa nhiều lần bằng xy già, Betadine, nước muối sinh lý

- Cầm máu, dẫn lưu rộng rãi ổ áp xe

- Dùng kháng sinh toàn thân, giảm đau, bồi phụ nước, điện giải.

VI. ĐIỀU TRỊ SAU PHẪU THUẬT

Theo dõi mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở, tri giác, da niêm mạc, mầu sắc chi thể, cấp máu cho chi thể, vận động cảm giác chi thể, để phát hiện ra những biến chứng sau mổ.

Hướng dẫn vận động, tập phục hồi chức năng sau mổ

Kháng sinh đường tiêm 5-7 ngày

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Chảy máu: Băng ép cầm máu, nếu không được mở vết mổ để cầm máu

Nhiễm trùng: Thay kháng sinh, điều trị theo kháng sinh đồ, bù dịch điện giải, nạo viêm lại.

131.QUY TRÌNH CẮT NANG RĂNG ĐƯỜNG KÍNH DƯỚI 2 CM

1. Chỉ định cắt nang răng:

Cắt nạo nang răng là thủ thuật loại bỏ phần chóp răng bị viêm và nạo sạch tất cả các tổ chức viêm hoại tử quanh chóp răng. Phương pháp cắt nạo quanh chóp răng này được chỉ định trong các trường hợp:

- Điều trị nội nha không có kết quả với các trường hợp nhiễm khuẩn quanh chóp.
- U hạt, **nang chân răng**.

Các trường hợp chống chỉ định cắt nạo nang răng gồm:

- Chống chỉ định phẫu thuật cho bệnh nhân có bệnh toàn thân
- Các tình trạng đặc biệt: Mang thai, cho con bú.

2. Quy trình cắt và nạo nang răng

Quy trình cắt và nạo nang răng sẽ được thực hiện theo các bước sau:

Bước 1: Kiểm tra tổng quát: Người bệnh sẽ được **khám sức khỏe** và nha khoa tổng quát để xác định tình trạng sức khỏe cũng như vị trí cần cắt.

Bước 2: Chụp X-quang toàn hàm: Chụp phim toàn hàm sẽ giúp xác định cấu trúc xương hàm, tình trạng bệnh lý của các răng trên hai hàm đang gặp phải để được lên phác đồ cụ thể.

Bước 3: Vệ sinh răng miệng

Bước 4: Các bước phẫu thuật cắt nạo nang răng

- Phương pháp vô cảm: **Gây tê** vùng răng cần phẫu thuật.
- Ở mặt nghiêng 45 độ so với trục răng, rạch nang răng dài khoảng 2 - 3 mm.
- Nạo và lấy hoàn toàn các mô bệnh, đặc biệt là vùng phía trong của nang răng.
- Rửa vết thương và khâu nếu cần thiết.

3. Theo dõi sau thủ thuật cắt nạo nang răng

Sau phẫu thuật bệnh nhân cần được chăm sóc vết mổ như sau:

- Dùng **kháng sinh**, giảm đau trong 5 ngày.
- Theo dõi sự chảy máu để được cầm máu kịp thời, nếu do đứt chỉ khâu thì cần phải được khâu lại.

132.CẮT U VÙNG HÀM MẶT ĐƯỜNG KÍNH DƯỚI 3 CM

I. ĐẠI CƯƠNG

- U vùng mặt thường gặp như ung xơ da, u hắc tố, u hạch, u máu, u tuyến mang tai, u tuyến dưới hàm, u bã đậu…..

- U ở vị trí phức tạp như xâm lấn mạch máu, thần kinh. U tại các cơ quan như mũi, hàm dưới, vành tai, mí mắt, môi….

II. CHỈ ĐỊNH

- U to gây cộm vướng, ảnh hưởng 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: Bác sĩ.

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ phẫu thuật phần mềm.

- Phương tiện vô cảm, thuốc tê

3. Hồ sơ bệnh án

- Theo quy định của Bộ Y tế

- Chú ý mô tả khối u, kích thước, các bệnh toàn thân khác phối hợp nếu có (bệnh tim mạch, tiểu đường…).

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm: Gây tê tại chỗ

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 PT 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 chỉ khâu 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. Tạo vạt da để đủ da che phủ…

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

133. QUY TRÌNH CẮT U NANG BAO HOẠT DỊCH VÙNG CỔ TAY, KHOEO CHÂN, CỔ CHÂN

ĐẠI CƯƠNG

Triệu chứng u nang bao hoạt dịch là một khi tròn, mềm, sờ nhẵn, ít di động, khi to dần về kích thước, tiến triển chậm hàng tháng hay hàng năm. Người bệnh cảm thấy đau, khi to dần gây vướng víu và một số triệu chứng khác gây ảnh hưởng không nhiều về mặt tâm lý. Điều trị hiên nay gồm: hút dịch và tiêm thuốc chống viêm corticoid sau đó băng ép, hoặc phẫu thuật cắt b nang bao hoạt dịch và khâu phục hồi vị trí bao khớp lỏng lẻo để hạn chế tái phát.

CHỈ ĐỊNH

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

CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Các bệnh lý rối loạn đông máu.

Nhiễm khuẩn ngoài da tại vị trí khớp định chọc hút.

CHUẨN BỊ

Cán bộ:

01 Bác sỹ

01 đến 02 Điều dưỡng phụ

Phương tiện

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

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

Thuốc gây tê Lidocain 2%.

Lam kính, ống nghiệm vô khuẩn,ống nghiêm có Heparin chống đông - hộp dụng cụ chống sốc.

Chuẩn bị bệnh nhân

Người bệnh được giải thích trước về thủ thuật nhằm hợp tác với bác sỹ.

Bệnh án hoặc các tài liệu (đơn, xét nghiệm, X quang,…) để thầy thuốc kiểm tra (nếu cần thiết) trước khi thực hiện thủ thuật (chú ý xét nghiệm đông máu cơ bản, chỉ định, bệnh kết hợp,…).

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

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

Hồ sơ bệnh án, đơn

Theo mẫu quy định

CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH CHỌC DỊCH KHỚP

Thực hiện tại phòng thủ thuật

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

Tùy theo từng nang bao hoạt dịch cần chọc hút dịch: với vị trí khớp cổ tay cần đặt bàn tay sấp lên mặt bàn tiêm, gấp nhẹ cổ tay 150 để nang bao hoạt dịch nổi rõ nhất.

Sát trùng tay, đi găng vô khuẩn.

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

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

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

Sau khi đã hút hết dịch nang bao hoạt dịch, tiến hành tiêm thuốc nếu có chỉ định tiêm nang bao hoạt dịch

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

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

THEO DÕI

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

TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

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

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

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

134. QUY TRÌNH KHÂU VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM DÀI DƯỚI 10 CM

ĐẠI CƯƠNG

Vết thương phần mềm loại vết thương hay gặp, có thể đơn giản hay phức tạp, đơn thuần hay liên quan đến những bộ phận lân cận. Loại vết thương này cần được xử lý sớm để phòng nguy cơ nhiễm trùng.

CHỈ ĐỊNH

- Vết thương rách phần mềm kích thước dài < 10 cm trên cơ thể hoặc vết thương rách có tổn thương phối hợp cả phần mềm và phần xương.
- Không kèm chấn thương sọ não
- Tình trạng toàn thân ổn định

CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tình trạng toàn thân đe dọa tính mạng
- Kèm chấn thương sọ não

CHUẨN BỊ

Người thực hiện

1 bác sĩ, 1 điều dưỡng

Phương tiện

Gạc vô trùng, oxy già, betadin, nước muối rửa vết thương, thuốc tê lidocain 2%, bơm tiêm.

Dụng cụ tiến hành thủ thuật: kéo nhỏ, panh cầm máu, kìm kẹp kim, chỉ khâu trong, chỉ khâu ngoài da, cán dao, lưỡi dao.

Người bệnh

Chuẩn bị tâm lý, giải thích và ký cam kết thực hiện thủ thuật.

Hồ sơ bệnh án

Phần hành chính: số bệnh án, mã số, họ tên người bệnh, tuổi…

CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Kiểm tra hồ sơ

Giấy tờ, hồ sơ đầy đủ theo yêu cầu.

Kiểm tra người bệnh

Tình trạng toàn thân, đảm bảo các chức năng sống

Thực hiện kỹ thuật

- Gây tê. Nếu vết thương phức tạp cần gây mê, đặc biệt gây mê được chỉ định rộng rãi hơn với trẻ em.
- Làm sạch vết thương
- Cắt lọc vết thương
- Cầm máu
- Tách bóc
- Khâu đóng vết thương: khâu từng lớp, không để khoảng chết. Đóng kín từ sâu ra nông.
- Dẫn lưu: cần tiến hành nếu vết thương lớn thiếu hổng tổ chức nhiều.
- Khâu đóng xong vẫn để lại khoảng trống.

THEO DÕI

- Vấn đề nhiễm khuẩn
- Sự liền vết thương
- Có co kéo, để lại sẹo lõm không

TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Nhiễm trùng

Lâm sàng: Sốt, vết mổ chảy mủ, không liền

Xử trí: Cho kháng sinh toàn thân. Tại chỗ: Mở vết mổ lấy tổ chức hoại tử, tổ chức viêm, mảnh xương chết. Bơm rửa hàng ngày.

135. QUY TRÌNH KHÂU VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM DÀI TRÊN 10 CM

ĐẠI CƯƠNG

Vết thương phần mềm kích thước lớn là loại vết thương hay gặp, có thể đơn giản hay phức tạp, đơn thuần hay liên quan đến những bộ phận lân cận. Loại vết thương này cần được điều trị sớm trong vòng vài giờ đầu.

CHỈ ĐỊNH

- Vết thương rách phần mềm kích thước dài > 10 cm trên cơ thể hoặc vết thương rách có tổn thương phối hợp cả phần mềm và phần xương.
- Không kèm chấn thương sọ não
- Tình trạng toàn thân ổn định

CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tình trạng toàn thân đe dọa tính mạng
- Kèm chấn thương sọ não

CHUẨN BỊ

Người thực hiện

1 bác sĩ, 2 điều dưỡng

Phương tiện

Gạc vô trùng, oxy già, betadin, nước muối rửa vết thương, thuốc tê lidocain 2%, bơm tiêm.

Dụng cụ tiến hành thủ thuật: kéo nhỏ, panh cầm máu, kìm kẹp kim, chỉ khâu trong, chỉ khâu ngoài da, cán dao, lưỡi dao.

Người bệnh

Chuẩn bị tâm lý, giải thích và ký cam kết thực hiện thủ thuật.

Hồ sơ bệnh án

Phần hành chính: số bệnh án, mã số, họ tên người bệnh, tuổi…

CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Kiểm tra hồ sơ

Giấy tờ, hồ sơ đầy đủ theo yêu cầu.

Kiểm tra người bệnh

Tình trạng toàn thân, đảm bảo các chức năng sống

Thực hiện kỹ thuật

- Gây tê. Nếu vết thương phức tạp cần gây mê, đặc biệt gây mê được chỉ định rộng rãi hơn với trẻ em.
- Làm sạch vết thương
- Cắt lọc vết thương
- Cầm máu
- Tách bóc
- Khâu đóng vết thương: khâu từng lớp, không để khoảng chết. Đóng kín từ sâu ra nông.
- Dẫn lưu: cần tiến hành nếu vết thương lớn thiếu hổng tổ chức nhiều.
- Khâu đóng xong vẫn để lại khoảng trống.

THEO DÕI

- Vấn đề nhiễm khuẩn
- Sự liền vết thương
- Có co kéo, để lại sẹo lõm không

TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Nhiễm trùng

Lâm sàng: Sốt, vết mổ chảy mủ, không liền

Xử trí: cấy mủ làm kháng sinh đồ. Trong lúc chờ cho kháng sinh toàn thân phổ rộng. Tại chỗ: Mở vết mổ lấy tổ chức hoại tử, tổ chức viêm, mảnh xương chết. Bơm rửa hàng ngày.

Sẹo xấu

Xử trí: Sửa Sẹo sau phẫu thuật lần 1 ít nhất sau 1 năm.

136 QUY TRÌNH CẮT CÁC LOẠI U VÙNG DA ĐẦU, ĐƯỜNG KÍNH DƯỚI 5 CM

1. Chỉ định và chống chỉ định:

1.1 Chỉ định

Phẫu thuật cắt **u vùng da đầu**, cổ được chỉ định khi: U to gây cộm vướng, là **u cứng dưới da đầu**, cổ gây ảnh hướng đến chức năng sống hoặc thẩm mỹ.

1.2 Chống chỉ định

Không thực hiện phẫu thuật cắt u vùng da đầu, cổ với các trường hợp:

- 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.

2. Cắt các loại u vùng da đầu, cổ có đường kính dưới 5 cm

2.1 Các bước chuẩn bị

Người thực hiện: 01 Bác sĩ, 01 đến 02 người phụ

Phương tiện:

- Bộ dụng cụ phẫu thuật phần mềm.

- Phương tiện vô cảm, nội khí quản (nếu cần).

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...).

2.2 Các bước tiến hành phẫu thuật

Tiến hành gây tê: Tê tại chỗ

- Tư thế người bệnh: Tùy từng loại u, vị trí của u mà chuẩn bị tư thế cho phù hợp

- Tiến hành tạo đường rạch da:

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

- Gây tê tại chỗ trước khi tiến hành phẫu thuật

- Tiến hành 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.

- Tiến hành khâu đóng vết mổ: theo các lớp giải phẫu

2.3 Theo dõi tai biến và xử trí sau phẫu thuật

Chảy máu: Có thể chảy từ mép da, mạch máu nhỏ trong quá trình phẫu thuật. Cách xử trí: Cắt chỉ cầm máu lại.

PHẦN III. QUY TRÌNH TRONG NỘI KHOA- CƠ XƯƠNG KHỚP

1. QUY TRÌNH CHỌC HÚT DỊCH KHỚP GỐI DƯỚI HƯỚNG DẪN CÚA SIÊU ÂM

I. ĐẠI CƯƠNG

Khớp gối gồm các thành phần: Đầu dưới xương đùi, đầu trên xương chày, xương bánh chè, sụn chêm, hệ thống gân cơ dây chằng và bao khớp. Chọc hút dịch khớp gối là một thủ thuật tương đối đơn giản, được chỉ định trong các trường hợp tràn dịch khớp. Thủ thuật này cho phép đánh giá, phân tích dịch khớp, nhằm cung cấp các thông tin cần thiết cho chẩn đoán và điều trị. Ngoài ra, tuỳ theo chỉ định, sau khi thực hiện thủ thuật này, có thể tiếp tục đưa thuốc vào khớp (tiêm nội khớp). Trong trường hợp số lượng dịch khớp ít thì việc chọc hút dịch khớp mù gặp rất nhiều khó khăn. Chọc hút dịch dưới hướng dẫn của siêu âm sẽ giúp cho thủ thuật an toàn và dễ thành công hơn.

II. CHỈ ĐỊNH

- Hút dịch khớp nhằm mục đích chẩn đoán.
- Hút dịch khớp nhằm mục đích điều trị: chọc tháo dịch khớp
- Đưa thuốc vào khoang khớp nhằm mục đích điều trị: tiêm nội khớp.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các bệnh lý rối loạn đông, cầm máu
- Nhiễm khuẩn ngoài da tại vị trí khớp định chọc hút
- Thận trọng với người bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường cần được kiểm soát tốt trước và sau khi tiến hành thủ thuật

III. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện (chuyên khoa)

- 01 bác sỹ thực hiện thủ thuật: là bác sỹ chuyên khoa cơ xương khớp đã được đào tạo về thủ thuật chọc hút dịch khớp
- 01 bác sỹ siêu âm: là bác sỹ chuyên khoa chẩn đoán hình ảnh/ cơ xương khớp đã được đào tạo và cấp chứng chỉ chuyên ngành siêu âm.
- 01 điều dưỡng phụ.

2. Phương tiện

- Phòng tiêm khớp đạt tiêu chuẩn chuyên môn
- 01 máy siêu âm, đầu dò Linear có tần số tối thiểu 5 - 9 MHZ
- Bộ dụng cụ tiêm khớp vô khuẩn (săng có lỗ, kẹp có mấu, bông, gạc,...)
- Túi vô trùng bọc đầu dò siêu âm (hoặc có thể dùng găng vô khuẩn bọc đầu dò siêu âm)
- Găng vô khuẩn
- Kim chọc hút (18Gauge, 20Gauge), bơm tiêm 10 ml, 20 ml.
- Cồn 70º, cồn Iôt sát trùng, panh, băng dính vô khuẩn.
- Lam kính, ống nghiệm vô khuẩn, ống nghiệm có Heparin chống đông
- Thuốc gây tê Lidocain 2%.
- Hộp dụng cụ chống sốc

3. Chuẩn bị người bệnh

- Người bệnh được giải thích trước về thủ thuật nhằm hợp tác với bác sỹ.
- Bệnh án hoặc các tài liệu (đơn thuốc; xét nghiệm, chú ý đông máu cơ bản; X quang,…) của người bệnh để thầy thuốc kiểm tra trước khi thực hiện thủ thuật
- Bác sỹ thăm khám lại người bệnh trước khi tiến hành chọc dịch.
- Chuẩn bị tư thế người bệnh: người bệnh nằm ngửa, duỗi hai chân. Khớp gối bên cần hút dịch gấp một phần với gối kê dưới khoeo chân.

4. Hồ sơ bệnh án

- Theo mẫu quy định

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH CHỌC HÚT DỊCH KHỚP

Thực hiện tại phòng thủ thuật vô trùng

- Kiểm tra hồ sơ bệnh án hoặc đơn thuốc về chỉ định, chống chỉ định

- Kiểm tra máy siêu âm và đầu dò

- Kiểm tra vị trí hút dịch dưới siêu âm: Đặt đầu dò cắt ngang túi cùng trên xương bánh chè, vuông góc với trục của xương đùi. Khảo sát mặt trong và mặt ngoài để tìm vị trí có nhiều dịch và xác định vị trí hút dịch.

- Điều dưỡng sát khuẩn rộng vị trí chọc hút bằng dung dịch Betadin.

- Bác sỹ thực hiện thủ thuật sát trùng tay bằng cồn 70º, đi găng vô khuẩn, trải săng vô khuẩn có lỗ.

- Bác sỹ siêu âm bọc đầu dò siêu âm bằng túi bọc đầu dò hoặc bằng găng vô khuẩn, đặt đầu dò đã được bọc găng vô khuẩn tại vị trí cần hút dịch

- Bác sỹ làm thủ thuật gây tê tại chỗ bằng Lidocain. Chờ sau 3 phút cho ngấm thuốc tê và đưa kim vào vị trí đã xác định, hướng kim và hút dịch theo dưới hướng dẫn của siêu âm: hút nhẹ nhàng và từ từ.

- Khi lấy được dịch khớp:

+ Đánh giá đại thể dịch khớp

+ Với mục đích lấy dịch khớp xét nghiệm, thường gồm các xét nghiệm sau: đếm số lượng tế bào, tế bào học, nuôi cấy định danh vi khuẩn, PCR lao dịch khớp. Ngoài ra có thể làm: soi tươi tìm tinh thể urat, tìm BK, MGIT.

- Nếu người bệnh có chỉ định tiêm khớp, bác sỹ làm thủ thuật đưa thuốc vào ổ khớp qua kim hút vừa dịch.

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

- Dặn dò người bệnh giữ sạch và không để ướt vị trí chọc hút trong 24h sau tiêm, sau 24h bỏ băng và rửa nước bình thường vào chỗ tiêm, tái khám nếu chảy dịch hoặc viêm tấy tại vị trí chọc dò, sốt,…

V. THEO DÕI

- Chỉ số theo dõi: mạch, huyết áp, tình trạng đau, chảy máu tại chỗ, tình trạng viêm trong vòng 24 giờ

- Theo dõi các tai biến và tác dụng phụ có thể xảy ra (mục VI) sau 24 giờ

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

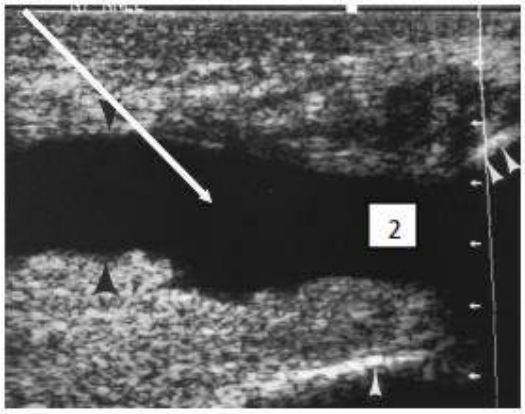
- Đau tại chỗ chọc dịch: Paracetamol, liều lượng 1 - 3g/ngày tùy mức độ đau. Thường hay dùng Efferalgan codein (Paracetamol+codein). Có thể chườm lạnh.

- Biến chứng do kích thích phó giao cảm (hiếm gặp) do người bệnh quá sợ hãi. Xử trí: đặt người bệnh nằm đầu thấp, giơ cao chân, theo dõi mạch, huyết áp để có các biện pháp xử trí cấp cứu khi cần thiết.

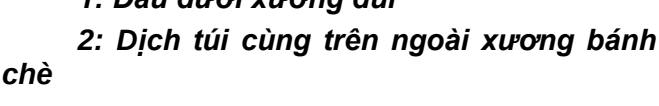
- Chảy máu kéo dài tại chỗ chọc hút dịch: cầm máu tại chỗ và kiểm tra lại tình trạng bệnh lý rối loạn đông máu của người bệnh để xử trí tùy theo trường hợp

- Nhiễm khuẩn khớp, phần mềm quanh khớp: do thủ thuật chọc dịch không đảm bảo vô khuẩn. Cần chọc hút dịch khớp làm xét nghiệm tế bào, nuôi cấy vi khuẩn và điều trị kháng sinh đường toàn thân.





H1. Hình ảnh minh họa hút dịch khớp gối qua mặt cắt ngang túi cùng trên xương bánh chè



H2. Hình ảnh siêu âm dịch khớp gối qua lớp cắt ngang túi cùng trên xương bánh chè

1: Đầu dưới xương đùi

2: Dịch túi cùng trên ngoài xương bánh chè

2. QUY TRÌNH CHỌC HÚT NANG BAO HOẠT DỊCH DƯỚI HƯỚNG DẪN CÚA SIÊU ÂM

I. ĐẠI CƯƠNG

Bao khớp có 2 lớp gồm màng xơ (bên ngoài) và màng hoạt dịch (lót bên trong). Màng hoạt dịch phủ mặt trong của bao khớp cùng với các mặt của khớp giới hạn nên ổ khớp. Khi áp lực bên trong của bao khớp tăng lên do chấn thương, vi chấn thương, hay do viêm có thể tạo ra thoát vị dịch và bao hoạt dịch tại vị trí bao khớp lỏng lẻo gây ra nang bao hoạt dịch (hay u bao hoạt dịch). Thường gặp tại khớp cổ tay, khớp bàn ngón và khớp liên đốt ngón tay, bao gân, đôi khi gặp tại khớp cổ chân, khớp gối… Điều trị hiên nay gồm: Hút dịch và tiêm thuốc chống viêm corticoid sau đó băng ép, hoặc phẫu thuật cắt bỏ nang bao hoạt dịch và khâu phục hồi vị trí bao khớp lỏng lẻo để hạn chế tái phát. Chọc hút nang bao hoạt dịch dưới hướng dẫn của siêu âm giúp cho thủ thuật an toàn và dễ dàng hơn, tránh gây tổn thương các cầu trúc xung quanh: thần kinh, mạch máu,...

II. CHỈ ĐỊNH

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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các bệnh lý rối loạn đông máu.
- Nhiễm khuẩn ngoài da tại vị trí khớp định chọc hút.
- Thận trọng với người bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường cần được kiểm soát tốt trước và sau khi tiến hành thủ thuật

IV.CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện (chuyên khoa)

- 01 bác sỹ thực hiện thủ thuật: là bác sỹ chuyên khoa cơ xương khớp đã được đào tạo về thủ thuật chọc hút dịch khớp
- 01 bác sỹ siêu âm: là bác sỹ chuyên khoa chẩn đoán hình ảnh/ cơ xương khớp đã được đào tạo và cấp chứng chỉ chuyên ngành siêu âm.
- 01 điều dưỡng phụ.

2. Phương tiện

- Phòng tiêm khớp đạt tiêu chuẩn chuyên môn
- 01 máy siêu âm, đầu dò Linear có tần số tối thiểu 5 - 9 MHZ
- Bộ dụng cụ tiêm khớp vô khuẩn (săng có lỗ, kẹp có mấu, bông, gạc,...)
- Túi vô trùng bọc đầu dò siêu âm (hoặc có thể dùng găng vô khuẩn bọc đầu dò siêu âm)
- Găng vô khuẩn
- Kim chọc hút (18Gauge, 20Gauge), bơm tiêm 10 ml, 20 ml.
- Cồn 70º, cồn Iôt sát trùng, panh, băng dính vô khuẩn.
- Lam kính, ống nghiệm vô khuẩn, ống nghiệm có Heparin chống đông
- Thuốc gây tê Lidocain 2%.
- Hộp dụng cụ chống sốc

3. Chuẩn bị người bệnh

- Người bệnh được giải thích trước về thủ thuật nhằm hợp tác với bác sỹ.
- Bệnh án hoặc các tài liệu (đơn thuốc; xét nghiệm chú ý đông máu cơ bản; X quang,…) của người bệnh để thầy thuốc kiểm tra trước khi thực hiện thủ thuật
- Bác sỹ thăm khám lại người bệnh trước khi tiến hành chọc dịch.

- Chuẩn bị tư thế người bệnh: tùy theo vị trí nang bao hoạt dịch

4. Hồ sơ bệnh án

- Theo mẫu quy định

II. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH CHỌC HÚT DỊCH KHỚP

Thực hiện tại phòng thủ thuật vô trùng

- Kiểm tra hồ sơ bệnh án hoặc đơn thuốc về chỉ định, chống chỉ định

- Kiểm tra máy siêu âm và đầu dò

- Kiểm tra nang bao hoạt dịch dưới siêu âm: chọn vị trí đặt đầu dò thích hợp để hút

- Điều dưỡng sát khuẩn rộng vị trí chọc hút bằng dung dịch Betadin.

- Bác sỹ thực hiện thủ thuật sát trùng tay bằng cồn 70º, đi găng vô khuẩn, , trải săng vô khuẩn có lỗ.

- Bác sỹ siêu âm bọc đầu dò siêu âm bằng túi bọc đầu dò hoặc bằng găng vô khuẩn, đặt đầu dò đã được bọc găng vô khuẩn tại vị trí cần hút dịch

- Đưa kim qua da, mũi kim song song với đầu dò siêu âm, đồng thời quan sát trên màn hình siêu âm, chọc kim vào bao hoạt dịch và tiến hành hút dịch, hút tới khi quan sát trên màn hình bao hoạt dịch đã xẹp hết.

- Khi lấy được dịch khớp:

+ Đánh giá đại thể dịch khớp

+ Làm xét nghiệm nếu cần thiết

- Nếu người bệnh có chỉ định tiêm khớp, bác sỹ làm thủ thuật đưa thuốc vào ổ khớp qua kim hút vừa dịch.

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

- Dặn dò người bệnh giữ sạch và không để ướt vị trí chọc hút trong 24h sau tiêm, sau 24h bỏ băng và rửa nước bình thường vào chỗ tiêm, tái khám nếu chảy dịch hoặc viêm tấy tại vị trí chọc dò, sốt,…

V. THEO DÕI

- Chỉ số theo dõi: mạch, huyết áp, tình trạng đau, chảy máu tại chỗ, tình trạng viêm trong vòng 24 giờ

- Theo dõi các tai biến và tác dụng phụ có thể xảy ra (mục VI) sau 24 giờ

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

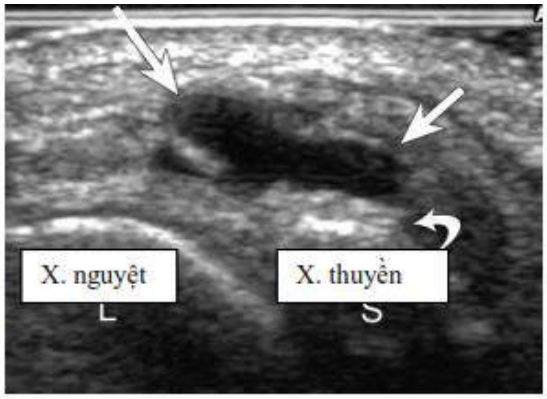
- Đau tại chỗ chọc dịch: Paracetamol.

- Biến chứng do kích thích phó giao cảm (hiếm gặp) do người bệnh quá sợ hãi. Xử trí: đặt người bệnh nằm đầu thấp, giơ cao chân, theo dõi mạch, huyết áp để có các biện pháp xử trí cấp cứu khi cần thiết.

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

- Nhiễm khuẩn khớp, phần mềm quanh khớp: do thủ thuật chọc dịch không đảm bảo vô khuẩn. Cần chọc hút dịch khớp làm xét nghiệm tế bào, nuôi cấy vi khuẩn và điều trị kháng sinh đường toàn thân.





3. QUY TRÌNH CHỌC HÚT Ổ VIÊM / ÁP XE PHẦN MỀM DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA SIÊU ÂM

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm hoặc áp xe phần mềm là một bệnh lý nhiễm khuẩn thường gặp trong bệnh lý cơ xương khớp. Chọc hút ổ viêm hoặc ổ áp xe nhằm cung cấp thông tin giúp cho chẩn đoán và điều trị bệnh. Chọc hút dịch làm xét nghiệm vi khuẩn học giúp xác định nguyên nhân gây ra ổ áp xe, từ đó giúp lựa chọn kháng sinh điều trị cho phù hợp và hiệu quả. Ngoài ra, chọc hút ổ viêm/ áp xe giúp giải phóng ổ mủ làm cho quá trình điều trị hiệu quả hơn, tránh vỡ ổ viêm/áp xe. Trong các trường hợp ổ viêm/ áp xe phần mềm ở sâu, việc chọc hút ổ tổn thương dưới siêu âm giúp cho thủ thuật an toàn và dễ dàng thực hiện hơn.

II. CHỈ ĐỊNH

- Hút dịch ổ viêm / áp xe phần mềm nhằm mục đích chẩn đoán
- Hút dịch khớp ổ viêm / áp xe phần mềm nhằm mục đích điều trị

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các bệnh lý rối loạn đông máu.
- Nhiễm khuẩn ngoài da tại vị trí khớp định chọc hút
- Thận trọng với người bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường cần được kiểm soát tốt trước và sau khi tiến hành thủ thuật

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện (chuyên khoa)

- 01 bác sỹ thực hiện thủ thuật: là bác sỹ chuyên khoa cơ xương khớp đã được đào tạo về thủ thuật chọc hút dịch khớp
- 01 bác sỹ siêu âm: là bác sỹ chuyên khoa chẩn đoán hình ảnh/ cơ xương khớp đã được đào tạo và cấp chứng chỉ chuyên ngành siêu âm.
- 01 điều dưỡng phụ.

2. Phương tiện

- Phòng tiêm khớp đạt tiêu chuẩn chuyên môn
- 01 máy siêu âm, đầu dò Linear có tần số tối thiểu 5 - 9 MHZ
- Bộ dụng cụ tiêm khớp vô khuẩn (săng có lỗ, kẹp có mấu, bông, gạc,...)
- Túi vô trùng bọc đầu dò siêu âm (hoặc có thể dùng găng vô khuẩn bọc đầu dò siêu âm)
- Găng vô khuẩn
- Kim chọc hút (18Gauge, 20Gauge), bơm tiêm 10 ml, 20 ml.
- Cồn 70º, cồn Iôt sát trùng, panh, băng dính vô khuẩn.
- Lam kính, ống nghiệm vô khuẩn, ống nghiệm có Heparin chống đông
- Thuốc gây tê Lidocain 2%.
- Hộp dụng cụ chống sốc

3. Chuẩn bị người bệnh

- Người bệnh được giải thích trước về thủ thuật nhằm hợp tác với bác sỹ.
- Bệnh án hoặc các tài liệu (đơn thuốc, xét nghiệm, X quang,…) của người bệnh để thầy thuốc kiểm tra (nếu cần thiết) trước khi thực hiện thủ thuật
- Bác sỹ thăm khám lại người bệnh trước khi tiến hành chọc dịch.
- Chuẩn bị tư thế người bệnh: tùy theo vị trí ổ viêm / ổ áp xe

4. Hồ sơ bệnh án

- Theo mẫu quy định

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH CHỌC HÚT DỊCH KHỚP

Thực hiện tại phòng thủ thuật vô trùng

- Kiểm tra hồ sơ bệnh án hoặc đơn thuốc về chỉ định, chống chỉ định
- Kiểm tra máy siêu âm và đầu dò
- Kiểm tra ổ viêm/ áp xe phần mềm dưới siêu âm: chọn vị trí đặt đầu dò thích hợp
- Điều dưỡng sát khuẩn rộng vị trí chọc hút bằng dung dịch Betadin.

- Bác sỹ thực hiện thủ thuật sát trùng tay bằng cồn 70º, đi găng vô khuẩn, , trải săng vô khuẩn có lỗ.

- Bác sỹ siêu âm bọc đầu dò siêu âm bằng túi bọc đầu dò hoặc bằng găng vô khuẩn, đặt đầu dò đã được bọc găng vô khuẩn tại vị trí cần hút dịch

- Đưa kim qua da, mũi kim song song với đầu dò siêu âm, đồng thời quan sát trên màn hình siêu âm, chọc kim vào ổ viêm/ ổ áp xe và tiến hành hút dịch.

- Khi lấy được dịch ổ viêm / ổ áp xe phần mềm:

+ Đánh giá đại thể dịch

+ Làm các xét nghiệm: đếm số lượng tế bào, tế bào học, nuôi cấy định danh vi khuẩn, PCR lao dịch khớp tùy từng trường hợp cụ thể. Ngoài ra có thể làm: soi tươi tìm tinh thể urat, tìm BK, MGIT.

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

- Dặn dò người bệnh giữ sạch và không để ướt vị trí chọc hút trong 24h sau tiêm, sau 24h bỏ băng và rửa nước bình thường vào chỗ tiêm, tái khám nếu chảy dịch hoặc viêm tấy tại vị trí chọc dò, sốt,…

V. THEO DÕI

- Chỉ số theo dõi: mạch, huyết áp, tình trạng đau, chảy máu tại chỗ, tình trạng viêm trong vòng 24 giờ

- Theo dõi các tai biến và tác dụng phụ có thể xảy ra (mục VI) sau 24 giờ

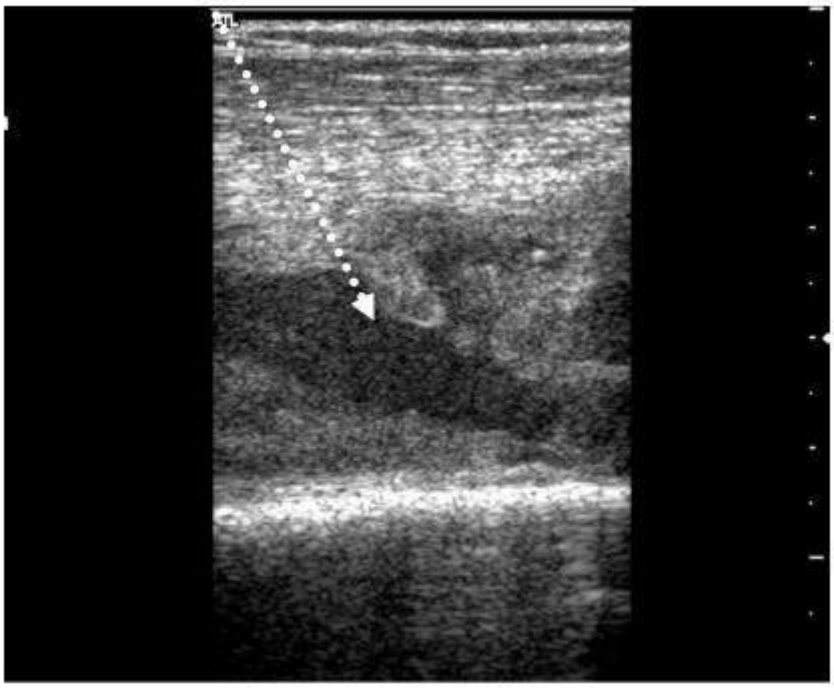
VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Đau tại chỗ chọc dịch: Paracetamol.

- Biến chứng do kích thích phó giao cảm (hiếm gặp) do người bệnh quá sợ hãi. Xử trí: đặt người bệnh nằm đầu thấp, giơ cao chân, theo dõi mạch, huyết áp để có các biện pháp xử trí cấp cứu khi cần thiết.

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

- Nhiễm khuẩn khớp, phần mềm quanh khớp: do thủ thuật chọc dịch không đảm bảo vô khuẩn. Cần chọc hút dịch khớp làm xét nghiệm tế bào, nuôi cấy vi khuẩn và điều trị kháng sinh đường toàn thân.



H1. Chọc hút ổ áp xe cơ đùi dưới hướng dẫn của siêu âm

Nguồn: "Using sonography to reveal and aspirate joint effusions. AJR Am J Roentgenol 2000"

4. QUY TRÌNH HÚT DỊCH NANG BAO HOẠT DỊCH

I. ĐẠI CƯƠNG

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

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

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

II. CHỈ ĐỊNH

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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện (chuyên khoa)

- 01 Bác sỹ: là các bác sỹ chuyên khoa cơ xương khớp được đào tạo và cấp chứng chỉ chuyên ngành cơ xương khớp và chứng chỉ tiêm khớp nâng cao.
- 01 Điều dưỡng phụ: là điều dưỡng đã được đào tạo.

2. Phương tiện

- Kim chọc hút (18Gauche, 20Gauche) , bơm tiêm 10ml, 20 ml.
- Bông, cồn iod sát trùng, panh, băng dính vô khuẩn.
- Thuốc gây tê Lidocain 2%.
- Lam kính, ống nghiệm vô khuẩn, ống nghiêm có heparin chống đông
- Hộp dụng cụ chống sốc

3. Chuẩn bị người bệnh

- Người bệnh được giải thích trước về thủ thuật nhằm hợp tác với bác sỹ.
- Bệnh án hoặc các tài liệu (đơn, xét nghiệm, X quang,…) để thầy thuốc kiểm tra (nếu cần thiết) trước khi thực hiện thủ thuật (chú ý xét nghiệm đông máu cơ bản, chỉ định, bệnh kết hợp,…).
- Bác sỹ thăm khám lại người bệnh trước khi tiến hành chọc dịch.

4. Hồ sơ bệnh án, đơn

- Theo mẫu quy định

XI. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH CHỌC HÚT DỊCH KHỚP

Thực hiện tại phòng thủ thuật vô trùng

- Kiểm tra hồ sơ bệnh án, đơn hoặc phiếu chỉ định thủ thuật về chỉ định, chống chỉ định
- Hướng dẫn tư thế người bệnh và xác định các mốc giải phẫu: tùy theo từng nang bao hoạt dịch cần chọc hút dịch: với vị trí khớp cổ tay cần đặt bàn tay sấp lên mặt bàn tiêm, gấp nhẹ cổ tay 15º để nang bao hoạt dịch nổi rõ nhất
- Sát trùng tay, đi găng vô khuẩn
- Sát khuẩn rộng vùng nang có chỉ định chọc hút dịch
- Đưa kim vào vị trí đã xác định, vừa đưa kim vừa hút chân không cho tới khi thấy dịch, hút

nhẹ nhàng và từ từ.

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

- Sau khi đã hút hết dịch nang bao hoạt dịch, tiến hành tiêm thuốc nếu có chỉ định tiêm nang bao hoạt dịch

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

- Dặn dò người bệnh giữ sạch, không để ướt vị trí chọc hút trong vòng 24 h sau tiêm, sau 24 h bỏ băng và có thể rửa nước bình thường vào chỗ tiêm, tái khám nếu thấy chảy dịch hoặc viêm tấy tại vị trí chọc dò, hoặc có sốt,…

VI. THEO DÕI

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

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

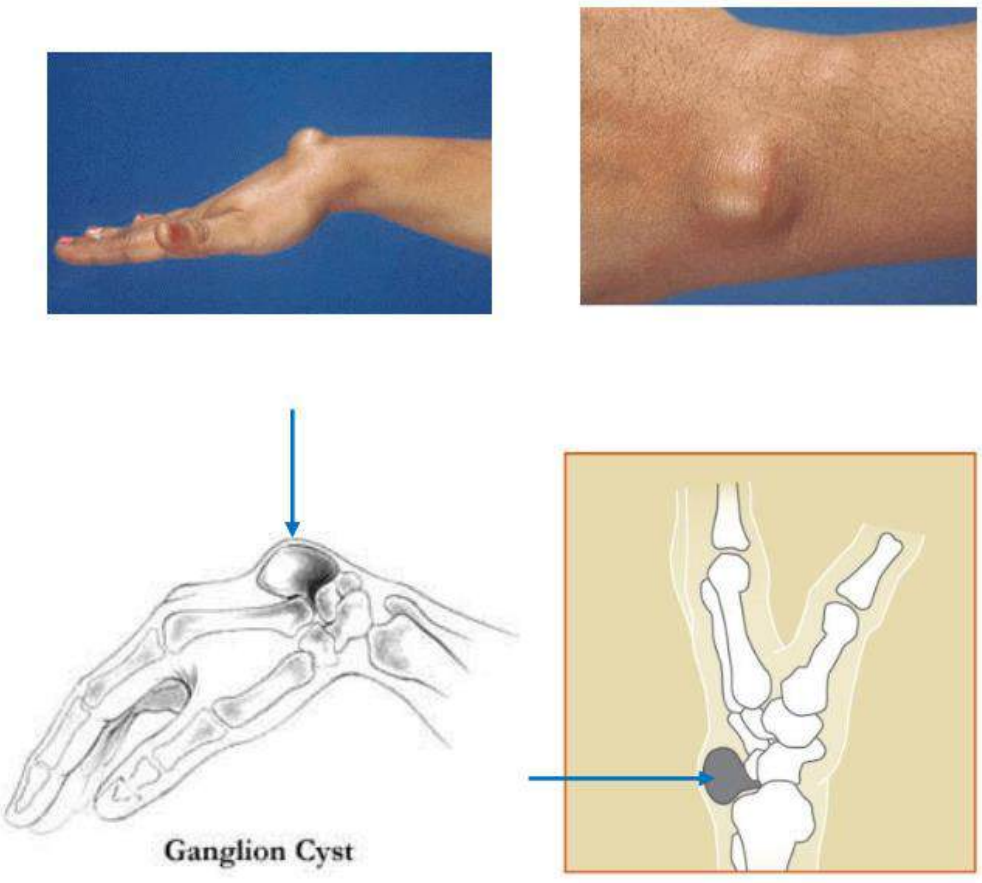
- Nhiễm khuẩn khớp, phần mềm quanh khớp: do thủ thuật chọc dịch không đảm bảo vô khuẩn. Người bệnh thường có biểu hiện sốt, sưng đau tại chỗ, tràn dịch tái phát nhanh: cần điều trị kháng sinh.

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

- Biến chứng hiếm gặp: tai biến do người bệnh quá sợ hãi, có các biểu hiện kích thích hệ phó giao cảm: Người bệnh choáng váng, vã mồ hôi, ho khan, có cảm giác tức ngực khó thở, rối loạn cơ tròn,... Xử trí: đặt người bệnh nằm đầu thấp, giơ cao chân, theo dõi mạch, huyết áp để có các biện pháp xử trí cấp cứu khi cần thiết.

X. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hình ảnh minh họa nang bao hoạt dịch:



Hình minh họa: hút dịch nang bao hoạt dịch cổ tay

5. QUY TRÌNH CHỌC HÚT Ổ VIÊM/ÁP XE PHẦN MỀM

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm hoặc áp xe phần mềm là một bệnh lý nhiễm khuẩn thường gặp trong bệnh lý cơ xương khớp. Chọc hút ổ viêm hoặc ổ áp xe có giá trị chẩn đoán và điều trị bệnh. Chọc hút dịch làm xét nghiệm vi khuẩn học giúp xác định nguyên nhân gây ổ áp xe, từ đó giúp lựa chọn kháng sinh điều trị cho phù hợp và hiệu quả.

Chọc hút ổ viêm/ áp xe giúp giải phóng ổ mủ làm cho quá trình điều trị hiệu quả hơn, tránh vỡ ổ áp xe.

II. CHỈ ĐỊNH

Chỉ định:

- Các ổ viêm/ áp xe phần mềm ở nông xác định được rõ vị trí bằng thăm khám lâm sàng

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý rối loạn đông máu, người bệnh đang dùng thuốc chống đông.

- Các tổn thương nằm sát các vị trí có nguy cơ cao bị biến chứng khi chọc như sát mạch máu, thần kinh, tim phổi…

- Các ổ viêm/ áp xe ở vị trí sâu không xác định được trên lâm sàng.

+ *Thận trọng với người bệnh có tiền sử đái tháo đường, tăng huyết áp, Chỉ thực hiện thủ thuật khi các bệnh lý trên đã được kiểm soát tốt.*

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện (chuyên khoa)

- 01 bác sỹ thực hiện thủ thuật: tại các bệnh viện tuyến Trung ương/ Tỉnh/ Thành phố đã được đào tạo và cấp chứng chỉ.

- 01 điều dưỡng.

2. Phương tiện

- Phòng Thủ thuật đạt tiêu chuẩn chuyên môn.

- Hộp thuốc chống sốc theo quy định.

- Hộp đựng dụng cụ vô trùng (xăng có lỗ, kẹp có mấu, bông băng gạc...).

- Bông, cồn 70º, dung dịch Betadin hoặc cồn iốt, băng dính y tế/ băng dính Urgo.

- Thuốc: gây tê xylocain 2%

- Kim tiêm: 18 G, bơm tiêm: 10ml, 20 ml

- Ống đựng bệnh phẩm, lam kính, nhãn dán, bút viết trực tiếp trên lam kính, ống nuôi cấy vi khuẩn/ nấm, ống xét nghiệm PCR lao…

3. Người bệnh

- Cần được kiểm tra các chỉ định, chống chỉ định.

- Giải thích BN: mục đích, tai biến của thủ thuật; ký giấy cam đoan làm thủ thuật

- Làm các xét nghiệm cơ bản như đông máu cơ bản, nhóm máu, HIV, HbsAg, các xét nghiệm huyết học, sinh hóa cơ bản.

4. Hồ sơ bệnh án

- Theo mẫu quy định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Thực hiện tại phòng thủ thuật theo quy định

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án , chỉ định, chống chỉ định

2. Xác định vị trí ổ viêm/ ổ áp xe trên lâm sàng

3. Xác định đường dự định chọc hút.

4. Sát trùng da ở vị trí đường vào bằng dung dịch Betadin, trải săng vô khuẩn có lỗ.

5. Gây tê tại chỗ bằng xylocain.

6. Chọc hút ổ viêm/ ổ áp xe theo hướng đã xác định trước

8. Hút dịch tại ổ viêm/ áp xe

9. Vừa hút, vừa kết hợp với quan sát, thăm khám lâm sàng. Hút đến khi nào ổ áp xe hết hoặc không thể hút được nữa.

9. Rút kim ra khỏi ổ viêm/ áp xe

10. Sát khuẩn, dán urgo tại vị trí chọc hút

11. Chăm sóc người bệnh sau chọc hút

- Theo dõi tình trạng chảy máu tại chỗ ngay sau chọc hút, nếu có cần băng ép chặt.

- Theo dõi lượng mủ, dịch chảy ra tại vị trí chọc.

- Dặn người bệnh không để ướt tại vị trí tiêm trong vòng 24 giờ.

VI. THEO DÕI

- Chỉ số theo dõi: mạch, HA, tình trạng chảy máu, chảy dịch tại chỗ.

- Theo dõi các tai biến và tác dụng phụ có thể xảy ra (bên dưới) sau 24giờ.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Đau tăng sau khi chọc hút, có thể bổ sung các thuốc giảm đau nếu cần.

- Chảy máu sau chọc hút, cần băng ép chặt.

- Chảy dịch hoặc mủ tại vị trí chọc hút cần làm khô cho tới hết. Băng lại vết chọc. Thay băng hàng ngày.

- Phản ứng thần kinh thực vật: đôi khi người bệnh cảm thấy hơi nhức đầu hoặc sây sẩm trong hoặc sau khi làm thủ thuật, rất hiếm khi bị ngất.

6. QUY TRÌNH SIÊU ÂM KHỚP

I. ĐẠI CƯƠNG

Siêu âm khớp có vai trò quan trọng trong chẩn đoán bệnh lý cơ xương khớp. Siêu âm quan sát được cấu trúc màng hoạt dịch, dịch khớp một cách rõ ràng, đặc biệt là trong các trường hợp viêm màng hoạt dịch, hoặc tràn dịch khớp mức độ ít mà lâm sàng không phát hiện được. Siêu âm khớp còn cho phép phát hiện các tổn thương ở sụn khớp trong trường hợp thoái hóa khớp; canxi hóa sụn khớp; dấu hiệu đường đôi trong bệnh gút. Những tổn thương bào mòn xương, tổn thương gân, dây chằng và các điểm bám tận cũng được chẩn đoán bằng siêu âm.

Ngày nay với sự tiến bộ của khoa học kỹ thuật, siêu âm Doppler năng lượng còn giúp phát hiện các mức độ tăng sinh mạch máu màng hoạt dịch giúp chẩn đoán, theo dõi tiến triển của các bệnh lý khớp.

Hiện nay, siêu âm khớp là một thăm dò động, có giá trị, an toàn và kinh tế, trong chẩn đoán và điều trị một số bệnh cơ xương khớp.

II. CHỈ ĐỊNH

- Các trường hợp khớp sưng, đau do viêm, do thoái hóa hoặc do chấn thương.

- Trong trường hợp khám lâm sàng nghi ngờ có tổn thương gân: viêm gân, canxi hóa gân, viêm bao gân, đứt gân, viêm túi thanh dịch.

- Viêm các điểm bám tận; tổn thương dây chằng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối

- Thận trọng khi có tổn thương da hở vùng khớp có chỉ định siêu âm, cần bọc đầu dò siêu âm bằng dụng cụ vô khuẩn; dùng gel vô khuẩn hoặc nước muối sinh lý khi thực hiện kỹ thuật siêu âm.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện (chuyên khoa)

- 01 bác sỹ đã được đào tạo và có chứng chỉ chuyên ngành cơ xương khớp và chứng chỉ siêu âm.

- 01 điều dưỡng giúp chuẩn bị người bệnh và ghi chép kết quả siêu âm.

2. Phương tiện

- 01 máy siêu âm đen trắng hoặc tốt nhất là máy siêu âm màu có doppler năng lượng.

- Có ít nhất hai đầu dò siêu âm: 01 đầu dò linear tần số ≥ 7.5 MHz khảo sát các khớp nhỡ, nhỏ và 01 đầu dò convec 3.5-5 MHz để khảo sát các khớp ở sâu như khớp háng.

3. Chuẩn bị người bệnh

- Người bệnh được giải thích trước khi làm siêu âm
- Tư thế người bệnh phù hợp với khớp siêu âm
- Có chỉ định của bác sỹ

4. **Hồ sơ bệnh án, giấy chỉ định**

Hồ sơ bệnh án, đơn thuốc hoặc phiếu chỉ định siêu âm theo mẫu quy định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Thực hiện tại phòng siêu âm theo quy định

- Kiểm tra hồ sơ bệnh án, giấy chỉ định siêu âm
- Kiểm tra máy siêu âm và đầu dò
- Đặt tư thế người bệnh phù hợp với vị trí khớp cần siêu âm
- Cho gel vào đầu dò siêu âm
- Siêu âm khớp được thực hiện theo các mặt cắt quy định tùy thuộc vị trí khớp cần khảo sát.
- Bác sỹ đọc kết quả siêu âm và kiểm tra lại kết quả sau khi điều dưỡng đã ghi chép.
- Điều dưỡng trả kết quả siêu âm cho người bệnh, dặn dò người bệnh chuyển kết quả tới bác sỹ chỉ định.
- Vệ sinh đầu dò siêu âm bằng gạc mềm.

VI. THEO DÕI

Siêu âm khớp là một thăm dò không can thiệp nên an toàn, không cần theo dõi người bệnh sau siêu âm.

VII. TAI BIẾN

An toàn hầu như không có tai biến

7. QUY TRÌNH SIÊU ÂM PHẦN MỀM

I. ĐẠI CƯƠNG

Siêu âm có vai trò quan trọng trong chẩn đoán bệnh lý cơ xương khớp, đặc biệt là bệnh lý phần mềm. Siêu âm giúp quan sát các tổn thương ở da, tổ chức dưới da, cơ và dây thần kinh. Từ đó giúp phát hiện các tổn thương bệnh lý: viêm áp xe, các khối u phần mềm, các khối tụ máu, tụ dịch mà trên lâm sàng khó phát hiện được.

Hiện nay, siêu âm cơ xương khớp trong đó bao gồm cả siêu âm phần mềm là xét nghiệm có giá trị, an toàn và kinh tế trong chẩn đoán và điều trị một số bệnh lý cơ xương khớp.

II. CHỈ ĐỊNH

- Các tổn thương viêm, chấn thương phần mềm
- Các khối u phần mềm không rõ vị trí, bản chất.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối
- Thận trọng khi có tổn thương da hở vùng phần mềm có chỉ định siêu âm, cần bọc đầu dò siêu âm bằng dụng cụ vô khuẩn; dùng gel vô khuẩn hoặc nước muối sinh lý khi thực hiện kỹ thuật siêu âm.

IV. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện (chuyên khoa)

- 01 bác sỹ đã được đào tạo và có chứng chỉ chuyên ngành cơ xương khớp và chứng chỉ siêu âm.
- 01 điều dưỡng điều hành người bệnh và ghi chép kết quả.

4.2. Phương tiện

- 01 máy siêu âm đen trắng hoặc tốt nhất là máy siêu âm màu có doppler năng lượng.

- Có ít nhất hai đầu dò siêu âm: 01 đầu dò linear tần số ≥ 7.5 MHz khảo sát các tổn thương ở nông và 01 đầu dò convec 3.5-5 MHz để khảo sát các tổn thương ở sâu như cơ thắt lưng chậu, cơ mông, cơ đùi...

4.3. Chuẩn bị người bệnh

- Người bệnh được giải thích trước khi làm siêu âm

- Tư thế người bệnh phù hợp với vị trí siêu âm

- Có chỉ định của bác sỹ

4. **Hồ sơ bệnh án, giấy chỉ định**

Hồ sơ bệnh án, phiếu chỉ định siêu âm theo quy định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Thực hiện tại phòng siêu âm theo quy định

- Kiểm tra hồ sơ bệnh án, giấy chỉ định siêu âm

- Kiểm tra máy siêu âm và đầu dò

- Cho gel vào đầu dò siêu âm

- Siêu âm phần mềm được thực theo các mặt cắt quy định tùy thuộc vào vị trí giải phẫu cần thăm khám.

- Bác sỹ đọc kết quả siêu âm và kiểm tra lại kết quả sau khi điều dưỡng đã ghi chép.

- Điều dưỡng trả kết quả siêu âm cho người bệnh, dặn dò người bệnh chuyển kết quả tới bác sỹ chỉ định.

- Vệ sinh đầu dò siêu âm bằng gạc mềm.

VI. THEO DÕI

Siêu âm phần mềm là một thăm dò không can thiệp nên an toàn, không cần theo dõi sau siêu âm

VII. TAI BIẾN

An toàn, không có tai biến

8. QUY TRÌNH TIÊM KHỚP GỐI

I. Đại cương: Tiêm khớp gối là một kỹ thuật đưa thuốc vào khớp gối để điều trị trong một số bệnh có chỉ định.

II. Chỉ định: Trong các trường hợp có bệnh kèm theo dưới đây mà tổn thương khớp gối đáp ứng kém hiệu quả dù đã dùng điều trị thuốc toàn thân đúng phác đồ, đúng liều lượng:

- Thoái hoá khớp gối.

- Viêm khớp dạng thấp có tổn thương khớp.

- Bệnh lý cột sống thể huyết thanh âm tính: viêm cột sống dính khớp, viêm khớp phản ứng, viêm khớp vẩy nến, viêm khớp mạn tính thiếu niên ... có tổn thương khớp gối dai dẳng.

- Viêm khớp gối sau chấn thương (không có tràn máu khớp do chấn thương).

- Bệnh gút và bệnh giả gút khác có tổn thương khớp gối.

- Một số bệnh hệ thống có tổn thương khớp gối dai dẳng.

III. Chống chỉ định:

- Viêm khớp gối nhiễm khuẩn: viêm khớp mủ, lao khớp.

- Tổn thương khớp gối do bệnh lý thần kinh, bệnh máu.

- Nhiễm khuẩn ngoài da vùng quanh khớp gối, nhiễm nấm... khi tiêm có nguy cơ đưa vi khuẩn, nấm vào trong khớp gối.

- Cơ địa suy giảm miễn dịch.

- Chống chỉ định tương đối: Chỉ định thận trọng với người bệnh có tăng huyết áp, đái tháo

đường. Các người bệnh này cần được theo dõi sát trước và sau khi tiến hành thủ thuật. Chỉ thực hiện thủ thuật khi các bệnh lý trên đã được kiểm soát tốt.

IV. Chuẩn bị

- Cán bộ thực hiện quy trình kỹ thuật gồm: bác sỹ tiêm khớp, điều dưỡng.

- Phương tiện:

+ Phòng thủ thuật vô trùng

+ Hộp thuốc chống sốc theo quy định.

+ Hộp đựng dụng cụ vô trùng (xăng có lỗ, kẹp có mấu, bông băng gạc...).

+ Kim tiêm 23G

+ Bơm tiêm nhựa 3 - 5 ml (loại dùng 1 lần)

+ Bông cồn 70o, dung dịch Betadin hoặc cồn iốt, băng dính y tế/ băng dính Urgo.

- Người bệnh: hướng dẫn tư thế BN tùy theo vị trí tiêm

- Hồ sơ bệnh án.

V. Các bước tiến hành

1. Kiểm tra hồ sơ hoặc đơn thuốc về chỉ định, vị trí tiêm

2. Kiểm tra người bệnh: Giải thích cho BN về mục đích, tai biến của thủ thuật

3. Thực hiện kỹ thuật:

- Tư thế của người bệnh: người bệnh ngồi ở trên giường tựa lưng vào tường với khớp gối gấp 90 độ.

- Y tá:

+ Chuẩn bị thuốc tiêm: Hydrocortison acetat (Nồng độ 1ml = 25mg); Depo- Medrol (Methyl prednisolon acetat, nồng độ 1ml = 40mg) hoặc Diprospan (1ml = 5mg Betamethasone dipropionate + 2mg Betamethasone sodium phosphate).

+ Sát trùng vị trí tiêm, trải săng

+ Quan sát BN trong quá trình làm thủ thuật: toàn trạng, những thay đổi bất thường khác

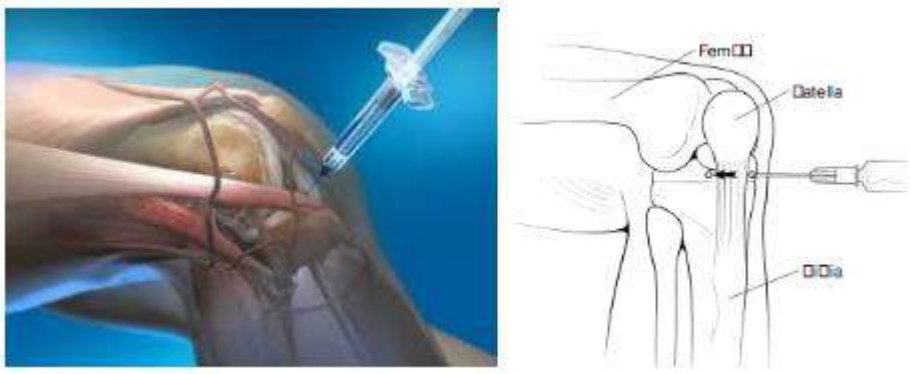
+ Sau tiêm sát trùng, băng chỗ tiêm, dặn dò BN giữ sạch và không để ướt vị chí chọc hút trong vòng 24 giờ sau tiêm, sau 24 giờ bỏ băng dính và rửa nước bình thường vào chỗ tiêm. Tái khám nếu chảy dịch hoặc viêm tấy tại vị trí tiêm, sốt.

- Bác sỹ

+ Sát trùng tay, đi găng vô khuẩn

+ Xác định vị trí tiêm

+ Tiến hành tiêm khớp: đâm kim vào khớp gối vuông góc với mặt da, cạnh gân bánh chè, hướng kim về khuyết gian lồi cầu của xương chày.



Hình minh họa: tiêm khớp gối. nguồn: internet

6. Theo dõi người bệnh sau thủ thuật

Chỉ số theo dõi: mạch, HA, tình trạng chảy máu tại chỗ, tình trạng viêm trong 24 giờ

7. Tai biến và xử trí

- Đau tăng sau khi tiêm 12-24 giờ: do phản ứng viêm màng hoạt dịch với tinh thể thuốc (viêm khớp vi tinh thể), thường khỏi sau một ngày, không phải can thiệp, có thể bổ sung thuốc chống viêm, giảm đau

- Nhiễm khuẩn do thủ thuật khớp tiêm (viêm mủ): biểu hiện bằng sốt, sưng đau tại chỗ, tràn dịch => điều trị kháng sinh.

- Biến chứng muộn: teo da, mất sắc tố da tại chỗ tiêm do tiêm nhiều lần vào một vị trí, hoặc tiêm quá nông. => Lưu ý không để thuốc trào ra khỏi vị trí tiêm. Nếu đã có tai biến, không cần xử trí gì thêm. Cần báo trước cho BN để tránh hoang mang.

- Biến chứng hiếm gặp: tai biến do BN quá sợ hãi- biểu hiện kích thích hệ phó giao cảm, do tiêm thuốc vào mạch máu hoặc tiêm quá nhanh: BN choáng váng, vã mồ hôi, ho khàn, có cảm giác tức ngực khó thở, rối loạn cơ tròn....xử trí: đặt người bệnh nằm đầu thấp, giơ cao chân, theo dõi mạch, huyết áp để có các biện pháp xử trí cấp cứu khi cần thiết.

9. QUY TRÌNH TIÊM KHỚP KHUỶU TAY

I. Đại cương

Tiêm khớp khuỷu tay là một kỹ thuật đưa thuốc vào khớp khuỷu tay để điều trị trong một số bệnh có chỉ định.

II. Chỉ định

Trong các trường hợp có bệnh kèm theo dưới đây mà tổn thương khớp khuỷu tay đáp ứng kém hiệu quả dù đã dùng điều trị thuốc toàn thân đúng phác đồ, đúng liều lượng:

- Viêm khớp dạng thấp có tổn thương khớp khuỷu.

- Bệnh lý cột sống thể huyết thanh âm tính: viêm cột sống dính khớp, viêm khớp phản ứng, viêm khớp vẩy nến, viêm khớp mạn tính thiếu niên ... có tổn thương khớp khuỷu tay dai dẳng.

- Viêm khớp khuỷu tay sau chấn thương (không có tràn máu khớp do chấn thương).

- Bệnh gút và bệnh giả gút khác có tổn thương khớp khuỷu tay .

- Một số bệnh hệ thống có tổn thương khớp khuỷu tay dai dẳng.

III. Chống chỉ định:

- Viêm khớp khuỷu tay nhiễm khuẩn: viêm khớp mủ, lao khớp.

- Tổn thương khớp khuỷu tay do bệnh lý thần kinh, bệnh máu.

- Nhiễm khuẩn ngoài da vùng quanh khớp khuỷu tay, nhiễm nấm... khi tiêm có nguy cơ đưa vi khuẩn, nấm vào trong khớp khuỷu tay.

- Cơ địa suy giảm miễn dịch.

- Chống chỉ định tương đối: Chỉ định thận trọng với người bệnh có tăng huyết áp, đái tháo đường. Các người bệnh này cần được theo dõi sát trước và sau khi tiến hành thủ thuật. Chỉ thực hiện thủ thuật khi các bệnh lý trên đã được kiểm soát tốt.

IV. Chuẩn bị

- Cán bộ thực hiện quy trình kỹ thuật gồm: bác sỹ tiêm khớp, điều dưỡng.

- Phương tiện:

+ Phòng thủ thuật vô trùng

+ Hộp thuốc chống sốc theo quy định.

+ Hộp đựng dụng cụ vô trùng (xăng có lỗ, kẹp có mấu, bông băng gạc...).

+ Kim tiêm 23G

+ Bơm tiêm nhựa 3 - 5 ml (loại dùng 1 lần)

+ Bông cồn 70o, dung dịch Betadin hoặc cồn iốt, băng dính y tế/ băng dính Urgo.

- Người bệnh: hướng dẫn tư thế BN tùy theo vị trí tiêm

- Hồ sơ bệnh án.

V. Các bước tiến hành

1. Kiểm tra hồ sơ hoặc đơn thuốc về chỉ định, vị trí tiêm

2. Kiểm tra người bệnh: Giải thích cho BN về mục đích, tai biến của thủ thuật

3. Thực hiện kỹ thuật:

- Tư thế người bệnh: người bệnh nằm ngửa ở trên giường, khớp khuỷu gấp 45 độ với bàn tay đặt nhẹ lên đùi. Hoặc người bệnh ngồi, khủy tay để trên bàn tiêm, khớp khuỷu gấp 45 độ.

- Y tá:

+ Chuẩn bị thuốc tiêm: Hydrocortison acetat (Nồng độ 1ml = 25mg); Depo- Medrol (Methyl prednisolon acetat, nồng độ 1ml = 40mg) hoặc Diprospan (1ml = 5mg Betamethasone dipropionate + 2mg Betamethasone sodium phosphate).

+ Sát trùng vị trí tiêm, trải săng

+ Quan sát BN trong quá trình làm thủ thuật: toàn trạng, những thay đổi bất thường khác

+ Sau tiêm sát trùng, băng chỗ tiêm, dặn dò BN giữ sạch và không để ướt vị chí chọc hút trong vòng 24 giờ sau tiêm, sau 24 giờ bỏ băng dính và rửa nước bình thường vào chỗ tiêm. Tái khám nếu chảy dịch hoặc viêm tấy tại vị trí tiêm, sốt.

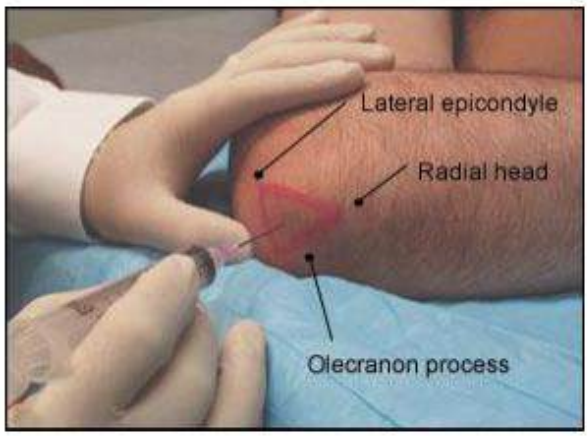
- Bác sỹ

+ Sát trùng tay, đi găng vô khuẩn

+ Xác định vị trí tiêm

+ Tiến hành tiêm khớp: chọc kim vào vị trí trung tâm của tam giác được tạo bởi mỏm khuỷu, đầu trên của xương quay và lồi cầu ngoài xương cánh tay, hướng kim đi chếch về phía lồi cầu trong của xương cánh tay. Hút thử pitton ra không thấy có máu thì tiêm thuốc vào nhẹ tay là được.





Hình minh họa: tiêm khớp khuỷu tay. nguồn: internet (lateral epicondyle: lồi cầu ngoài; Radial head: đầu trên xương quay; Olecranon process: mỏm khuỷu)

VI. Theo dõi người bệnh sau thủ thuật

Chỉ số theo dõi: mạch, HA, tình trạng chảy máu tại chỗ, tình trạng viêm trong 24 giờ

VII. Tai biến và xử trí

- Đau tăng sau khi tiêm 12-24 giờ: do phản ứng viêm màng hoạt dịch với tinh thể thuốc (viêm khớp vi tinh thể), thường khỏi sau một ngày, không phải can thiệp, có thể bổ sung thuốc chống viêm, giảm đau

- Nhiễm khuẩn do thủ thuật khớp tiêm (viêm mủ): biểu hiện bằng sốt, sưng đau tại chỗ, tràn dịch => điều trị kháng sinh.

- Biến chứng muộn: teo da, mất sắc tố da tại chỗ tiêm do tiêm nhiều lần vào một vị trí, hoặc tiêm quá nông. => Lưu ý không để thuốc trào ra khỏi vị trí tiêm. Nếu đã có tai biến, không cần xử trí gì thêm. Cần báo trước cho BN để tránh hoang mang.

- Biến chứng hiếm gặp: tai biến do BN quá sợ hãi- biểu hiện kích thích hệ phó giao cảm, do tiêm thuốc vào mạch máu hoặc tiêm quá nhanh: BN choáng váng, vã mồ hôi, ho khàn, có cảm giác tức ngực khó thở, rối loạn cơ tròn....xử trí: đặt người bệnh nằm đầu thấp, giơ cao chân, theo dõi mạch, huyết áp để có các biện pháp xử trí cấp cứu khi cần thiết.

10. QUY TRÌNH TIÊM HỘI CHỨNG DEQUERVAIN

I. Đại cương:

- Viêm bao gân De Quervain là bệnh thường gặp nhất trong nhóm bệnh viêm gân vùng cổ tay và bàn tay. Bệnh thường gặp ở nữ từ 30 đến 50 tuổi . Bình thường gân cơ dạng dài và duỗi ngắn ngón cái trượt dễ dàng trong bao gân De Quervain, khi bao gân này bị viêm sẽ chèn ép gây đau và

hạn chế vận động ngón tay cái .

- Triệu chứng lâm sàng: Sưng đau vùng mỏm trâm quay, đau liên tục, đau tăng khi vận động ngón tay cái, có thể đau lan xuống ngón tay hoặc lên cẳng tay.

- Siêu âm có thể thấy hình ảnh bao gân dày hơn bình thường và có dịch xung quanh.

- Điều trị có nhiều phương pháp: hạn chế vận động cổ tay và ngón tay đau, vật lý trị liệu, thuốc NSAIDs dạng uống. Tiêm corticoid tại chỗ là phương pháp điều trị thông dụng và mang lại hiệu quả tốt .

II. Chỉ định: Viêm bao gân De Quervain.

III. Chống chỉ định:

- CCĐ tuyệt đối:

+ Nhiễm khuẩn ngoài da, nhiễm nấm tại vị trí tiêm... khi tiêm có nguy cơ đưa vi khuẩn, nấm vào trong khớp.

+ Cơ địa suy giảm miễn dịch.

+ Bệnh rối loạn đông máu.

- CCĐ tương đối: thận trọng với người bệnh có tiền sử đái tháo đường, tăng huyết áp, cần theo dõi sau tiêm ít nhất 60 phút. Chỉ thực hiện thủ thuật khi các bệnh lý trên đã được kiểm soát tốt.

IV. Chuẩn bị

1. Người thực hiện (chuyên khoa)

- 01 Bác sỹ đã được đào tạo và cấp chứng chỉ chuyên ngành cơ xương khớp và chứng chỉ tiêm khớp.

- 01 Điều dưỡng.

2. Phương tiện

- Phòng thủ thuật vô khuẩn đạt tiêu chuẩn chuyên môn.

- Hộp thuốc chống sốc theo quy định.

- Hộp đựng dụng cụ vô trùng (xăng có lỗ, kẹp có mấu, bông băng gạc...).

- Kim tiêm 26G (0,5 - 25mm).

- Bơm tiêm nhựa 3 - 5 ml (loại dùng 1 lần)

- Bông cồn 70º, dung dịch Betadin hoặc cồn iốt, băng dính y tế/ băng dính Urgo.

- Thuốc: Hydrocortison acetat (Nồng độ 1ml = 25mg), mỗi đợt điều trị tiêm 3 mũi, mỗi mũi cách nhau 3 ngày ; Depo-Medrol (Methyl prednisolon acetat, nồng độ 1ml = 40mg) hoặc Diprospan (1ml = 5mg Betamethasone dipropionate + 2mg Betamethasone sodium phosphate)

V. Các bước tiến hành

1. Kiểm tra hồ sơ hoặc đơn thuốc về chỉ định, vị trí tiêm

2. Kiểm tra người bệnh: Giải thích cho BN về mục đích, tai biến của thủ thuật

3. Thực hiện kỹ thuật:

- Tư thế người bệnh: người bệnh ngồi, đặt bàn tay có khớp tiêm lên mặt bàn, tư thế nghiêng, hướng mỏm trâm quay lên trên.

- Y tá:

+ Chuẩn bị thuốc tiêm

+ Sát trùng vị trí tiêm, trải săng

+ Quan sát BN trong quá trình làm thủ thuật: toàn trạng, những thay đổi bất thường khác

+ Sau tiêm sát trùng, băng chỗ tiêm, dặn dò người bệnh sau làm thủ thuật: BN giữ sạch và không để ướt vi trí tiêm trong vòng 24h sau khi tiêm. Sau 24h mới bỏ băng dính và rửa nước bình thường vào chỗ tiêm. Tái khám nếu chảy dịch, viêm tấy tại vị trí tiêm, sốt …

- Bác sỹ

+ Sát trùng tay, đi găng vô khuẩn

+ Xác định vị trí tiêm

+ Tiến hành tiêm khớp : Mục đích tiêm vào bao gân cơ dạng ngón cái dài và duỗi ngón cái ngắn. Bảo người bệnh dạng ngón cái sẽ thấy gân nổi rõ, xác định vị trí tiêm đi song song với gân, có thể đi bên trong hoặc bên ngoài gân, hướng kim về phía mỏm trâm quay, chếch mũi kim 30 - 40 độ.

Tránh tiêm vào gân.

Liều lượng thuốc: 0,2-0,4 ml.



Hình minh họa: tiêm hội chứng DeQuervain. Nguồn: internet

VI. Theo dõi người bệnh sau thủ thuật

Chỉ số theo dõi: mạch, HA, tình trạng chảy máu tại chỗ, tình trạng viêm trong 24 giờ

VII. Tai biến và xử trí

- Đau tăng sau khi tiêm 12-24 giờ: do phản ứng viêm với tinh thể thuốc, thường khỏi sau một ngày, không phải can thiệp, có thể bổ sung thuốc chống viêm, giảm đau

- Nhiễm khuẩn tại chỗ tiêm (viêm mủ): biểu hiện bằng sốt, sưng đau tại chỗ, => điều trị kháng sinh.

- Biến chứng muộn: teo da, mất sắc tố da tại chỗ tiêm do tiêm nhiều lần vào một vị trí, hoặc tiêm quá nông. => Lưu ý không để thuốc trào ra khỏi vị trí tiêm. Nếu đã có tai biến, không cần xử trí gì thêm. Cần báo trước cho BN để tránh hoang mang.

- Biến chứng hiếm gặp: tai biến do BN quá sợ hãi- biểu hiện kích thích hệ phó giao cảm, do tiêm thuốc vào mạch máu hoặc tiêm quá nhanh: BN choáng váng, vã mồ hôi, ho khàn, có cảm giác tức ngực khó thở, rối loạn cơ tròn....xử trí: đặt người bệnh nằm đầu thấp, giơ cao chân, theo dõi mạch, huyết áp để có các biện pháp xử trí cấp cứu khi cần thiết.

11. QUY TRÌNH TIÊM GÂN ACHILLE

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm gân Achille là một bệnh lý thuộc nhóm bệnh lý phần mềm hay gặp, biểu hiện bằng đau tại vùng gân Achille. Đau tăng lên khi đi lại hoặc làm các động tác gấp duỗi khớp cổ chân. Điều trị nội khoa bao gồm: hạn chế vận động, dùng thuốc chống viêm không steroid tại chỗ và/ hoặc toàn thân, tiêm corticoid tại chỗ cho hiệu quả tốt.

II. CHỈ ĐỊNH

Viêm gân Achille vô khuẩn.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Chống chỉ định tuyệt đối: Viêm gân Achille có kèm theo đứt bán phần gân, nhiễm khuẩn khớp, nhiễm khuẩn phần mềm quanh khớp cổ chân và gân Achille, nhiễm nấm.

- Chống chỉ định tương đối: Cơ địa suy giảm miễn dịch, bệnh lý nội khoa nặng như suy tim, xơ gan, tăng huyết áp, đái tháo đường, nhiễm khuẩn toàn thân. Có thể tiêm sau khi kiểm soát tốt các bệnh lý trên.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện (chuyên khoa)

- 01 Bác sỹ đã được đào tạo và cấp chứng chỉ chuyên ngành cơ xương khớp.
- 01 Điều dưỡng

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ tiêm khớp.
- Găng tay vô khuẩn.
- Kim tiêm 23-26 G, bơm tiêm 5 ml.
- Bông, cồn Iod sát trùng, panh, băng dính.
- Thuốc tiêm khớp: methylprednisolon acetat (Depo Medrol) loại 1ml=40 mg hoặc hydrocotisol aceta 1ml=125 mg.

3. Chuẩn bị người bệnh

- Cần được kiểm tra chẩn đoán xác định, các chỉ định, chống chỉ định.
- Giải thích BN: mục đích, tai biến của thủ thuật; ký giấy cam đoan làm thủ thuật.

4. Hồ sơ bệnh án, đơn thuốc

- Theo mẫu quy định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Thực hiện tại phòng thủ thuật xương khớp vô khuẩn theo quy định
- Kiểm tra hồ sơ bệnh án hoặc đơn về chỉ định, chống chỉ định.
- Tư thế của người bệnh: người bệnh ngồi, ngả bàn chân áp sát mắt cá ngoài xuống mặt giường, bộc lộ vùng cổ chân và gót chân.
- Bác sỹ

+ Sát trùng tay, đi găng vô khuẩn

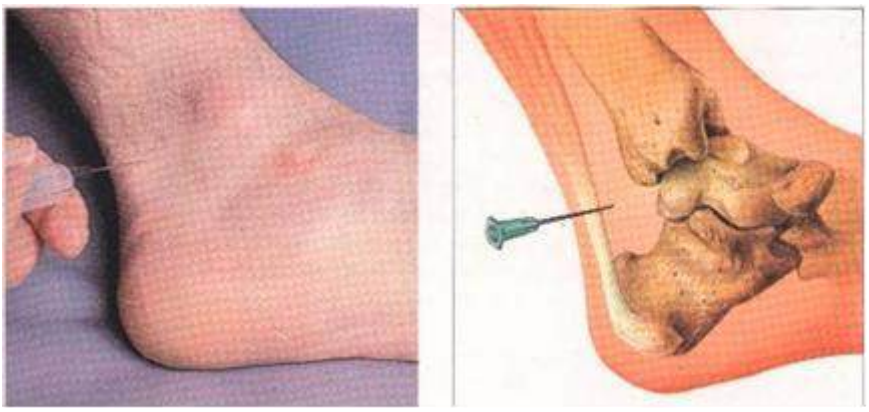
+ Xác định vị trí tiêm, sát khuẩn bằng cồn Iod tại vị trí tiêm lồi cầu trong xương cánh tay.

+ Tiến hành tiêm: đâm kim vào vị trí bao gân Achille (sát cạnh gân, không đâm trực tiếp vào gân), đi vuông góc với mặt da, sâu 8 - 10 mm, rút pittong không ra máu, bơm 0,3 - 0,5 ml thuốc.

- Chăm sóc người bệnh ngay sau thủ thuật chọc hút:

+ Băng chỗ chọc hút bằng băng dính y tế

+ Dặn người bệnh giữ sạch và không để ướt vị trí tiêm trong vòng 24h sau tiêm, sau 24h bỏ băng và rửa sạch nước bình thường vào chỗ tiêm, tái khám nếu chảy máu hoặc viêm tấy tại vị trí tiêm, sốt...



Hình minh họa: kỹ thuật tiêm gân Achille

(Nguồn: Corticotherapie lacale en rhumatologie)

VI. THEO DÕI

- Chỉ số theo dõi: mạch, HA, tình trạng chảy máu tại chỗ, tình trạng viêm trong 24 h.
- Theo dõi các tai biến và tác dụng phụ có thể xảy ra (bên dưới) sau 24 h.
- Theo dõi hiệu quả điều trị.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Đau tăng sau khi tiêm 12-24 giờ: do phản ứng viêm của điểm bám gân với tinh thể thuốc, thường khỏi sau một ngày, không phải can thiệp, có thể bổ sung thuốc chống viêm, giảm đau.
- Nhiễm khuẩn do thủ thuật khớp tiêm (viêm mủ): biểu hiện bằng sốt, sưng nóng đỏ đau tại

chỗ => điều trị kháng sinh.

- Biến chứng muộn: teo da, mất sắc tố da tại chỗ tiêm do tiêm nhiều lần vào một vị trí, hoặc tiêm quá nông. => Lưu ý không để thuốc trào ra khỏi vị trí tiêm. Nếu đã có tai biến, không cần xử trí gì thêm. Cần báo trước cho BN để tránh hoang mang.

- Biến chứng hiếm gặp:

+ Tai biến do BN quá sợ hãi- biểu hiện kích thích hệ phó giao cảm, do tiêm thuốc vào mạch máu hoặc tiêm quá nhanh: BN choáng váng, vã mồ hôi, ho khàn, có cảm giác tức ngực khó thở, rối loạn cơ tròn....xử trí: đặt người bệnh nằm đầu thấp, giơ cao chân, theo dõi mạch, huyết áp để có các biện pháp xử trí cấp cứu khi cần thiết.

+ Đứt gân do tiêm trực tiếp vào gân Achille.

12. QUY TRÌNH TIÊM GÂN GẤP NGÓN TAY

I. Đại cương: Viêm gân gấp ngón tay là tình trạng viêm bao gân của các gân gấp các ngón tay gây chít hẹp bao gân. Một số trường hợp gân gấp bị viêm xuất hiện cục xơ, làm di động của gân gấp qua vùng ngón tay bị cản trở. Mỗi lần gấp hay duỗi ngón tay rất khó khăn, người bệnh phải cố gắng mới bật được ngón tay ra hoặc phải dùng tay bên lành kéo ngón tay ra như kiểu ngón tay có lò xo. Vì vậy bệnh có tên là ngón tay lò xo. Điều trị chủ yếu bằng các thuốc chống viêm giảm đau. Tiêm corticoid vào bao gân là một phương pháp điều trị hiệu quả, tuy nhiên bệnh có thể tái phát nhiều lần.

II. Chỉ định: Hội chứng ngón tay lò xo.

III. Chống chỉ định:

- CCĐ tuyệt đối:

+ Nhiễm khuẩn ngoài da, nhiễm nấm tại vị trí tiêm... khi tiêm có nguy cơ đưa vi khuẩn, nấm vào trong khớp.

+ Cơ địa suy giảm miễn dịch.

+ Bệnh rối loạn đông máu.

- CCĐ tương đối: thận trọng với người bệnh có tiền sử đái tháo đường, tăng huyết áp, cần theo dõi sau tiêm ít nhất 60 phút. Chỉ thực hiện thủ thuật khi các bệnh lý trên đã được kiểm soát tốt.

IV. Chuẩn bị

1. Người thực hiện (chuyên khoa)

- 01 Bác sỹ đã được đào tạo và cấp chứng chỉ chuyên ngành cơ xương khớp và chứng chỉ tiêm khớp.

- 01 Điều dưỡng.

2. Phương tiện

- Phòng thủ thuật vô khuẩn đạt tiêu chuẩn chuyên môn.

- Hộp thuốc chống sốc theo quy định.

- Hộp đựng dụng cụ vô trùng (xăng có lỗ, kẹp có mấu, bông băng gạc...).

- Kim tiêm 26G (0,5 - 25mm).

- Bơm tiêm nhựa 3 - 5 ml (loại dùng 1 lần)

- Bông cồn 70º, dung dịch Betadin hoặc cồn iốt, băng dính y tế/ băng dính Urgo.

- Thuốc: Hydrocortisol acetat (Nồng độ 1ml = 25mg), mỗi đợt điều trị tiêm 3 mũi, mỗi mũi cách nhau 3 ngày ; Depo-Medrol (Methyl prednisolon acetat, nồng độ 1ml = 40mg) hoặc Diprospan (1ml = 5mg Betamethasone dipropionate + 2mg Betamethasone sodium phosphate).

3. Chuẩn bị người bệnh

- Người bệnh được giải thích trước khi làm thủ thuật

- Có chỉ định của bác sỹ CK

4. Hồ sơ bệnh án, đơn thuốc

- Theo mẫu quy định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

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

- Tư thế người bệnh: người bệnh ngồi, đặt bàn tay có khớp tiêm lên mặt bàn, tư thế ngửa bàn tay, các ngón tay duỗi tối đa.

- Y tá:

+ Chuẩn bị thuốc tiêm

+ Sát trùng vị trí tiêm, trải săng

+ Quan sát BN trong quá trình làm thủ thuật: toàn trạng, những thay đổi bất thường khác

+ Sau tiêm sát trùng, băng chỗ tiêm, Dặn dò người bệnh sau làm thủ thuật: BN giữ sạch và không để ướt vi trí tiêm trong vòng 24h sau khi tiêm. Sau 24h mới bỏ băng dính và rửa nước bình thường vào chỗ tiêm. Tái khám nếu chảy dịch, viêm tấy tại vị trí tiêm, sốt …

- Bác sỹ

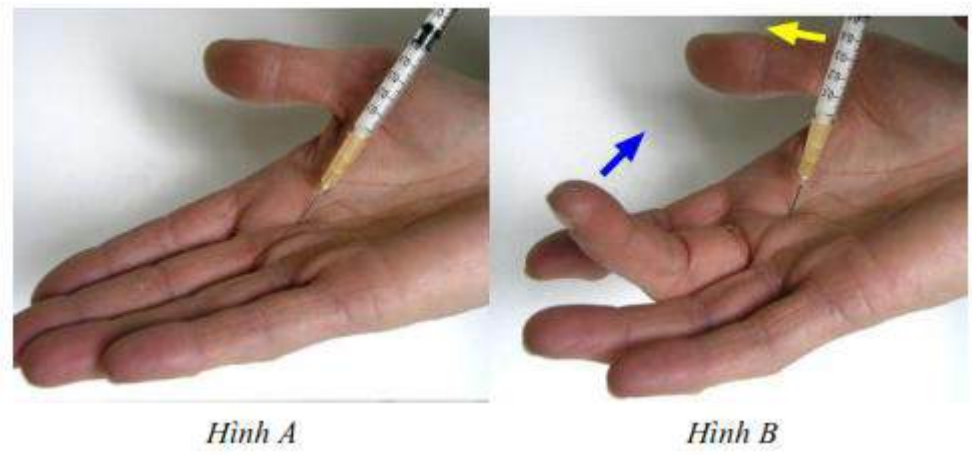
+ Sát trùng tay, đi găng vô khuẩn

+ Xác định vị trí tiêm

+ Tiến hành tiêm khớp : Vị trí đâm kim dọc theo gân gấp, cách nếp lằn mặt gấp khớp bàn ngón tay về phía cổ tay 1cm, kim tạo với mặt da 1 góc 30-45 độ, độ sâu 5mm, rút kim kiểm tra không có máu, đẩy pitton thấy nhẹ tay.

Chỉ nên tiêm vào đúng gân tổn thương, khi tiêm nếu thấy cảm giác nặng tay khi đẩy pitton do kim đi vào gân thì phải rút kim ra khoảng 1-2mm

Liều lượng thuốc: 0,2 - 0,4 ml.



Hình A *Hình B*

Hình A: Kĩ thuật tiêm bao gân gấp.

Hình B: Bảo BN gấp đốt ngón xa và giữa, nếu kim tiêm vào gân thì bơm tiêm sẽ di chuyển ra trước theo hướng mũi tên.

Nguồn: internet

VI. THEO DÕI

Chỉ số theo dõi: mạch, HA, tình trạng chảy máu tại chỗ, tình trạng viêm trong 24 giờ

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Đau tăng sau khi tiêm 12-24 giờ: do phản ứng viêm với tinh thể thuốc, thường khỏi sau một ngày, không phải can thiệp, có thể bổ sung thuốc chống viêm, giảm đau

- Nhiễm khuẩn tại chỗ tiêm (viêm mủ): biểu hiện bằng sốt, sưng đau tại chỗ, => điều trị kháng sinh.

- Đứt gân gấp: tránh tiêm vào gân bằng cách khi tiêm nếu đẩy piston thấy nặng thì rút mũi kim ra khoảng 1-2mm.

- Biến chứng muộn: teo da, mất sắc tố da tại chỗ tiêm do tiêm nhiều lần vào một vị trí, hoặc tiêm quá nông. => Lưu ý không để thuốc trào ra khỏi vị trí tiêm. Nếu đã có tai biến, không cần xử trí gì thêm. Cần báo trước cho BN để tránh hoang mang.

- Biến chứng hiếm gặp: tai biến do BN quá sợ hãi- biểu hiện kích thích hệ phó giao cảm, do tiêm thuốc vào mạch máu hoặc tiêm quá nhanh: BN choáng váng, vã mồ hôi, ho khàn, có cảm giác

tức ngực khó thở, rối loạn cơ tròn....xử trí: đặt người bệnh nằm đầu thấp, giơ cao chân, theo dõi mạch, huyết áp để có các biện pháp xử trí cấp cứu khi cần thiết.

PHẦN IV. QUY TRÌNH TRONG NHI KHOA

1. THỞ OXY GỌNG KÍNH

I. ĐẠI CƯƠNG

Thở oxy gọng: là tăng thêm nồng độ oxy khí thở vào (FiO_2) bằng gọng mũi nhằm cung cấp đủ oxy cho nhu cầu chuyển hóa của cơ thể.

II. CHỈ ĐỊNH

Ở trẻ có nhu cầu thở oxy, chỉ định thở oxy gọng mũi khi:

- Trẻ tự thở được bằng mũi.
- Nhu cầu oxy khí thở vào thấp (FiO2) < 40%.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Niêm mạc mũi xung huyết phù nề nặng, dễ chảy máu.
- Trẻ không thở được bằng mũi: hẹp nặng lỗ mũi sau, cầm máu cả 2 mũi bằng nhét gạc…
- Nhu cầu oxy khí thở vào (FiO2) cao > 40%.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Điều dưỡng chăm sóc người bệnh hoặc kỹ thuật viên đã được đào tạo

2. Phương tiện

- Cột đo lưu lượng oxy: 1 bộ/ 1 người bệnh.
- Gọng mũi phù hợp cho trẻ (1 chiếc/ 1 người bệnh): Dựa vào kích cỡ chia gọng mũi thành nhiều loại: sơ sinh, trẻ nhỏ, trẻ lớn và người lớn mục đích để đầu gọng không che lấp hoàn toàn lỗ mũi trẻ.
- Nước sạch: 1 cốc
- Máy đo SpO2

3. Người bệnh

- Trẻ được nằm trên giường cấp cứu cạnh nguồn oxy.
- Làm thông thoáng đường thở trên.
- Kiểm tra các dấu hiệu, chỉ số lâm sàng: nhịp thở, dấu hiệu gắng sức, tình trạng da niêm mạc, đo SpO2, mạch, tinh thần và các dấu hiệu nặng khác.

4. Hồ sơ bệnh án

Ghi đầy đủ thông tin cá nhân và tình trạng trẻ trước thở oxy.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Thông tin cá nhân, tình trạng lâm sáng, chỉ định thở oxy.

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- Lắp cột đo lưu lượng vào nguồn oxy.
- Lắp gọng mũi vào cột đo lưu lượng.
- Điều chỉnh lưu lượng oxy cần thiết.
- Kiểm tra oxy đầu ra: nhúng đầu gọng vào cốc nước sạch thấy sủi bọt.
- Cho đầu gọng vào mũi trẻ.
- Cố định gọng: vòng dây gọng ra sau tai và cố định dưới cằm bằng cách điều chỉnh vòng cố định. Trẻ sơ sinh, trẻ nhỏ có thể cố định sau gáy.
- Điều chỉnh lưu lượng oxy đảm bảo SpO2 trong giới hạn cho phép, từ 0,1lít/phút (l/p) - 4 l/p (> 4 l/p gây chướng bụng và tổn thương niêm mạc mũi). Tùy vào lứa tuổi mà lưu lượng oxy tối đa cho phép có thay đổi: sơ sinh 1,5 - 2 l/p; trẻ nhỏ 2 - 3 l/p; trẻ lớn và người lớn 3-4 l/p. thông thường, thở oxy gọng mũi, lưu lượng oxy tăng 1 l/p thì FiO_2 tăng khoảng 4%.
- Thở oxy gọng lưu lượng thấp không cần làm ẩm oxy, trừ một số trường hợp đặc biệt.

- Thay gọng mũi hàng ngày.

VI. THEO DÕI

- Tiện lợi của thở oxy gọng: dễ sử dụng và chăm sóc, người bệnh dễ chấp nhận do có thể vừa thở oxy vừa ăn uống, nói chuyện được.

- Bất lợi: dễ tắc đầu ra của gọng do chất tiết, cần phải kiểm tra thường xuyên; có thể gây xung huyết mũi làm người bệnh khó chịu; cung cấp nồng độ oxy khí thở vào thấp.

- Trong 30 phút đầu thở oxy, phải theo dõi trẻ liên tục bằng máy đo SpO2 và nhịp tim. Đánh giá nhịp thở, mức độ gắng sức, da niêm mạc và tinh thần để điều chỉnh lưu lượng oxy phù hợp.

- Khi trẻ thở oxy ổn định, theo dõi mỗi 3 giờ: các mỗi nối dẫn oxy, đầu ra của gọng mũi, tình trạng đáp ứng của trẻ, SpO2.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Tắc đầu ra gọng mũi do chất tiết: thay gọng mới.

- Bít tắc mũi do chất tiết: vệ sinh rửa mũi hàng ngày.

- Phù nề, chảy máu mũi gây bít tắc mũi: chuyển thở oxy mask.

- Trẻ vẫn suy hô hấp khi đã làm đúng các bước trên: chuyển thở mask.

2.KHÍ DUNG MŨI HỌNG

I. ĐẠI CƯƠNG

- Khí dung: biện pháp đưa thuốc vào đường thở dưới dạng các hạt có kích thước rất nhỏ được phân tách nhờ tác dụng của khí nén, sóng siêu âm hoặc màng phân tách.

- Tùy vào bệnh lý từng vị trí của đường hô hấp mà lựa chọn loại máy khí dung, đặt chế độ hay lưu lượng khí phù hợp.

- Có 3 phương thức khí dung cơ bản: bằng khí cao áp, sóng siêu âm và màng thẩm tách. Hai loại đầu thường được sử dụng rộng rãi trong bệnh viện.

II. CHỈ ĐỊNH

- Chỉ định trong trường hợp cần đưa thuốc trực tiếp vào hệ hô hấp dưới dạng các hạt rất nhỏ.

- Có nhiều thuốc và tình trạng bệnh lý có chỉ định khí dung. Hay gặp: khí dung thuốc giãn phế quản, corticoid trong hen phế quản; adrenalin trong viêm thanh quản cấp có suy hô hấp; khí dung thuốc kháng sinh (colistin), thuốc điều trị tăng áp lực động mạch phổi iloprost; khí dung để làm ẩm, ấm đường thở nước muối sinh lý …

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Dị ứng với thành phần thuốc khí dung. Trường hợp cản trở cơ học do dị vật di động trong đường thở.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Điều dưỡng chăm sóc người bệnh hoặc kỹ thuật viên đã được đào tạo.

2. Phương tiện

2.1. Khí dung bằng khí cao áp

+ Thuốc và dung môi

+ Nguồn khí cao áp: oxy hoặc khí nén.

+ Cột đo lưu lượng khí.

+ Dây dẫn khí, bầu khí dung, mask khí dung phù hợp lứa tuổi. Trẻ lớn có thể dùng ống ngậm bằng miệng.

2.2. Khí dùng bằng máy siêu âm

+ Thuốc và dung môi. Không khí dung bằng máy siêu âm đối với các thuốc dạng dịch treo (ví dụ pulmicort) hoặc thuốc bị nhiệt phân hủy.

+ Máy khí dung, dây nối và mask thích hợp.

3. Bệnh nhi

- Trẻ lớn và bố mẹ được giải thích về kỹ thuật sẽ thực hiện. Động viên trẻ an tâm và hợp tác.

- Kiểm tra các dấu hiệu, chỉ số lâm sàng: nhịp thở, dấu hiệu gắng sức, tình trạng da niêm mạc, đo SpO2, mạch, tinh thần và các dấu hiệu nặng khác.

4. Hồ sơ bệnh án

Ghi đầy đủ thông tin cá nhân và tình trạng trẻ trước khí dung.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ, bệnh án

Thông tin cá nhân, tình trạng lâm sàng, chỉ định khí dung, thuốc khí dung.

2. Kiểm tra người bệnh

2. Thực hiện kỹ thuật

2.1. Khí dung bằng khí cao áp

+ Cho thuốc và dung môi vào bầu khí dung. Lượng dung dịch trong bầu để khí dung hiệu quả tối thiểu là 2 ml, tối đa là 8 ml, trung bình khoảng 5 ml. Cần pha loãng thuốc khí dung để giảm lượng thuốc cặn.

+ Lắp Mask hoặc ống ngậm vào bầu khí dung.

+ Cắm cột đo lưu lượng vào nguồn khí phù hợp. Nếu trẻ có suy hô hấp phải chọn nguồn oxy; trẻ không suy hô hấp chọn nguồn khí nén.

+ Lắp dây dẫn oxy vào đầu ra của cột đo lưu lượng..

+ Điều chỉnh lưu lượng khí thích hợp. Lưu lượng khí có thể điều chỉnh từ 5 - 8 lít/phút, nên đặt 6 lít/phút để có kết quả tối ưu.

+ Lắp dây dẫn khí vào bầu khí dung. Kiểm tra dò khí.

+ Cho mask úp kín mũi và miệng trẻ (hoặc trẻ ngậm kín ống ngậm), vòng dây cao su cố định qua đầu trẻ để giữ mask.

+ Hướng dẫn trẻ hoặc người giữ trẻ đặt bầu khí dung ở tư thế thẳng đứng: trẻ lớn ngồi, trẻ nhỏ bế ngồi trên đùi khi khí dung.

2.2. Khí dùng bằng máy siêu âm

+ Cho thuốc và dung môi vào bầu khí dung.

+ Lắp dây dẫn vào bầu khí dung và mask

+ Cắm điện, bật máy.

+ Điều chỉnh thời gian, chế độ khí dung phù hợp.

+ Úp mask kín mũi, miệng trẻ, cố định mask.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Quan sát trẻ trong suốt quá trình khí dung, động viên trẻ hoặc phụ giúp người trông trẻ thực hiện đúng kỹ thuật.

- Thời gian mỗi lần khí dung ở trẻ em không nên quá 10 phút.

- Các tác dụng không mong muốn: dị ứng thuốc, co thắt thanh quản do quá sợ hái. Ngừng khí dung, xử trí cấp cứu tùy mức độ diễn biến.

3.ĐIỆN NÃO ĐỒ THƯỜNG QUY

I. ĐẠI CƯƠNG

Điện não đồ là kỹ thuật ghi lại những xung điện từ các neuron trong não. Điện não đồ có vai trò trong chẩn đoán và điều trị động kinh, y pháp, chẩn đoán các bệnh lý liên quan đến giấc ngủ hoặc các bệnh lý thần kinh khác

II. CHỈ ĐỊNH

- Bệnh động kinh hoặc các bệnh lý nghi ngờ động kinh: chẩn đoán bệnh, theo dõi trong quá trình điều trị, để chẩn đoán định khu tổn thương

- Các tình trạng co giật cần phân biệt với bệnh động kinh

- Một số bệnh lý khác: tình trạng đau đầu mạn tính, một số trường hợp co giật do sốt phức hợp.

- Đánh giá chết não

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Kỹ thuật viện điện não đồ

- Bác sỹ chuyên khoa thần kinh đọc kết quả điện não đồ

2. Phương tiện

- Máy điện não đồ

- Phòng ghi điện não đồ đạt tiêu chuẩn

+ Yên tĩnh, xa nơi phát sóng vô tuyến

+ Các dụng cụ và thiết bị trong phòng đều cách điện

+ Ánh sáng vừa phải

+ Có dây tiếp đất tốt và an toàn

+ Có điều hòa mát và ấm để duy trì nhiệt độ phòng ổn định ở mức 20-24 độ C

+ Có ổn áp duy trì dòng điện ổn định và an toàn

+ Có giường hoặc ghế ghi điện não phù hợp.

3. Người bệnh

- Trước khi làm người bệnh cần gội sạch đầu và để khô tóc

- Ngừng hoặc không dùng các loại thuốc, đặc biệt các loại thuốc an thần ít nhất trước đó 3 ngày. Tuy nhiên đối với thuốc chống động kinh không nhất thiết phải ngừng.

- Trước khi đặt các điện cực, da đầu phải được làm sạch để giảm trở kháng chỗ tiếp xúc giữa điện cực và da đầu xuống

- Giải thích cho người bệnh yên tâm và hợp tác tốt

- Người bệnh ở tư thế tư giãn

- Lắp điện cực

- Kiểm tra và cài đặt các thông số máy

- Lọc nhiễu

- Đôi khi cần dùng thuốc an thần (có thể sử dụng Aminazin 1-2mg/kg hoặc Promethazine hoặc Chloral hydrate đường uống)

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra lại chỉ định, chống chỉ định và cam kết đồng ý thực hiện thủ thuật.

2. Kiểm tra người bệnh

- Tình trạng toàn thân

- Thủ tục hành chính, tóm tắt bệnh sử

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Ghi điện não đồ

- Là phương pháp ghi hoạt động điện học của não bằng các điện cực đặt ở bề mặt của da đầu một cách chuẩn mực.

- Sử dụng các vị trí đặt điện cực theo quy định quốc tế gọi là hệ thống 10 - 20 của Jasper. tên của các điện cực là tên của vùng da đầu mà nơi ta đặt nó. Các điện cực mang số chẵn nằm bên phải và các điện cực nằm bên trái mang chữ số l.

- Trong quá trình ghi điện não, yêu cầu người bệnh thực hiện nhiều lần mở mắt và nhắm mắt để đánh giá đáp ứng, tiếp theo làm nghiệm pháp thở sâu trong 3 phút và cuối cùng thực hiện

nghiệm pháp kích thích ánh sáng ngắt quãng với mục đích hoạt hóa các hoạt động kịch phát tiềm ẩn. Ngoài ra tùy từng yêu cầu cụ thể có thể tiến hành một số biện pháp nghiệm pháp hoạt hóa khác: kích thích tiếng động, nghiệm pháp đọc, tính nhẩm, kích thích cảm giác bản thể, vận động, ngủ.

- Quy trình cụ thể

+ Ghi trong 3 phút ở chuyển đạo đơn cực, nhắm mở mắt 1 lần

+ Ghi trong 3 phút tiếp theo trên đạo trình ngang, kích thích ánh sáng 3 lần: 2 lần khi nhắm mắt và 1 lần khi mở mắt ở tần số 18Hz

+ Tiếp theo người bệnh thở sâu trong 3-5 phút tiếp theo trên đạo trình dọc, người bệnh nhắm mắt

+ Sau thở sâu ghi tiếp 3 phút rồi kết thúc.

3.2. Đọc bản ghi điện não đồ

- Tần số các hoạt động điện não (chu kỳ/s hay Hz), sự đồng bộ của tần số so sánh giữa 2 bán cầu

- Biên độ của các hoạt động điện não, đặc biệt của những thành phần sóng chiếm ưu thế trên bản ghi, tính đối xứng của biên độ hoạt động điện não giữa 2 bán cầu.

- Hình thái học của các sóng điện não

- Khả năng đáp ứng của bản ghi đối với nhắm mở mắt

- Đáp ứng của bản ghi đối với các nghiệm pháp hoạt hóa

- Các thành phần nhiễu, sóng bất thường và sóng bệnh lý

4. CHỌC HÚT NƯỚC TIỂU TRÊN XƯƠNG MU

I. ĐẠI CƯƠNG

Là 1 thủ thuật nhằm lấy mẫu nước tiểu để cấy tìm vi khuẩn khi lâm sàng nghi ngờ có nhiễm trùng tiết niệu, đặc biệt trẻ nhỏ dưới 6 tháng tuổi, hoặc dẫn lưu nước tiểu khi ứ nước tiểu mà phương pháp thông đái không thực hiện được do có dị tật bẩm sinh ở niệu đạo, do phymosis khép chặt, do sỏi hoặc có khối u chèn ép vào niệu đạo

II. CHỈ ĐỊNH

- Nghi ngờ nhiễm trùng tiết niệu

- Sốt không rõ nguyên nhân

- Bí đái mà không đặt được sonde bàng quang

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Trên 2 tuổi (trừ khi sờ hoặc gõ được cầu bàng quang)

- Bệnh rối loạn đông máu

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ thực hiện, điều dưỡng phụ

2. Phương tiện

- Bơm kim tiêm

- Ống nghiệm các loại

3. Bệnh nhi

- Giải thích cho gia đình bệnh nhi

- Bệnh nhi chưa tiểu ít nhất 30 phút, nếu cần cho uống nước hoặc bú mẹ

4. Hồ sơ bệnh án

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra bệnh nhi

3. Thực hiện kỹ thuật

- Tư thế bệnh nhi: nằm ngửa, chân duỗi thẳng hoặc gập tư thế chân ếch). Xác định vị trí sẽ chọc dò: đường trắng giữa, trên nếp lằn da ngay sát xương mu.

- Điều dưỡng phụ sát trùng vị trí chọc (da bụng từ khớp vệ đến giữa rốn) xịt xylocaine.

- Ngón trỏ và ngón cái căng da, chọc kim vuông góc với thành bụng, chọc ngập chiều dài kim.

- Hút thử trong khi từ từ kéo kim ra

- Nếu chưa có nước tiểu thì không rút hết kim ra, thay đổi góc kim hướng lên trên, xuống dưới hoặc chọc lại lần nữa

VI. THEO DÕI

- Chảy máu chỗ chọc

- Dò nước tiểu qua chỗ chọc

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu chỗ chọc: băng ép vị trí chảy máu, theo dõi sát.

- Chọc quá sâu xuyên qua thành sau bàng quang vào trực tràng có nguy cơ nhiễm trùng (viêm tấy hoặc abces douglas: điều trị kháng sinh

5.CẮT HẸP BAO QUY ĐẦU (PHIMOSIS)

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

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

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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Rối loạn đông máu

- Bệnh lý toàn thân nặng

- Bệnh lỗ tiểu thấp

- Vạt da bừu dương vật

- Lún dương vật

- Đang nhiễm trùng tại chỗ

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Phẫu thuật viên nhi khoa có chứng chỉ hành nghề và có thời gian thực tập tại khoa phẫu thuật tiết niệu nhi khoa.

2. Phương tiện

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

3. Người bệnh

Xét nghiệm đầy đủ

4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án theo quy định của Bộ Y tế.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật cắt bao quy đầu

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

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ

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

6. ĐẶT ỐNG NỘI KHÍ QUẢN

I. ĐẠI CƯƠNG

Đặt nội khí quản (NKQ) là phương pháp đưa một ống nhựa dẻo vào khí quản để duy trì tình trạng thông thoáng của đường thở. Đặt nội khí quản tạo thuận lợi cho việc làm sạch các chất tiết của đường hô hấp và giúp tránh biến chứng sặc vào phổi.

II. CHỈ ĐỊNH

- Tắc nghẽn đường thở
- Hôn mê sâu Glasgow < 8 điểm
- Chụp phế quản
- Bơm surfactant
- Suy hô hấp nặng
- Hút và làm sạch đường hô hấp
- Gây mê
- Rửa dạ dày ở người bệnh hôn mê

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Chấn thương thanh khí quản
- Chấn thương biến dạng hàm mặt
- Phẫu thuật hàm họng
- Cứng, sai khớp hàm

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

01 Bác sỹ đã được đào tạo về kỹ thuật đặt nội khí quản và 02 điều dưỡng được đào tạo về quy trình phụ giúp bác sỹ đặt NKQ

2. Phương tiện

- Mặt nạ có kích thước phù hợp
- Máy hút, ống hút
- Bóng tự phồng
- Hệ thống cung cấp oxy
- Đèn nội khí quản lưỡi cong và thẳng với các kích thước khác nhau.
- Ống nội khí quản với các kích thước khác nhau.
- ***Cách chọn cỡ ống theo công thức***

+ Trẻ đẻ non: đường kính ống từ 2,5-3mm

+ Trẻ đủ tháng - 6 tháng: 3,5mm

+ 06 tháng - 2 tuổi: 4mm

+ Trẻ trên 2 tuổi tính theo công thức: Kích thước ống = 4+Tuổi năm /4

- Đầu nối ống khí quản với hệ thống bóp bóng hoặc máy thở

- Thông nòng nội khí quản

- Thuốc chuẩn bị trước khi đặt NKQ

+ Atropin liều dùng: 0,02mg/kg + Lidocain 1-2mg/kg

- Thuốc an thần, giãn cơ

+Midazolam 0,2- 0,3mg/k +Ketamin 1- 2mg/kg

Thuốc được tiêm ít nhất là 2 phút trước khi đặt nội khí quản.

3. Người bệnh

- Giải thích cho gia đình về kỹ thuật để gia đình yên tâm và hợp tác.

- Đặt người bệnh ở tư thế thích hợp nằm ngửa, nếu có nghi ngờ chấn thương cột sống cổ và cố định cột sống cổ thì tuân thủ quy trình đặt nội khí quản có nẹp cổ

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Tên, tuổi, bệnh chính, bệnh kèm theo, chỉ định, chống chỉ định và cam kết đồng ý thực hiện thủ thuật.

2. Kiểm tra người bệnh: theo ABC (thở, đường thở, tuần hoàn)

3. Thực hiện

- Người bệnh nằm ngửa, được thông khí với oxy bằng bóng - mask.

- Bảo đảm được hỗ trợ cố định cổ trong trường hợp nghi chấn thương cổ.

- Đèn đặt nội khí quản cầm bên tay trái, đưa lưỡi đèn từ bên phải lưỡi và đẩy lưỡi sang trái. Bộc lộ thanh quản để nhìn khe thanh môn.

- Luồn ống NKQ qua khe thanh môn.

- Kiểm tra và xác định vị trí ống đúng vị trí bằng:

+ Quan sát sự di động đều, cân đối của lồng ngực

+ Nghe thông khí ở ngực và bụng

+ Kiểm tra CO2 ở khí thở ra bằng thay đổi màu sắc của máy đo CO2 hoặc bằng ETCO2.

+ Khi ống được đặt và cố định vị trí, phải chụp X-quang ngực để khẳng định vị trí đầu ống nằm giữa từ dưới khe thanh môn và trên carina.

Chú ý: Nếu quá 30 giây chưa đặt được NKQ thì không cố để tiếp tục đặt, nên bóp bóng cho người bệnh và đặt lại sau khi người bệnh hồng trở lại.

VI. THEO DÕI

- Kiểm tra vị trí của ống nội khí quản

- Nhịp tim, SpO2 trên máy monitor.

- Khí máu động mạch.

- Đo huyết áp Người bệnh.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Ngừng tim: cấp cứu ngừng tuần hoàn.

- Nhịp chậm: Ngừng thủ thuật, tiêm Atropin

- Tụt huyết áp sau đặt NKQ: cấp cứu theo phác đồ

- Chảy máu do chấn thương họng, nắp thanh môn: bơm rửa, hút sạch.

- Phù nề nắp thanh môn và dây thanh âm, kiểm tra các biến chứng này trước khi rút nội khí quản.

- Gẫy răng

- Nhiễm khuẩn: sử dụng kháng sinh

7. SỐC ĐIỆN NGOÀI LỒNG NGỰC CẤP CỨU

I. ĐẠI CƯƠNG

Sốc điện ngoài lồng ngực là dùng 1 xung điện có điện thế lớn trong thời gian rất ngắn (0,03 - 0,10 giây) phóng qua tim làm khử cực toàn bộ cơ tim, tạo điều kiện cho nút xoang trở lại nắm quyền chỉ huy toàn bộ tim. Hiện nay chỉ dùng dòng điện 1 chiều - an toàn và hiệu quả hơn dòng điện xoay chiều. Các loại sốc điện:

+ Sốc điện không đồng thì: Xung điện sẽ phóng ngay lập tức tại thời điểm ấn nút phóng điện.

+ Sốc điện đồng thì: Xung điện được phóng ra vào thời điểm lựa chọn là sườn sau sóng R giúp tránh tình trạng xung điện phóng vào khoảng thời gian nguy hiểm trong chu kỳ tim (trước đỉnh sóng T) có thể gây rung hoặc nhanh thất.

+ Sốc điện có thể tiến hành trực tiếp trên tim khi mở lồng ngực (sốc điện trong lồng ngực) hoặc qua thành ngực (sốc điện ngoài lồng ngực).

II. CHỈ ĐỊNH

- Rung thất hoặc nhịp nhanh thất vô mạch: sốc điện không đồng bộ.
- Loạn nhịp nhanh (trừ nhanh xoang) có rối loạn huyết động: sốc điện đồng bộ.
- Mức năng lượng đối với rung thất hoặc nhịp nhanh thất vô mạch: Tùy thuộc cân nặng của trẻ.
- Cần thực hiện nhanh chóng, không cần gây mê, chống đông.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tim nhanh nhĩ đa ổ
- Có sự tiếp xúc trực tiếp của Người bệnh với người khác.
- Bề mặt da vị trí đặt điện cực bị ẩm ướt.
- Người bệnh đang mang các thiết bị tạo nhịp hay phá rung trong người.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sỹ hoặc điều dưỡng được đào tạo về kỹ năng sốc điện.

2. Phương tiện

Máy sốc điện bao gồm

- Bộ phận tạo xung điện là 1 tụ điện tích điện từ nguồn điện xoay chiều có khả năng phóng ra được dòng điện với các tính chất mong muốn theo yêu cầu sốc điện.
- Bản sốc điện có kích cỡ thay đổi tùy theo lứa tuổi.
- Dây điện cực với 3-5 điện cực.
- Màn huỳnh quang (monitor) hiển thị sóng điện tim thu từ các điện cực hoặc bản sốc điện, các thông số kỹ thuật.
- Nút, phím chọn phương thức sốc điện đồng thì hoặc không đồng thì (SYN = synchronization).
- Nút hoặc phím lựa mức năng lượng (tính bằng Joules hoặc Watt)
- Nút hoặc phím nạp điện (CHARGE)
- Nút phóng điện.

3. Người bệnh

Người bệnh ký vào giấy chấp nhận thủ thuật sau khi nghe bác sỹ giải thích.

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra lại chỉ định, chống chỉ định và cam kết đồng ý thực hiện thủ thuật

2. Kiểm tra người bệnh

- Tiếp tục cấp cứu ngừng tim-phổi (nếu cần)

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Nạp năng lượng

- Lựa chọn năng lượng và kiểu sốc (Đồng bộ hoặc không đồng bộ). Năng lượng phụ thuộc vào cân nặng và theo chỉ định của Bác sỹ cấp cứu.

- Ấn nút nạp “CHARGER” ở mặt trước máy hoặc trên bản cực “APEX”

- Đôi đến khi có tiếng "bíp” và trên màn hình hiện lên đúng năng lượng cần nạp và chữ “READY”.

3.2. Sốc điện

- Bôi gell vào bản điện cực sốc điện

- Áp trực tiếp bản sốc điện lên ngực người bệnh

+ “APEX”: để vùng mỏm tim

+ “STERNUM”: để ở đáy tim

- Theo dõi điện tim trong quá trình sốc điện

- Chú ý: không được chạm vào người bệnh

- Dùng 2 ngón cái ấn đồng thời nút “DISCHARGE” ở 2 bản sốc điện

VI. THEO DÕI

Đánh giá lại và theo dõi theo các bước ABC (thở, đường thở, tuần hoàn)

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Rung thất do lựa chọn sai phương thức sốc điện

- Ngừng tim: cấp cứu theo qui trình cấp cứu ngừng tuần hoàn ABC

- Tắc mạch: ít gặp ở trẻ em

- Phù phổi cấp do suy giảm chức năng tâm thu thất trái hoặc do nhĩ ngừng co bóp thoáng qua: điều trị theo phác đồ xử trí phù phổi cấp.

- Bỏng da chỗ áp điện cực, tùy mức độ xử trí theo phác đồ.

- Hạ huyết áp, xử trí theo phác đồ

8. BÓP BÓNG AMBU QUA MẶT NẠ

I. ĐẠI CƯƠNG

Bóp bóng qua mask (mặt nạ) là một trong những dụng cụ không thể thiếu trong cấp cứu Nhi khoa (còn gọi là thông khí áp lực dương qua mask). Đây là bước quan trọng nhất trong quá trình cấp cứu NB (người bệnh) ngừng tim, ngừng thở*.*

II. CHỈ ĐỊNH

- Suy hô hấp nặng cần hỗ trợ thông khí

- Hỗ trợ thông khí trước khi đặt nội khí quản

- Lưu ý các trường hợp: Thoát vị hoành, teo thực quản, hít phân su, chấn thương vùng hàm mặt, dị vật đường thở.

III. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ, điều dưỡng hoặc người được đào tạo về kỹ năng bóp bóng.

2. Phương tiện

2.1. Dụng cụ vô khuẩn

Ống hút Ống thông dạ dày	Dung dịch NaCl 9 ‰ Bơm kim tiêm

	Gạc

2.2. Dụng cụ sạch

Bóng, mask phù hợp với lứa tuổi	Găng tay
Máy hút	Canuyn, thuốc cấp cứu
Nguồn oxy, dây nối	Dung dịch sát khuẩn nhanh

3. Người bệnh

Giải thích cho gia đình về kỹ thuật để gia đình yên tâm và hợp tác

4. Hồ sơ bệnh án

Giải thích về kỹ thuật cho bệnh nhi và gia đình bệnh nhi, trong trường hợp cần thiết yêu cầu người nhà ký cam kết đồng ý thực hiện thủ thuật, phiếu ghi chép thực hiện thủ thuật.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- Đặt bệnh nhi ở tư thế mở thông đường thở
- Rửa tay bằng nước sát khuẩn nhanh
- Kiểm tra đường thở, hút dịch (nếu cần)
- Nối bóng với nguồn ôxy, mở ôxy
- Đặt mask trùm lên mũi, miệng bệnh nhi
- Bóp bóng đúng kỹ thuật: một tay đặt ngón út ở góc hàm, ngón nhẫn ở giữa góc hàm và cằm, ngón giữa nâng cằm, hai ngón còn lại giữ phía trên mask, tay kia bóp bóng với tần số và áp lực phù hợp theo tuổi bệnh nhi

+ Trẻ sơ sinh: 40 - 60 l/ph

+ Trẻ nhỏ: 20 - 30 l/ph

+ Trẻ lớn: 15 - 20 l/ph

- Thu dọn dụng cụ
- Rửa tay
- Ghi chép hồ sơ bệnh án

V. THEO DÕI

- Đặt ống thông dạ dày nếu trẻ có chướng bụng.
- Quan sát di động lồng ngực, màu sắc da.
- Theo dõi tình trạng bệnh nhi trong và sau khi bóp bóng, xử trí nếu có dấu hiệu bất thường.

VI.TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Tràn khí màng phổi, xử trí bằng chọc hút.
- Chấn thương vùng mặt
- Bóp bóng không hiệu quả (gây thiếu ôxy kéo dài).

9. CẤP CỨU NGỪNG TUẦN HOÀN HÔ HẤP

I. ĐẠI CƯƠNG

- Ngừng tuần hoàn là tim đột ngột ngừng hoạt động hoặc còn hoạt động điện học nhưng không co bóp. Nguyên nhân ngừng tim hay gặp ở trẻ em thường là thiếu oxy, thiếu cấp máu.

- Ngừng tuần hoàn là 1 tối cấp cứu vì có thể xảy ra đột ngột bất kỳ lúc nào với bất kỳ ai và ở bất kỳ đâu. Khả năng cứu sống được Người bệnh ngừng tuần hoàn phụ thuộc chủ yếu vào thời gian sớm nhất có thể (< 5 phút), khả năng và kỹ năng cấp cứu của người thực hiện thủ thuật.

II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh ngừng tuần hoàn

III. ĐÁNH GIÁ VÀ ĐIỀU TRỊ

Sau khí trẻ đã được tiếp cận an toàn, đánh giá mức độ tri giác bằng phương pháp đơn giản, tiến hành đánh giá và xử trí trẻ theo trình tự A-B-C

1. Tiếp cận ban đầu(A)

- Loại bỏ nguy hiểm: để tránh người cấp cứu trở thành nạn nhân thứ hai và nhanh chóng đưa trẻ thoát khỏi nơi nguy hiểm

- Đánh giá đáp ứng của trẻ: hỏi trẻ “Cháu có làm sao không?” hoặc kích thích trẻ: giữ đầu và lay tay trẻ (giúp phòng tránh trẻ nặng lên nếu có chấn thương cột sống cổ). Trẻ nhũ nhi và trẻ nhỏ, nếu quá sợ không trả lại, trẻ có thể đáp ứng bằng cách mở mắt hoặc phản ứng lại bằng kêu/khóc.

- Gọi hỗ trợ ngắn gọn, đủ lớn và đủ thông tin theo thứ tự: vị trí, bị bất tỉnh đột ngột, cần hỗ trợ cấp cứu khẩn cấp.

- Mở thông đường thở: Người cấp cứu đặt bàn tay vào trán trẻ rồi từ từ đẩy ra phía sau. Đối với trẻ nhũ nhi đặt cổ ở tư thế trung gian, với trẻ lớn thì đặt cổ hơi ngả ra phía sau. Đặt ngón tay của bàn tay còn lại dưới cằm để đẩy ra trước (tư thế ngửi hoa)

- Đánh giá sự thông thoáng của đường thở bằng cách: Người cấp cứu nghiêng đầu trên mặt trẻ, tai ở trên mũi trẻ, má trên miệng trẻ và nhìn dọc theo lồng ngực trẻ trong vòng 10 giây quan sát:

+ Di động của lồng ngực và bụng

+ Nghe tiếng thở: có tiếng thở bất thường không?

- Chú ý Trong trường hợp có nghi ngờ chấn thương cột sống cổ không dùng biện pháp ngửa đầu, chỉ dùng ấn góc hàm... Không dùng tay lấy dị vật.

2. Thở (B)

Nếu trẻ không có nhịp thở lại trong 10 giây cần bắt đầu thổi ngạt (theo phương pháp miệng - miệng cho trẻ lớn hoặc cả miệng và mũi cho trẻ nhỏ); thổi ngạt 2 nhịp thở có hiệu quả.

3. Tuần hoàn (C)

- Bắt mạch trong vòng 10 giây, nếu không bắt được mạch hoặc mạch chậm (< 60 nhịp/phút) bắt đầu ép tim ngoài lồng ngực.

- Cách ép tim ngoài lồng ngực:

+ Đặt trẻ nằm ngửa trên mặt phẳng

+ Vị trí ép tim: một phần hai dưới xương ức

+ Bề sâu bằng 1/3 bề dày lồng ngực

+ Kỹ thuật ép tim: trẻ nhũ nhi dùng 2 tay ôm ngực, trẻ lớn dùng 1 bàn tay hoặc 2 bàn tay.

+ Tỷ lệ ép tim/thổi ngạt là 15/2 cho tất cả các lứa tuổi. Tần số ép tim 100 lần/phút với tỷ lệ 15 lần ép tim, 2 lần thổi ngạt, nếu không có người giúp đỡ cần phải liên lạc với trung tâm cấp cứu sau CPR 1 phút.

- Phải cấp cứu cơ bản liên tục cho đến khi trẻ có cử động và thở được

4. Tư thế hồi phục

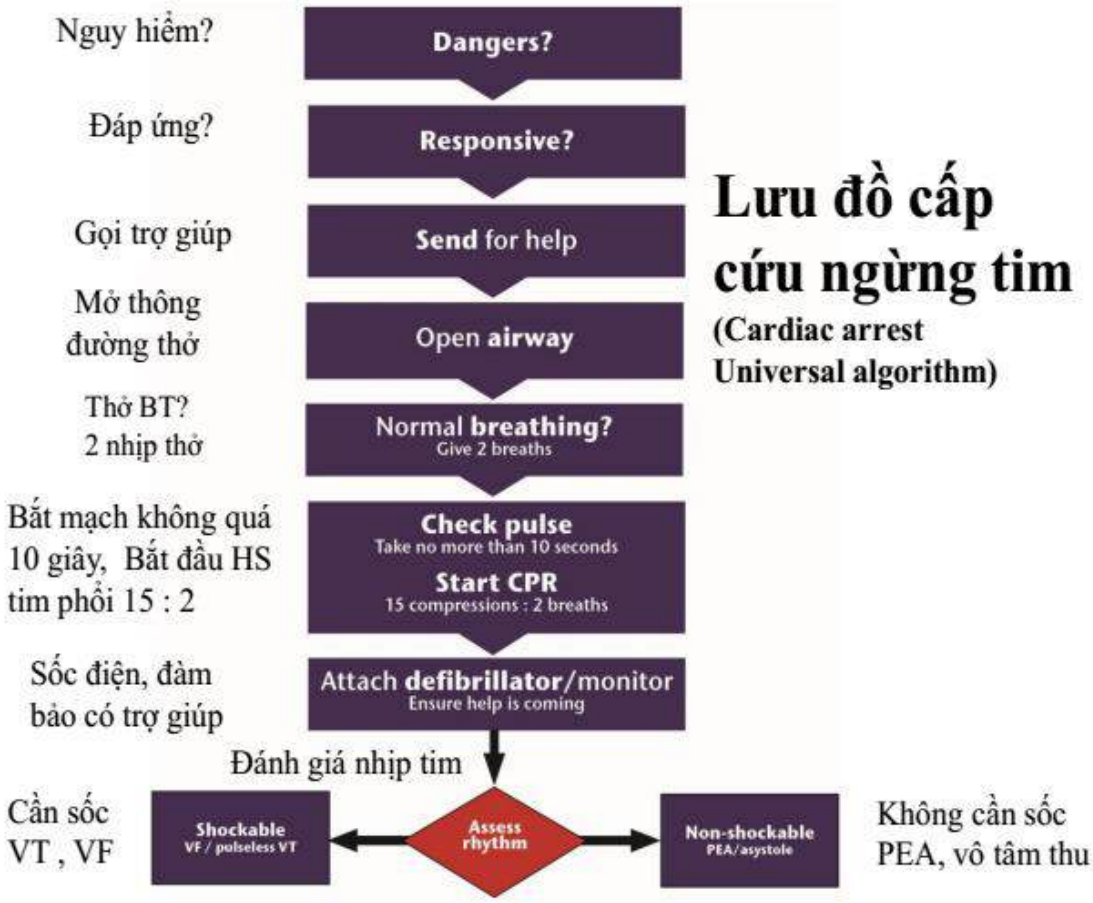
Khi tim đập trở lại đặt trẻ ở tư thế đảm bảo duy trì được thông thoáng đường thở, có thể tiếp tục theo dõi và tiếp cận được và đảm bảo an toàn, lưu ý các điểm dễ bị ép.

IV. PHÒNG BỆNH

- Ngừng tuần hoàn thường xảy ra đột ngột, không dự đoán trước được. Tất cả mọi người, những người thực hiện cấp cứu, người thực hiện cứu hộ phải được tập luyện và chẩn bị sẵn sàng cấp cứu; Các cơ sở cấp cứu tại chỗ cần có các phương tiện và thuốc cấp cứu cần thiết cho cấp cứu ngừng tuần hoàn.

- Túi thuốc cấp cứu cần được trang bị: mặt nạ giấy hoặc mặt nạ có ống dài để thổi ngạt, bóng ambu và mặt nạ bóp bóng, bình oxy, bộ đặt nội khí quản và ống nội khí quản các cỡ, thuốc Adrenalin 1/1000 (ống 1mg).

SƠ ĐỒ CẤP CỨU CƠ BẢN



10. THÔNG TIỂU

I. ĐẠI CƯƠNG

Thông tiểu là phương pháp dùng ống thông đưa qua niệu đạo vào bàng quang để dẫn lưu nước tiểu ra ngoài nhằm mục đích theo dõi và điều trị bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH

- Bí tiểu đã kích thích không có hiệu quả.
- Chuẩn bị trước khi mổ tiết niệu, sinh dục, hậu môn.
- Trước khi rửa hay bơm thuốc vào bàng quang.
- Khi cần lấy nước tiểu xét nghiệm về vi trùng.
- Theo dõi lượng nước tiểu.
- Dẫn lưu nước tiểu gián đoạn hay liên tục trong trường hợp NB (người bệnh) hôn mê, tiểu không tự chủ, sau phẫu thuật đáy chậu.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Chấn thương niệu đạo như dập, rách, đứt niệu đạo, nhiễm khuẩn niệu đạo mủ.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sỹ hoặc điều dưỡng

2. Phương tiện

2.1. Dụng cụ vô khuẩn

- Ống thông: chọn cỡ phù hợp.
- Gạc củ ấu, gạc miếng, bông đã được hấp sấy.
- Găng vô khuẩn.

2.2. Dụng cụ sạch

- Khay chữ nhật: 01 chiếc
- Khay quả đậu: 01 chiếc
- Kẹp kocher: 01 chiếc
- Ống trụ: 01 chiếc
- Cốc: 01 chiếc
- Hộp găng chăm sóc.
- Kéo, băng dính, tấm nilon.
- Giá, ống xét nghiệm.
- Dung dịch NaCl 9 ‰ , dung dịch Betadine 10%.
- Lọ dầu Parafin hoặc chất bôi trơn tan trong nước.
- Dung dịch sát khuẩn nhanh.

2.3. Dụng cụ khác

Xô đựng rác thải theo quy định.

3. Người bệnh

Thông báo và giải thích cho bệnh nhi và gia đình bệnh nhi.

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của bộ y tế

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Theo đúng chỉ định và chống chỉ định

2. Kiểm tra người bệnh

Tư thế và Người bệnh đã được chuẩn bị sẵn, mở ga đắp để lộ bộ phận sinh dục.

3. Thực hiện kỹ thuật

- Kéo rèm hoặc che bình phong (nếu có)
- Bệnh nhi nằm ngửa, 2 chân co, chống 2 bàn chân trên giường, đùi hơi dạng, quần kéo dưới đầu gối.
- Trải nilon dưới mông bệnh nhi, đặt khay quả đậu để hứng nước tiểu.
- Điều dưỡng rửa tay bằng nước sát khuẩn nhanh, đi găng.

3.1. Bệnh nhi nữ

- Rửa bộ phận sinh dục bằng dung dịch NaCl 9‰.
- Sát khuẩn bằng dung dịch Betadine từ trên xuống dưới, từ trong ra ngoài.‰
- Bôi trơn đầu ống thông bằng dầu Parafin.
- Một tay quấn gạc vào ngón trỏ và ngón cái vạch hai môi nhỏ để nhìn rõ lỗ niệu đạo, tay còn lại cầm ống thông như kiểu cầm bút, đưa từ từ vào lỗ niệu đạo tới khi nước tiểu chảy ra.

3.2. Bệnh nhi nam

- Rửa bộ phận sinh dục bằng dung dịch NaCl 9 ‰.
- Sát khuẩn bằng dung dịch Betadine.
- Sát khuẩn nhanh tay điều dưỡng, đi găng vô khuẩn.
- Bôi trơn đầu ống thông bằng dầu Parafin.
- Một tay cầm dương vật thẳng đứng, một tay cầm ống thông đưa từ từ vào lỗ niệu đạo khoảng 4-6 cm thì hạ dương vật xuống hướng về phía bụng, tiếp tục đẩy ống thông vào tới khi nước tiểu chảy ra hết. (Cố định ống thông nếu cần lưu)
- Kẹp ống thông, rút ra cho vào khay quả đậu.
- Lau khô vùng sinh dục, mặc quần cho bệnh nhi và để bệnh nhi ở tư thế thoải mái.
- Thu dọn dụng cụ.
- Rửa tay.
- Ghi kết quả vào phiếu theo dõi điều dưỡng ngày giờ thông tiểu, số lượng, màu sắc tính chất nước tiểu, tai biến nếu có.

V. THEO DÕI

1. Trong khi làm thủ thuật

Theo dõi tình trạng người bệnh. Quan sát sắc mặt của người bệnh và đáp ứng của người bệnh với thủ thuật.

2. Sau khi làm thủ thuật

- Theo dõi tình trạng bệnh nhi sau khi thông tiểu, phát hiện các dấu hiệu bất thường để xử trí. Theo dõi triệu chứng bất thường: đau, rát.

- Theo dõi tính chất, màu sắc của nước tiểu: phát hiện sớm nhiễm trùng niệu đạo.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chấn thương đường tiết niệu, xây xước, chảy máu: Giảm đau

- Nhiễm khuẩn: Kháng sinh

- Đặt nhầm âm đạo (ở trẻ gái): đặt lại.

11. RỬA DẠ DÀY CẤP CỨU

I. ĐẠI CƯƠNG

Là thủ thuật đưa nước vào đồng thời để hút các chất trong dạ dày ra như thức ăn, dịch vị,... hoặc làm sạch dạ dày để phẫu thuật, để thải trừ các chất độc.

II. CHỈ ĐỊNH

- Ngộ độc cấp thuốc ngủ, sắn, thuốc phiện...

- Người bệnh hôn mê có dịch dạ dày trào ngược.

- Trước khi phẫu thuật dạ dày nếu người bệnh đã ăn chưa quá 6 giờ.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Ngộ độc acid hoặc base mạnh: trung hòa bằng sữa hoặc lòng trắng trứng

- Ngộ độc các chất bay hơi: dầu hỏa, xăng, paraffin

- Phồng động mạch chủ, tổn thương thực quản, bỏng, u, dò thực quản.

- Người bệnh suy mòn nặng, kiệt sức, trụy tim mạch....

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

01 điều dưỡng đã làm thành thạo kỹ thuật

2. Dụng cụ

- Ống Faucher, có thể nối với dây dẫn cao su đầu tù kết hợp với quả bóp, dùng ống Levine, sonde dạ dày các cỡ khi rửa cho trẻ em hoặc khi cần rửa nhiều lần với điều kiện dạ dày có thức ăn làm tắc ống.

- Ca múc nước

- Cốc đựng nước súc miệng

- Kẹp mở miệng (nếu cần)

- Hai mảnh nylon

- Khăn mặt

- Khay quả đậu

- Thùng đựng nước rửa (thường là nước uống được hoặc nước có pha thuốc theo chỉ định của bác sĩ). Tốt nhất là nước muối sinh lý.

- Thùng đựng nước thải từ dạ dày.

- Dầu nhờn: glycerin, parafin.

- Ống nghiệm nếu cần xét nghiệm.

- Phiếu xét nghiệm.

- Áo choàng, nylon, găng tay.

- Máy hút (nếu có)

3. Người bệnh

- Động viên, giải thích cho người bệnh, người nhà mọi việc sắp làm để người bệnh yên tâm và hợp tác.

- Để người bệnh ở phòng riêng, kín đáo.

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra lại chỉ định, chống chỉ định và cam kết đồng ý thực hiện thủ thuật.

2. Kiểm tra người bệnh

Tình trạng toàn thân

3. Thực hiện kỹ thuật

- Đem dụng cụ đến giường người bệnh.

- Đặt người bệnh nằm đầu thấp mặt nghiêng về một bên.

- Trải một tấm nylon lên phía đầu giường và quàng một tấm quanh cổ người bệnh.

- Đặt thùng hứng nước bẩn.

- Người điều dưỡng mặc áo choàng nylon hoặc đi găng (đối với ngộ độc thuốc sâu).

- Đặt khay quả đậu dưới cằm người bệnh (có thể nhờ người phụ giữ)

- Đo ống và đánh dấu (đo từ cánh mũi tới dái tái vòng xuống mũi ức (khoảng 45cm - 50cm) là ngang phần đáy dạ dày hoặc từ răng cho đến rốn.

- Nhúng đầu ống vào dầu nhờn (không để dầu đọng trong ống làm người bệnh sặc).

- Nhẹ nhàng đưa ống vào miệng, sát má, tránh vòm họng và lưỡi gà, động viên người bệnh nuốt mặc dầu rất khó chịu, trong khi đó người điều dưỡng từ từ đẩy ống và đến khi vạch đánh dấu chạm tới cung răng thì dừng lại. Nếu người bệnh có sặc, ho dữ dội, tái mặt, tím môi thì rút ra và đưa lại.

- Thử để biết chắc ống đã vào đúng dạ dày bằng 3 cách

+ Cách 1: Nhúng đầu ống vào cốc nước nếu không có sủi bọt là đúng dạ dày.

+ Cách 2: Dùng xy-lanh hút dịch vị.

+ Cách 3: Đặt ống nghe lên vùng thường vị, dùng bơm tiêm bơm một lượng nhỏ không khí trong dạ dày, sẽ nghe thấy tiếng động ở dạ dày.

- Trước khi rửa nên hạ thấp đầu phễu dưới mức dạ dày để nước ứ đọng trong dạ dày chảy ra hoặc dùng bơm tiêm để hút.

- Đổ nước từ từ vào phễu khoảng 200ml (số lượng dịch tùy theo chỉ định) đưa phễu cao hơn đầu người bệnh khoảng 15cm cho nước chảy vào dạ dày. Có thể dùng bơm 50ml bơm từ từ trực tiếp thay cho phễu.

- Khi mức nước trong phễu gần hết thì nhanh tay lật úp phễu xuống cho nước từ trong dạ dày chảy ra (theo nguyên tắc bình thông nhau) hoặc có thể dùng máy hút để hút với áp lực 3 - 5 atmospher. Nếu dùng bơm trực tiếp thì rút vào khoảng 10ml khí bơm vào. Sau đó để bơm thấp xuống hơn vị trí người bệnh nằm và rút dịch ra.

- Rửa cho tới khi nước trong dạ dày chảy ra sạch thì th i.

- Gập đầu ống lại và rút ra từ từ tới khi còn 10cm dùng kìm Kocher kẹp chặt và rút hết.

- Lau mặt, miệng cho người bệnh.

- Cho người bệnh nằm lại thoải mái và quan sát tình trạng chung

VI. THEO DÕI

- Đưa ống thông vào đúng dạ dày.

- Trong lúc rửa phải luôn luôn quan sát tình trạng người bệnh.

- Phải ngừng rửa ngay khi người bệnh kêu đau bụng hay có máu chảy ra theo nước, đồng thời phải báo ngay với bác sĩ.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Viêm phổi do sặc dịch rửa

Khi rửa dạ dày cần để người bệnh đúng tư thế, rửa theo đúng quy trình kỹ thuật, nếu người bệnh hôn mê hay rối loại ý thức phải đặt nội khí quản bơm bóng chèn trước khi rửa.

2. Rối loạn nước điện giải

Do nồng độ dung dịch rửa pha không đúng lượng muối quy định, cần thực hiện đúng.

3. Nhịp chậm, ngất do kích thích dây phế vị

Chuẩn bị hộp đựng dụng cụ và thuốc chống sốc, atropin... để cấp cứu kịp thời.

4. Hạ thân nhiệt do trời lạnh

Trời lạnh pha nước ấm, sưởi ấm cho người bệnh.

5. Tổn thương thực quản dạ dày

Do kỹ thuật thô bạo, thông cứng, sắc cạnh, hoặc rửa trong những trường hợp uống acid hoặc base.

12. ĐẶT SONDE HẬU MÔN

I. ĐẠI CƯƠNG

Đặt sonde hậu môn là thủ thuật đưa một ống thông mềm vào hậu môn.

II. CHỈ ĐỊNH

- Làm giảm đau và chướng bụng cho những người bệnh tắc ruột hoặc viêm ruột.
- Đặt để tháo lồng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Đang có chảy máu đại tràng.
- Polip đại tràng (hạn chế tối đa có thể)
- Người bệnh bị trĩ.
- Chấn thương hoặc sang chấn nặng vùng hậu môn

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Điều dưỡng hoặc kỹ thuật viên

2. Phương tiện

- Bàn làm thủ thuật: 01
- Găng tay 01
- Khay quả đậu 01
- Dầu paraphin hoặc mỡ vazơlin
- Gạc miếng 02
- Băng dính 01
- Sonde (ống thông) hậu môn hoặc sonde foley ? các cỡ: 16,18,24…

3. Người bệnh

Giải thích cho người bệnh và gia đình, động viên gia đình cùng hợp tác và phối hợp điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra lại chỉ định, chống chỉ định và cam kết đồng ý thực hiện thủ thuật.

2. Kiểm tra người bệnh

Tình trạng toàn thân

3. Thực hiện kỹ thuật

- Rửa tay sạch,đội mũ, đeo khẩu trang.

- Đẩy bàn thủ thuật tới bên giường bệnh.
- Đeo găng
- Bộc lộ vùng mông.
- Chọn cỡ sonde cho phù hợp.
- Người điều dưỡng nên đứng vị trí từ ngang tầm mông trẻ trở lên (hạn chế đứng phía dưới chân của trẻ.
- Bôi trơn đầu ống sonde
- Tay trái bộc lộ vùng hậu môn, tay phải cầm sonde. Từ từ đẩy sonde vào sâu trong hậu môn khoảng 5-7 cm là được.
- Cố định sonde.
- Thu dọn dụng cụ và rửa tay.
- Ghi chép hồ sơ

VI. THEO DÕI

- Chảy máu
- Tuột sonde

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Sang chấn vùng hậu môn, trực tràng do làm động tác thô bạo: điều trị giảm đau, theo dõi.
- Chảy máu do vô tình người bệnh có polip hoặc búi trĩ bên trong.
- Nhiễm trùng: Điều trị kháng sinh.

13. ĐẶT CATHETER TĨNH MẠCH RỐN Ở TRẺ SƠ SINH

I. ĐẠI CƯƠNG

Tĩnh mạch rốn thường chưa đóng trong những ngày đầu sau đẻ nên khá dễ tiếp cận, đặc biệt trong trường hợp cấp cứu. Đối với trẻ dưới 1000gr thì đặt catheter tĩnh mạch rốn là cần thiết ngay trong ngày đầu sau sinh.

II. CHỈ ĐỊNH

1. Khi cần lấy đường truyền tĩnh mạch cấp cứu.
2. Theo dõi áp lực tĩnh mạch trung tâm.
3. Thay máu toàn phần hay bán phần.
4. Cần đường truyền trung tâm trong thời gian trong những ngày đầu ở trẻ thấp cân.
5. Khi cần đường truyền dịch có nồng độ đường trên 12.5%.
6. Khi trẻ cần truyền nhiều loại dịch và thuốc mà nếu lấy đường ngoại biên thì phải lấy nhiều hơn 1 đường truyền.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Viêm rốn
2. Thoát vị rốn (omphalocele) hoặc thoát vị qua khe hở thành bụng (gastroschisis).
3. Viêm phúc mạc
4. Viêm ruột hoại tử
5. Tăng áp lực tĩnh mạch cửa

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ thực hiện, điều dưỡng phụ giúp

2. Dụng cụ

2.1. Dụng cụ vô khuẩn

- Khay dụng cụ gồm: săng vô khuẩn có lỗ, kìm kẹp kim, kéo/dao cắt rốn, panh có mấu và không mấu, thông nòng đầu tù.

- Kim 22G, chỉ tơ 3-0, bông, gạc, cồn 70^{o} hoặc hoặc betadine 10% hoặc cồn i-ốt, bát vô khuẩn đựng bông gạc.

- Catheter tĩnh mạch dùng loại 3.5F hoặc 5F

- Chạc ba, xy lanh 5ml, nước muối sinh lý pha heparin 0.5- 1UI/ml

- Áo choàng, mũ và khẩu trang y tế, găng vô khuẩn.

- Hộp thuốc chống shock

2.2 Dụng cụ sạch

- Giường sưởi hoặc lồng ấp

- Băng cuộn (nếu cần), băng dính

- Dụng cụ theo dõi dấu hiệu sinh tồn nhiệt độ, monitoring…

- Dụng cụ cấp cứu: bóng, mask, dây O2, bộ đặt NKQ, ống NKQ các cỡ, sonde hút, máy hút

- Thước dây (nếu cần)

- Bàn để dụng cụ và xô đựng rác thải theo quy định

2. Bệnh nhi

- Đặt trẻ nằm ngửa trong giường sưởi hoặc lồng ấp, có thể cố định tay chân trẻ.

- Sát khuẩn rốn và vùng xung quanh bằng bông tẩm cồn i-ốt.

3. Hồ sơ bệnh án

- Ghi chép đầy đủ y lệnh

- Tính chiều dài catheter

+ Theo công thức Shukla: 1.5x Cân nặng + 5.5

+ Theo bảng đối chiếu với chiều dài đo từ mỏm vai đến rốn:

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ, bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- Rửa tay vô khuẩn, đội mũ, đeo khẩu trang, sau đó rửa tay vô khuẩn lại, mặc áo choàng, đi găng vô khuẩn.

- Trải săng có lỗ lên người trẻ, bộc lộ vùng có rốn đã sát khuẩn.

- Trải săng không lỗ lên bàn sẽ để dụng cụ. Lấy dụng cụ; Nối catheter với chạc ba. Lấy nước muối sinh lý pha heparin vào xi lanh và bơm đầy chạc ba và catheter.

- Buộc chân rốn và thắt nhẹ (1 nút thắt) nếu rốn còn tươi để đề phòng chảy máu, dùng dao cắt rốn theo mặt phẳng ngang cách chân rốn 0.5-1cm. Nếu có chảy máu thì thắt chân rốn chặt hơn.

- Xác định tĩnh mạch rốn

- Giữ phần thạch Wharton bằng kìm cong, dùng panh cong không mấu gắp sạch máu đông ở tĩnh mạch rốn rồi dùng thông nòng nhẹ lỗ tĩnh mạch và đưa catheter vào đến chiều dài đã tính toán trước.

- Cố định như catheter động mạch rốn.

- Chụp phim Xquang để xác định vị trí đầu catheter: đầu catheter nên ở tĩnh mạch chủ dưới hoặc nhĩ phải, trên Xquang đầu catheter ngang hoặc ngay trên cơ hoành.

- Cho dịch truyền qua catheter: có pha heparin 0.5-1 UI/ml, hoặc nếu không truyền dịch thì truyền NaCl 0.9% hoặc NaCl 0.45% tốc độ 0.5 - 2ml/h để tránh huyết khối.

- Lưu catheter tĩnh mạch rốn: không nên quá 14 ngày vì tăng nguy cơ nhiễm khuẩn

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Nhiễm trùng chân catheter

Do không đảm bảo vô khuẩn trong quá trình đặt catheter và chăm sóc catheter. Xử trí: rút catheter ngay.

2. Viêm ruột hoại tử

Do giảm lưu lượng máu vào gan, thường do đầu catheter ở tĩnh mạch cửa. Xử trí: rút catheter ngay.

3. Tắc mạch do huyết khối hoặc bóng khí

Hội chẩn với chuyên gia tim mạch và huyết học để xử trí tùy tình huống.

4. Biến chứng tim mạch (loạn nhịp, tràn dịch màng tim, huyết khối buồng tim, thủng buồng tim, vv...) do catheter đi vào tim. Hội chẩn với chuyên gia tim mạch để xử trí tùy tình huống.

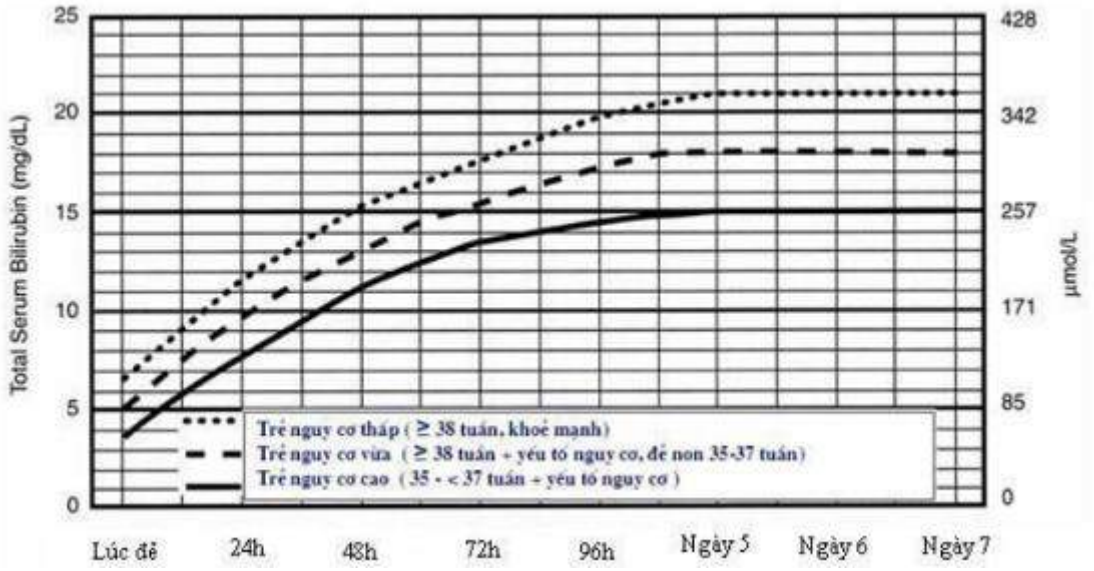
14.CHIẾU ĐÈN ĐIỀU TRỊ VÀNG DA SƠ SINH

I. ĐẠI CƯƠNG

Chiếu đèn là biện pháp phổ biến, đơn giản và hiệu quả nhất điều trị vàng da tăng Bilirubin gián tiếp ở trẻ sơ sinh. Chiếu đèn ánh sáng liệu pháp là dùng ánh sáng xanh hoặc trắng để chuyển Bilirubin tự do thành photobilirubin tan trong nước, không độc với tế bào não và đào thải ra ngoài theo nước tiểu

II. CHỈ ĐỊNH

Chỉ định chiếu đèn trẻ > 35 tuần: theo tiêu chuẩn của Hiệp Hội Nhi khoa Hoa Kỳ (chú ý: chỉ định chiếu đèn dựa vào bilirubin toàn phần)



● Dựa vào bilirubin toàn phần (TSB) để chỉ định chiếu đèn

● Yếu tố nguy cơ:

○ Tan máu do bất đồng nhóm máu mẹ con, thiếu G_6PD, ngạt, nhiệt độ không ổn định, li bì, nhiễm khuẩn, toan chuyển hóa hoặc Albumin < 30g/dL

● Nếu trẻ 35-37 tuần, khỏe mạnh, chỉ định chiếu đèn dựa vào TSB xung quanh đường cong nguy cơ vừa. Trẻ <35 tuần theo biểu đồ phù hợp với tuổi thai

● Ngừng chiếu đèn khi bilirubin 2-3mg/dL hoặc 35-50 micromol/dL (phía dưới đường cong)

Cân nặng (g)	Trẻ khỏe mạnh		Trẻ có bệnh*	
	Chiếu đèn (Bili mg %)	Thay máu (Bili mg %)	Chiếu đèn (Bili mg %)	Thay máu (Bili mg %)
<1500	5-8	10-15	4-7	10-14
1501-2000	8-12	16-18	7-10	14-16
2000-2500	12-15	18-20	10-12	16-18

***Chỉ định điều trị: < 35 tuần**

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Trẻ vàng da do tăng bilirubin trực tiếp

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Điều dưỡng chăm sóc

2. Phương tiện

- Lồng ấp: được vệ sinh sạch, hoạt động tốt cài đặt thông số thích hợp)
- Đèn chiếu đủ tiêu chuẩn ánh sáng:

+ Các loại đèn: đèn led, đèn bóng tuýp, …

+ Đèn ánh sáng xanh hoặc ánh sáng trắng, tốt nhất là loại ánh sáng xanh có bước sóng 400-480nm chiều cao đèn tới bệnh nhi khoảng 30-50cm

+ Thời gian sử dụng của đèn tuýp <2000 giờ, đối với đèn led nếu bị cháy > 40 bóng phải thay đèn, cần đánh dấu số giờ trẻ bắt đầu chiếu đèn để thay bóng khi tới hạn sử dụng.

- Băng che mắt hoặc kính bảo vệ (tốt nhất là màu đen, băng dính

3. Bệnh nhi

- Giải thích cho người nhà bệnh nhi
- Đánh giá toàn trạng bệnh nhi
- Đánh giá mức độ vàng da trên lâm sàng trước khi chiếu đèn.

4. Hồ sơ bệnh án

Ghi chép đầy đủ y lệnh chiếu đèn.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ, bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- Điều dưỡng rửa tay
- Băng mắt cho trẻ bằng vải sẫm màu
- Đóng bỉm (tã) che bộ phận sinh dục, cởi trần toàn thân, bộc lộ vùng da càng nhiều càng tốt.
- Đặt trẻ vào lồng ấp ở trung tâm ánh sáng đèn, (lồng đã được làm ấm, trải ga, cuốn ổ).
- Bật công tắc đèn chiếu.
- Điều chỉnh nhiệt độ lồng ấp theo nhiệt độ bệnh nhi
- Thay đổi tư thế trẻ khoảng 2 - 4 giờ/lần để da được tiếp xúc ánh sáng đèn nhiều hơn.
- Trẻ được chiếu đèn liên tục (trừ khi bú mẹ, làm thủ thuật)
- Chiếu đèn tích cực: dùng đèn chiếu 2 mặt nếu trẻ vàng da nặng hoặc mức độ vàng da tăng.
- Thực hiện xét nghiệm hàng ngày theo y lệnh
- Ghi hồ sơ tình trạng bệnh nhi

VI. THEO DÕI

- Mức độ vàng da, làm xét nghiệm theo y lệnh
- Tinh thần, trương lực cơ, phản xạ bú để phát hiện sớm vàng nhân não
- Chiếu đèn tích cực phối hợp 2- 3 đèn nếu mức độ vàng da tăng.
- Có thể cần thay máu khi chiếu đèn không hiệu quả.
- Ngừng chiếu đèn khi nồng độ bilirubin thấp theo bảng trên

VII. TAI BIẾN

- Những tác dụng phụ khi chiếu đèn: Rối loạn thân nhiệt, tăng kích thích, đi ngoài phân lỏng, mẩn đỏ ngoài da, hội chứng trẻ da đồng
- Tổn thương mắt. Phòng tránh: theo dõi và kiểm tra vị trí băng mắt
- Mất nước. Phòng tránh: đảm bảo chế độ ăn của trẻ và dịch truyền (nếu có): tăng nhu cầu nước cơ bản từ 15-20% mỗi ngày.

- Bỏng. Phòng tránh để khoảng cách từ đèn đến người bệnh qua gần theo dõi nhiệt độ bệnh nhi.

15. MẮT- RĂNG HÀM MẶT- TAI MŨI HỌNG

LẤY DỊ VẬT GIÁC MẠC

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Mắt thường hay bị dị vật bắn vào.

2. Nguyên tắc

- Là một cấp cứu cần phải xử trí kịp thời.
- Nhưng phải hết sức tôn trọng nguyên tắc vô khuẩn.

II. CHỈ ĐỊNH

Tất cả các dị vật giác mạc khi được xác định chắc chắn thì đều là cấp cứu trong Nhãn khoa và phải được lấy càng sớm càng tốt.

III. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa mắt

2. Phương tiện

- Khám phát hiện dị vật, tùy theo điều kiện trang thiết bị
- Ánh sáng thật tốt
- Lúp hai mắt
- Đèn khe cầm tay hoặc máy sinh hiển vi làm thiết đồ quang học giác mạc để xác định độ sâu dị vật nằm trong giác mạc.
- Phòng mổ có sinh hiển vi phẫu thuật
- Phòng tiểu phẫu có sinh hiển vi đèn khe
- Bộ dụng cụ phẫu thuật giác mạc: Pink giác mạc, kéo, foxcep, kìm mang kim Castroviejo..
- Nam châm
- Vành mi: 1 chiếc
- Thỏi bông ướt: 2 cái
- Kẹp gắp dị vật: 1 chiếc
- Thuốc gây tê bề mặt: dung dịch dicain 1%
- Thuốc sát trùng mắt: Povidon 5%
- Nước muối sinh lý
- Thuốc nhuộm: Fluorescein
- Bông, gạc

3. Bệnh nhi

- Người nhà bệnh nhi, bệnh nhi được giải thích và chuẩn bị trước khi lấy dị vật.
- Xét nghiệm cơ bản để gây mê nếu cần phải gây mê để lấy dị vật phức tạp

4. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh nhi nhịn ăn, được dùng kháng sinh toàn thân dự phòng, kháng sinh nhỏ mắt
- Chuyển phòng mổ nếu dị vật phức tạp hoặc bệnh nhi nhỏ tuổi không phối hợp lấy dị vật tại phòng tiểu phẫu.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

Cách xử trí khác nhau tùy thuộc vào vị trí của dị vật trên giác mạc. Thời gian thực hiện từ 30 phút - 120 phút tùy vị trí của dị vật, loại dị vật, độ nông sâu của dị vật nằm trên giác mạc

3.1. Dị vật nằm trên giác mạc

- Gây tê bằng nhỏ dicain1%
- Dùng thỏi bông thấm nước lấy dị vật nằm trên giác mạc
- Nhỏ thuốc sát khuẩn.

3.2. Dị vật nằm ở lớp biểu mô giác mạc

- Gây tê tốt.
- Phải lấy dị vật trong điều kiện ánh sáng tốt và bằng dụng cụ: Kim tiêm, dao lấy dị vật, v.v..

3.3. Dị vật nằm trong lớp mô nhục giác mạc

- Khi đã xác định dị vật nằm trong lớp mô nhục giác mạc, thì không nên dùng kim để lấy dị vật vì có nguy cơ đẩy vào trong tiền phòng. Cho người bệnh vào nội trú vì phải tiến hành phẫu thuật khá phức tạp với điều kiện đầy đủ về ánh sáng và phương tiện khám.
- Gây tê tại chỗ (nhỏ dicain) kết hợp với gây tê vùng (tiêm Novocain 4% sau nhãn cầu 1-2 ml).
- Vành mi bằng dụng cụ hoặc bằng hai sợi chỉ khâu qua bờ mi trên và mi dưới. Cố định nhãn cầu bằng đặt chỉ gần cơ thẳng trên.

3.4. Dị vật giác mạc một đầu nhô vào tiền phòng

3.5. Nhiều dị vật nằm trong giác mạc

3.6. Lông sâu bọ vào mắt.

V. THEO DÕI

- Nhỏ thuốc kháng sinh, chống viêm, giảm đau sau khi lấy dị vật
- Theo dõi có biến chứng viêm nội nhãn, viêm loét giác mạc.
- Điều trị biến chứng nếu có.

16. LẤY DỊ VẬT KẾT MẠC

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Mắt thường hay bị dị vật bắn vào.

2. Vị trí dị vật

- Nếu dị vật ở kết mạc nhãn cầu thì dễ nhận thấy hơn, dị vật có thể bám trên lớp thường bì hoặc cắm vào kết mạc hoặc xuyên qua nằm dưới kết mạc, dị vật vào gây ra kích thích nhiều.
- Dị vật ở kết mạc mi hoặc cùng đồ thì khó lấy hơn, có khi phải vành mi mới phát hiện được dị vật.
- Do dị vật thường xuyên cọ xát vào giác mạc, nên có cảm giác đau cộm rất khó chịu, chảy nước mắt.

3. Tác hại dị vật

- Gây kích thích, cộm chói khó chịu
- Gây nhiễm khuẩn (nhất là các dị vật nông nghiệp), từ đó gây viêm loét giác mạc, nhất là trực khuẩn mủ xanh gây hoại tử giác mạc nhanh chóng.
- Gây viêm mủ nội nhãn.
- Để lại sẹo gây giảm thị lực

II. CHỈ ĐỊNH

Xác định có dị vật kết mạc thì phải lấy ngay cho người bệnh tránh biến chứng và gây khó chịu, kích thích mắt của người bệnh

III. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Mắt

2. Phương tiện

- Vành mi: 1 chiếc
- Dao phẫu thuật: 1 chiếc
- Thỏi bông ướt: 2 cái
- Kẹp gắp dị vật: 1 chiếc
- Thuốc gây tê kết mạc: dung dịch dicain 1%
- Thuốc sát trùng mắt: Povidon 5%
- Nước muối sinh lý
- Thuốc nhuộm: Fluorescein
- Bông, gạc

3. Bệnh nhi

Được giải thích và chuẩn bị trước khi lấy dị vật

4. Hồ sơ bệnh án

- Nếu dị vật sâu hoặc bệnh nhi nhỏ tuổi cần phải gây mê.
- Nhịn ăn, kháng sinh dự phòng

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ, bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- Thời gian thực hiện: 15 phút - 60 phút tùy trường hợp đơn giản hay phức tạp, dị vật dễ nhìn thấy hay dị vật trong suốt (thủy tinh, cát, silic..)
- Nhỏ thuốc gây tê bề mặt nhãn cầu: dung dịch Dicain 1% 1-2 giọt vào mắt có dị vật.
- Dùng vành mi hay ngón tay để lật mi.
- Dùng thỏi bông ướt gạt lấy dị vật nông.
- Rửa túi cùng bằng nước cất hoặc dung dịch mặn đẳng trương cho hết các bụi nhỏ.
- Nhỏ thuốc sát khuẩn.
- Nếu dị vật cắm sâu vào kết mạc

+ Sau khi gây tê, rạch kết mạc đúng vào nơi dị vật nằm.

+ Dùng cặp lấy dị vật ra.

+ Trường hợp không lấy dị vật được, thì dùng kéo cắt một nếp kết mạc kèm theo cả dị vật.

+ Trường hợp không cặp lấy được dị vật được, thì dùng kéo cắt một nếp kết mạc kèm theo cả dị vật.

+ Các dị vật nằm dưới kết mạc chỉ lấy ra khi mắt bị kích thích.

* Cần chú ý:

- Đối với các dị vật kết mạc, dù ở nông cũng không nên dùng kim hoặc thìa nạo nậy lên sẽ gây bầm máu che lấp dị vật.
- Trường hợp dị vật là những mảnh thủy tinh nhỏ, khám bình thường khó thấy. Muốn phát hiện, phải dùng ánh sáng chéo khám kỹ mới phát hiện được. Khi tìm có thể nhờ fluorescein nhuộm để làm lộ rõ dị vật. Lấy kẹp gắp hết các mảnh thủy tinh.
- Nếu dị vật là chất vôi, cần phải gắp sạch hết với trước khi rửa mắt và rửa cùng đồ.
- Nhỏ thuốc kháng sinh sau lấy dị vật

V. THEO DÕI

- Nhỏ thuốc kháng sinh, chống viêm, giảm đau sau khi lấy dị vật
- Theo dõi có biến chứng viêm nội nhãn, viêm loét giác mạc.
- Điều trị biến chứng nếu có.

17. CHÍCH CHẮP, LẸO, CHÍCH ÁP XE MI, KẾT MẠC

I. ĐẠI CƯƠNG

Chích chắp lẹo là kỹ thuật lấy đi ổ chắp, lẹo trên bề mặt kết mạc mi

II. CHỈ ĐỊNH

Chích chắp và lẹo khi đã thành mủ và ổ viêm khu trú có điểm mủ trắng hoặc thành bọc như hạt đỗ dưới da mi

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Chắp, lẹo đang sưng tấy
- Những bệnh nhi đang có bệnh toàn thân chưa cho phép phẫu thuật

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ hoặc điều dưỡng được đào tạo

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ chích chắp
- Thuốc gây tê bề mặt: Dicain 5%, sát trùng Betadin 5%, 10%, mỡ kháng sinh.

3. Bệnh nhi

- Giải thích cho bệnh nhi và gia đình trước khi làm thủ thuật
- Khai thác tiền sử đông máu, làm xét nghiệm đông máu cơ bản khi không rõ tiền sử, bệnh cao huyết áp.

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Vô cảm

Gây tê tại chỗ

3.2. Kỹ thuật

- Sát khuẩn vùng chích chắp bằng dung dịch betadin 5%
- Tra tê bề mặt
- Dùng cặp cố định, cố định chắp, chú ý vặn ốc vừa phải
- Dùng dao lưỡi nhỏ rạch kết mạc ở vị trí chắp, nếu rạch ngoài đường rạch song song với bờ mi, nếu rạch trong đường rạch trong vuông góc với bờ mi.
- Nếu có bọc xơ tránh làm vỡ bọc chắp, dùng kéo cong nhọn phẫu tích lấy gọn chắp.
- Nếu vết rạch quá 5mm thì nên khâu 1-2 mũi chỉ
- Tra dung dịch sát khuẩn
- Tra mỡ kháng sinh
- Băng mắt

VI. THEO DÕI

- Đánh giá tình trạng bệnh nhi, theo dõi chung toàn thân và tại mắt để xử trí kịp thời.
- Hướng dẫn người bệnh thay băng sau 3g, tra thuốc, uống thuốc theo đơn của bác sĩ.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu: băng ép
- Nhiễm khuẩn: kháng sinh toàn thân

18. XỬ TRÍ VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM, TỔN THƯƠNG NÔNG VÙNG 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 trí 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 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 trí 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 toàn diện: theo mẫu chung.

- Người bệnh được tư vấn trước phẫu thuật.

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Vô cảm: Gây tê tại chỗ hoặc gây mê

3.2. Kỹ thuật

- Kiểm tra các 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, một mũi đi qua hàng chân lông mi, một mũi đi qua đường xám (tương đương với 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 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 toàn thân (Ví dụ: zinnat 0,25g x 2 viên/ngày, người lớn).

+ Giảm phù, chống viêm (Ví dụ: amitase10mg, 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.

19. QUY TRÌNH NHỔ RĂNG THỪA

I. ĐỊNH NGHĨA

- Bình thường cung răng vĩnh viễn có 28 răng (không kể răng số 8). Khi số lượng răng nhiều hơn được gọi là thừa răng.

- Vị trí thường gặp răng thừa thường ở vị trí kẽ răng 11, 12; ngoài ra có thể gặp ở các vị trí khác. Răng thừa có thể mọc ngầm trong xương hoặc ngoài cung răng

II. CHỈ ĐỊNH

Loại bỏ khi có răng thừa

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chống chỉ định tạm thời

- Viêm lợi, viêm miệng cấp tính làm hạn chế há miệng, khó can thiệp.

- Người bệnh có các bệnh toàn thân cấp tính, các bệnh về máu

- Người bệnh chưa hiểu mục đích nhổ răng.

2. Chống chỉ định tuyệt đối

- Người bệnh mắc bệnh lý toàn thân ở giai đoạn cuối như ung thư, AIDS, các bệnh mãn tính giai đoạn cuối.

- Sức khỏe toàn thân quá yếu.

- Ung thư máu mất ổn định.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ, điều dưỡng.

2. Phương tiện - dụng cụ

- Khay khám: gương, gắp, kìm, bẩy.

- Bông gạc, thuốc sát trùng

- Thuốc tê: Lidocain 2 %, Adrenalin từ 1/100.000 đến 1/80.000

3. Người bệnh

Chuẩn bị tâm lý, sức khỏe, ăn trước nhổ răng

4. Hồ sơ bệnh án

- Phần hành chính: số bệnh án, mã số, họ tên người bệnh, tuổi…

- Lý do đến khám

- Tiền sử.

- Bệnh sử.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

2.1. Khám toàn thân

Các bệnh toàn thân liên quan

2.2. Khám chuyên khoa

- Ngoài mặt.
- Trong miệng.

3. Thực hiện kỹ thuật

- Lựa chọn bẩy, kìm nhổ răng phù hợp.
- Rửa tay, mang găng.
- Sát khuẩn miệng và vùng răng cần nhổ.
- Gây tê tại chỗ hoặc gây tê vùng.
- Nhổ răng bằng kìm: cặp kìm, lung lay răng, lấy răng ra.
- Nhổ răng bằng bẩy: đặt đúng điểm bẩy, bẩy, lấy răng ra.
- Có thể kết hợp sử dụng cả kìm và bẩy.
- Kiểm soát huyệt ổ răng.
- Dặn dò người bệnh sau nhổ răng.

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Tai biên trước nhổ

- Xỉu, ngất, choáng: ngừng can thiệp, cho người bệnh nằm thấp đầu theo dõi nhịp thở, mạch, huyết áp
- Phản ứng dị ứng với thuốc tê: xử trí theo phác đồ sốc phản vệ.

2. Tai biến trong phẫu thuật

- Gãy thân hay chân răng: lấy mảnh gãy
- Sang chấn răng bên cạnh, răng đối diện: xử trí theo mức độ tổn thương.
- Gãy, vỡ xương ổ răng, xương hàm: theo dõi và cố định xương.
- Tổn thương mầm răng vĩnh viễn
- Tổn thương phần mềm: cầm máu, kháng sinh
- Nhổ nhầm răng.
- Hít phải răng, chân răng gây dị vật đường thở: phối hợp các chuyên khoa để lấy dị vật (TMH, hô hấp)
- Dị vật vào đường tiêu hóa: theo dõi sự di chuyển của dị vật trong đường tiêu hóa để có hướng xử trí.

3. Tai biến sau nhổ

- Chảy máu: vệ sinh vùng can thiệp, cầm máu
- Viêm ổ răng: vệ sinh vùng can thiệp, điều trị kháng sinh toàn thân hoặc tại chỗ
- Đau: dùng giảm đau

20. NHỔ RĂNG SỮA

I. ĐỊNH NGHĨA

Nhổ răng là quá trình bóc tách lợi bám dính cổ răng, làm rộng xương ổ răng, đồng thời làm đứt dây chằng bằng các lực tác dụng có kiểm soát qua cây kìm và cây bẩy trước khi răng được lấy ra khỏi huyệt ổ răng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Răng sữa đến tuổi thay, lung lay và tiêu chân.
- Răng sữa bị viêm mãn tính.
- Răng sửa cản trở việc mọc răng vĩnh viễn đúng khớp.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chống chỉ định tạm thời

- Răng đang bị viêm quanh cuống cấp, viêm quanh thân răng cấp.

- Viêm lợi, viêm miệng cấp tính làm hạn chế há miệng, khó can thiệp.

- Người bệnh có các bệnh toàn thân cấp tính.

- Người bệnh có bệnh về máu: Xuất huyết giảm tiểu cầu, hemophilie: cần phối hợp với bác sỹ huyết học để chuẩn bị người bệnh trước nhổ răng

- Người bệnh chưa hiểu mục đích nhổ răng.

2. Chống chỉ định tuyệt đối

- Người bệnh mắc bệnh lý toàn thân ở giai đoạn cuối như ung thư, AIDS, các bệnh mãn tính giai đoạn cuối.

- Sức khỏe toàn thân quá yếu.

- Ung thư máu mất ổn định.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ, điều dưỡng.

2. Phương tiện - dụng cụ

- Khay khám: gương, gắp, kìm, bẩy.

- Bông gạc, thuốc sát trùng

- Thuốc tê: Lidocain 10 %, hoặc Lidocain 2% pha với Adrenalin từ 1/100.000 đến 1/80.000.

3. Người bệnh

Chuẩn bị tâm lý, sức khỏe, ăn nhẹ trước nhổ răng

4. Hồ sơ bệnh án

- Phần hành chính: số bệnh án, mã số, họ tên người bệnh, tuổi…

- Lý do đến khám

- Tiền sử.

- Bệnh sử.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

2.1. Khám toàn thân

Các bệnh toàn thân liên quan

2.2. Khám chuyên khoa

- Ngoài mặt.

- Trong miệng.

3. Thực hiện kỹ thuật

- Lựa chọn kìm nhổ răng phù hợp.

- Rửa tay, mang găng.

- Sát khuẩn miệng và vùng răng cần nhổ.

- Tiêm tê tại chỗ răng cần nhổ.

- Dùng bẩy tách nướu ra khỏi cổ răng

- Nhổ răng: cặp kìm, lung lay răng, lấy răng ra.

- Kiểm soát huyệt ổ răng.

- Dặn dò người bệnh sau nhổ răng.

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Tai biến trước nhổ răng

- Xỉu, ngất, choáng: ngừng can thiệp, cho người bệnh nằm thấp đầu theo dõi nhịp thở, mạch, huyết áp

- Phản ứng dị ứng với thuốc tê: xử trí theo phác đồ sốc phản vệ.

2. Tai biến trong phẫu thuật

- Gãy thân hay chân răng: lấy mảnh gãy

- Sang chấn răng bên cạnh, răng đối diện: xử trí theo mức độ tổn thương.
- Vỡ xương ổ răng, xương hàm: theo dõi và cố định xương.
- Tổn thương mầm răng vĩnh viễn
- Tổn thương phần mềm: cầm máu, kháng sinh
- Nhổ nhầm răng.
- Hít phải răng, chân răng gây dị vật đường thở: phối hợp các chuyên khoa để lấy dị vật (TMH, hô hấp)
- Dị vật vào đường tiêu hóa: theo dõi sự di chuyển của dị vật trong đường tiêu hóa để có hướng xử trí.

3. Tai biến sau nhổ

- Chảy máu: vệ sinh vùng can thiệp, cầm máu
- Viêm ổ răng: vệ sinh vùng can thiệp, điều trị kháng sinh toàn thân hoặc tại chỗ
- Đau: dùng giảm đau

21. NHỔ RĂNG VĨNH VIỄN

I. ĐỊNH NGHĨA

Nhổ răng là quá trình bóc tách lợi bám dính cổ răng, làm rộng xương ổ, đồng thời làm đứt dây chằng bằng các lực tác dụng có kiểm soát qua cây kìm và cây bẩy trước khi răng được lấy ra khỏi huyệt ổ răng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Chỉ định liên quan đến tình trạng răng

+ Răng có thân răng bị phá hủy lớn không thể phục hồi.
+ Răng bị sâu, gãy dưới bờ lợi.
+ Răng điều trị nội nha không có kết quả.
+ Răng tổn thương mãn vùng cuống không thể điều trị bảo tồn.
+ Răng mọc ngầm, mọc không đúng chỗ, mọc thừa.

- Chỉ định liên quan đến phục hình, nắn chỉnh.
- Răng là nguyên nhân của các viêm nhiễm mãn tính tại chỗ và toàn thân

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chống chỉ định tạm thời

- Răng đang bị viêm quanh cuống cấp, viêm quanh thân răng cấp.
- Viêm lợi, viêm miệng cấp tính làm hạn chế há miệng, khó can thiệp.
- Người bệnh có các bệnh toàn thân cấp tính.
- Các bệnh về máu
- Người bệnh chưa hiểu mục đích nhổ răng.

2. Chống chỉ định tuyệt đối

- Người bệnh mắc bệnh lý toàn thân ở giai đoạn cuối như ung thư, AIDS, các bệnh mãn tính giai đoạn cuối.
- Sức khỏe toàn thân quá yếu.
- Ung thư máu mất ổn định.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ, điều dưỡng.

2. Phương tiện - dụng cụ

- Khay khám: gương, gắp, kìm, bẩy.

- Bông gạc, thuốc sát trùng
- Thuốc tê: Lidocain 2 %, Adrenalin từ 1/100.000 đến 1/80.000

3. Người bệnh

Chuẩn bị tâm lý, sức khỏe, ăn trước nhổ răng

4. Hồ sơ bệnh án

- Phần hành chính: số bệnh án, mã số, họ tên người bệnh, tuổi…
- Lý do đến khám
- Tiền sử.
- Bệnh sử.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

2.1. Khám toàn thân

Các bệnh toàn thân liên quan

2.2. Khám chuyên khoa

- Ngoài mặt.
- Trong miệng.

3. Thực hiện kỹ thuật

- Lựa chọn bẩy, kìm nhổ răng phù hợp.
- Rửa tay, mang găng.
- Sát khuẩn miệng và vùng răng cần nhổ.
- Tiêm tê tại chỗ răng cần nhổ.
- Nhổ răng bằng kìm: cặp kìm, lung lay răng, lấy răng ra.
- Nhổ răng bằng bẩy: đặt đúng điểm bẩy, bẩy, lấy răng ra.
- Có thể kết hợp sử dụng cả kìm và bẩy.
- Kiểm soát huyệt ổ răng.
- Dặn dò người bệnh sau nhổ răng.

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Tai biến trước nhổ răng

- Xỉu, ngất, choáng: ngừng can thiệp, cho người bệnh nằm thấp đầu theo dõi nhịp thở, mạch, huyết áp
- Phản ứng dị ứng với thuốc tê: xử trí theo phác đồ sốc phản vệ.

2. Tai biến trong phẫu thuật

- Gãy thân hay chân răng: lấy mảnh gãy
- Sang chấn răng bên cạnh, răng đối diện: xử trí theo mức độ tổn thương.
- Gãy, vỡ xương ổ răng, xương hàm: theo dõi và cố định xương.
- Tổn thương mầm răng vĩnh viễn
- Tổn thương phần mềm: cầm máu, kháng sinh
- Nhổ nhầm răng.
- Hít phải răng, chân răng gây dị vật đường thở: phối hợp các chuyên khoa để lấy dị vật (TMH, hô hấp)
- Dị vật vào đường tiêu hóa: theo dõi sự di chuyển của dị vật trong đường tiêu hóa để có hướng xử trí.

3. Tai biến sau nhổ

- Chảy máu: vệ sinh vùng can thiệp, cầm máu
- Viêm ổ răng: vệ sinh vùng can thiệp, điều trị kháng sinh toàn thân hoặc tại chỗ
- Đau: dùng giảm đau

22. SƠ CỨU VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM VÙNG HÀM MẶT

I. ĐẠI CƯƠNG

Vết thương rách vùng hàm mặt là loại vết thương hay gặp, có thể đơn giản hay phức tạp, đơn thuần hay liên quan đến những bộ phận lân cận. Loại vết thương này cần được điều trị sớm trong vòng vài giờ đầu.

II. CHỈ ĐỊNH

- Vết thương rách thuộc phần mềm vùng hàm mặt đơn thuần hay vết thương rách có tổn thương phối hợp cả phần mềm và phần xương.
- Không kèm chấn thương sọ não
- Tình trạng toàn thân ổn định

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tình trạng toàn thân đe dọa tính mạng
- Kèm chấn thương sọ não

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

1 bác sĩ, 2 điều dưỡng

2. Phương tiện

- Gạc vô trùng, oxy già, betadin, nước muối rửa vết thương, thuốc tê lidocain 2%, bơm tiêm
- Dụng cụ tiến hành thủ thuật: kéo nhỏ, panh cầm máu, kìm kẹp kim, chỉ khâu trong, chỉ khâu ngoài da, cán dao, lưỡi dao

3. Người bệnh

Chuẩn bị tâm lý, giải thích và ký cam kết thực hiện thủ thuật.

4. Hồ sơ bệnh án

- Phần hành chính: số bệnh án, mã số, họ tên người bệnh, tuổi…

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Giấy tờ, hồ sơ đầy đủ theo yêu cầu.

2. Kiểm tra người bệnh

Tình trạng toàn thân, đảm bảo các chức năng sống

3. Thực hiện kỹ thuật

- Gây tê. Nếu vết thương phức tạp cần gây mê, đặc biệt gây mê được chỉ định rộng rãi hơn với trẻ em.
- Làm sạch vết thương
- Cắt lọc vết thương
- Cầm máu
- Tách bóc
- Khâu đóng vết thương: khâu từng lớp, không để khoảng chết. Đóng kín từ sâu ra nông.
- Dẫn lưu: cần tiến hành nếu vết thương lớn thiếu hổng tổ chức nhiều, khâu đóng xong vẫn để lại khoảng trống.
- Dùng kháng sinh, giảm đau, vitamin.

VI. THEO DÕI

- Vấn đề nhiễm khuẩn
- Sự liền vết thương
- Có co kéo, để lại sẹo lồi hoặc lõm không?

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1.Nhiễm trùng

- Lâm sàng: Sốt, vết mổ chảy mủ, không liền

- Xử trí: cấy mủ làm kháng sinh đồ. Trong lúc chờ cho kháng sinh toàn thân phổ rộng. Tại chỗ: Mở vết mổ lấy tổ chức hoại tử, tổ chức viêm, mảnh xương chết. Bơm rửa hàng ngày.

2. Sẹo xấu

- Xử trí: Sửa sẹo sau phẫu thuật lần 1 ít nhất sau 1 năm

23. LẤY DỊ VẬT TAI

I. ĐẠI CƯƠNG

Dị vật tai thường xảy ra ở trẻ nhỏ, do có thói quen khi chơi nhét vào lỗ tai của chính bản thân, của bạn những đồ chơi mà chúng tự tìm ra: hạt cườm, hạt đỗ, cái khuy, đầu bút chì... Dị vật tai thường không gây triệu chứng gì rõ rệt, nhưng nguy hiểm khi có sự can thiệp vội vã của người lớn như: dùng vật nhọn lấy làm xây xước da ống tai và đẩy dị vật vào sâu trong tai. Một số ít trường hợp, dị vật tai là côn trùng (kiến, ong) chui vào và cắn trong tai gây nên triệu chứng nguy cấp: đau tai, ù tai dữ dội, kèm theo chóng mặt.

II. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sỹ chuyên khoa Tai Mũi Họng, có hỗ trợ của điều dưỡng chuyên khoa.

2. Phương tiện

- Đèn Clar hoặc ống nội soi 0^o dài 18cm, đường kính 2.7mm

- Pince (panh) vi phẫu thẳng, kẹp khuỷu, móc tù, móc nhọn, thìa ráy tai.

- Dầu parafine, glycerin hoặc ether, chloroform đối với dị vật là côn trùng.

3. Người bệnh (đối với trường hợp gây mê)

Nhịn ăn uống, cho kháng sinh dự phòng.

4. Hồ sơ bệnh án

Giải thích về nguy cơ của thủ thuật cho gia đình người bệnh và kí cam kết đồng ý thủ thuật đầy đủ theo quy định.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra lại những xét nghiệm cần thiết, giấy cam kết phẫu thuật

2. Kiểm tra người bệnh

Tình trạng toàn thân, nhịn ăn uống

3. Thực hiện kỹ thuật

- Đối với dị vật thông thường: hạt cườm, hạt đỗ, mẩu giấy tiến hành bơm nước để dị vật trôi ra hoặc dùng móc khuỷu lấy ra, không nên dùng kẹp trơn để gắp dị vật vì dễ tuột và đẩy dị vật vào sâu trong tai.

- Đối với dị vật là côn trùng

Nhỏ dầu vào tai (dầu paraffine, glycerine) hoặc dùng bông tẩm ether đặt sâu trong tai trước để giết chết côn trùng

Đôi vài phút rồi lấy dị vật ra.

- Trường hợp đặc biệt, do đã có can thiệp thô bạo hoặc do kỹ thuật lấy không đúng cách, dị vật bị đẩy sâu, mắc kẹt chặt trong phần xương ống tai hoặc trong hõm nhĩ

+ Tốt nhất là nên gây mê, người bệnh nằm tư thế ngửa.

+ Rạch ra sau tai lấy dị vật

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Viêm ống tai ngoài

Dùng kháng sinh, chống viêm, sát khuẩn tại chỗ

2. Thủng màng nhĩ

Vá màng nhĩ nếu không tự liền.

24. LẤY DỊ VẬT HẠ HỌNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Là thủ thuật lấy bỏ dị vật ra khỏi hạ họng.

II. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp dị vật mắc lại trong hạ họng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định đặc biệt nào.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ chuyên khoa tai mũi họng
- 1 điều dưỡng chuyên khoa trợ giúp

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ khám tai mũi họng thông thường, có gương soi thanh quản
- Bộ khám nội soi ống cứng 70º hoặc ống mềm (nếu có)
- Bộ soi thanh quản (hoặc bộ soi thực quản ống cứng 20cm) kèm ống hút
- Kìm Frankel hoặc pince (panh) gắp dị vật hạ họng.

3. Người bệnh

- Người bệnh được thăm khám.
- Gia đình người bệnh được giải thích về qui trình và các tai biến của thủ thuật, kí giấy cam đoan.

4. Hồ sơ bệnh án

- Các xét nghiệm cơ bản cho phẫu thuật (trong trường hợp cần gây mê).
- Chụp X-quang (CT-scanner nếu cần) để xác định vị trí kích thước dị vật nhất là trong các trường hợp dị vật cắm sâu trong thành hạ họng.
- Làm bệnh án theo mẫu (trong trường hợp cần gây mê).

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra các bước thăm khám, kết quả xét nghiệm cơ bản, X-quang nếu có.

2. Kiểm tra người bệnh

Hỏi tiền sử dị ứng và các bệnh toàn thân khác (tim mạch, thận…).

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Vô cảm

Gây tê, tiền mê hoặc gây mê nội khí quản.

3.2. Thực hiện kỹ thuật

- Tư thế người bệnh: Người bệnh ngồi theo tư thế khám nội soi hoặc nằm ngửa, kê gối dưới vai (trong trường hợp soi trực tiếp bằng ống soi thanh quản hoặc ống soi).
- Kỹ thuật

+ Soi gắp dị vật hạ họng bằng kìm Frankael

+ Người bệnh ngồi (với trẻ lớn, hợp tác tốt)

+ Gây tê hạ họng bằng thuốc tê tại chỗ.

+ Soi tìm dị vật bằng gương soi thanh quản gián tiếp hoặc nội soi.

+ Gắp dị vật bằng kìm Frankael.

+ Soi gắp bằng ống soi thanh quản hoặc ống soi thực quản cứng

+ Người nằm ngửa kê gối dưới vai

+ Gây tê, tiền mê hoặc gây mê.

+ Soi tìm dị vật bằng ống soi hạ họng.

+ Gắp dị vật bằng pince gắp dị vật hạ họng.

VI. THEO DÕI

- Cho kháng sinh, giảm viêm 5 ngày

- Theo dõi tình trạng tràn khí, nhiễm trùng vùng cổ.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Nhiễm trùng vùng cổ: Điều trị kháng sinh, mở cạnh cổ nếu cần

- Điều trị tràn khí nếu có.

- Dị vật xuyên thủng thành hạ họng, đi ra vùng cổ cần được chụp phim, đánh giá vị trí và mở cạnh cổ để lấy dị vật theo chỉ định.

25.KỸ THUẬT TIÊM TRONG DA

I. ĐẠI CƯƠNG

Tiêm trong da là tiêm một lượng thuốc rất nhỏ (1/10 ml) vào lớp thượng bì, chủ yếu để tạo phản ứng da cho tiêm thử phản ứng kháng sinh, tiêm vac xin BCG.

II. CHỈ ĐỊNH

- Thử phản ứng

+ Thuốc kháng sinh: penicilin, streptomycin.

+ Huyết thanh: kháng uốn ván, kháng nọc rắn.

- Phòng bệnh: tiêm vacxin BCG phòng lao cho trẻ sơ sinh

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không thử phản ứng khi người bệnh đang có cơn dị ứng cấp tính: viêm mũi, nổi mề đay, hen phế quản.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Điều dưỡng: có kiến thức, kỹ năng, tâm lý vững vàng và trang phục đầy đủ theo qui định.

2. Phương tiện

2.1. Dụng cụ vô khuẩn

Khay tiêm, bơm tiêm 1ml, (bơm 10 nếu pha thử Test), kim rút thuốc, bông, gạc miếng, hộp đựng bông cồn.

2.2. Dụng cụ sạch

- Găng tay, kéo, băng dính, panh.

- Hộp chống shock.

2.3. Dụng cụ khác

- Hộp đựng vật sắc nhọn, xô đựng rác thải theo qui định

- Bút ghi (trong trường hợp thử phản ứng)

2.4. Thuốc, dung dịch sát trùng

- Thuốc theo y lệnh

- Nước cất (trong trường hợp thử phản ứng), dung dịch sát trùng: cồn 70^{o}

- Dung dịch sát trùng tay nhanh

3. Bệnh nhi và gia đình bệnh nhi

- Nhận định tình trạng bệnh nhi, hỏi về tiền sử liên quan đến kỹ thuật.

- Giải thích về kỹ thuật sắp làm, gia đình bệnh nhi cam kết đồng ý kỹ thuật.
- Bôi kem EMLA giảm đau (nếu có), bôi trước 20-30 phút.
- Hướng dẫn những điều cần thiết (nếu cần).

4. Hồ sơ bệnh án

Phiếu chăm sóc, phiếu ghi chép theo dõi thủ thuật.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra lại chỉ định, chống chỉ định và cam kết đồng ý thực hiện thủ thuật

2. Kiểm tra người bệnh

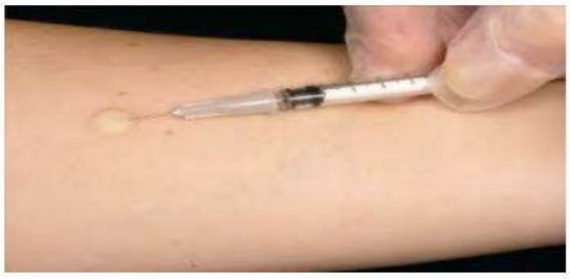
Tình trạng bệnh nhi

3. Thực hiện kỹ thuật

- Điều dưỡng rửa tay
- Thực hiện 5 đúng (kiểm tra thuốc lần 1)
- Pha và lấy thuốc đúng kỹ thuật, kiểm tra thuốc lần 2 trước khi bỏ vỏ ống thuốc.
- Xác định đúng vị trí tiêm, sát khuẩn vị trí tiêm
- Sát khuẩn tay nhanh/mang găng tay
- Thực hiện tiêm đúng kỹ thuật
- Rút kim, giúp bệnh nhi trở về tư thế thoải mái và hướng dẫn những điều cần thiết.
- Thu dọn dụng cụ, rửa tay, ghi hồ sơ bệnh án.

Hình 1: Nốt sần tiêm trong da





Bảng 1: Đối chiếu kết quả thử phản ứng thuốc kháng sinh

Thuốc	Nước cất	Kết quả
Đỏ	Không đỏ	Phản ứng (+): không tiêm được
Đỏ ít	Đỏ ít	(±): Tiêm được
Không đỏ	Không đỏ	(-): Tiêm được

VI. THEO DÕI

1. Theo dõi trong quá trình tiêm

Quan sát nét mặt, toàn trạng người bệnh, nếu có bất thường (dấu hiệu sốc phản vệ) báo bác sỹ.

2. Theo dõi sau tiêm

Nghỉ ngơi tại chỗ 15 phút, theo dõi chảy máu nơi tiêm.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Sốc phản vệ, dị ứng thuốc: xử trí theo phác đồ cấp cứu chống sốc phản vệ.
- Chảy máu, tụ máu nơi tiêm: cần vệ sinh tại chỗ, dùng bông vô khuẩn khô băng ép lại.
- Nhiễm trùng nơi tiêm, áp xe: cần vệ sinh sạch nơi tổn thương, trích rạch nếu có ổ áp xe.
- Gẫy kim: Rút kim bằng panh vô khuẩn nếu kim chưa ngập sâu, nếu kim ngập sâu gửi ngoại khoa**.**

26. KỸ THUẬT TIÊM DƯỚI DA

I. ĐẠI CƯƠNG

Tiêm dưới da là kỹ thuật đưa thuốc dưới dạng hoà tan trong nước vào tổ chức dưới da cho thuốc hấp thu chậm vào cơ thể.

II. CHỈ ĐỊNH

- Cho tất cả các loại thuốc tiêm được vào dưới da
- Tiêm Insulin trong điều trị bệnh tiểu đường.
- Tiêm Atropin trong điều trị giảm đau.
- Tiêm vacxin phòng bệnh: bệnh dại, sởi, quai bị,…

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Một số thuốc dầu khó tan, ví dụ: Testosteron…
- Da có vấn đề không thuận lợi để tiêm như nứt nẻ.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Điều dưỡng: có kiến thức, kỹ năng, tâm lý vững vàng và trang phục đầy đủ theo qui định.

2. Phương tiện

2.1. Dụng cụ vô khuẩn

Khay tiêm, bơm tiêm 1ml, (bơm 10 nếu pha thử Test), kim rút thuốc, bông, gạc miếng, hộp đựng bông cồn.

2.2. Dụng cụ sạch

- Găng tay, kéo, băng dính, panh.
- Hộp chống shock

2.3. Dụng cụ khác

Hộp đựng vật sắc nhọn, xô đựng rác thải theo qui định

2.4. Thuốc, dung dịch sát trùng

- Thuốc theo y lệnh
- Nước cất, dung dịch sát trùng: cồn 70º
- Dung dịch sát trùng tay nhanh

3. Bệnh nhi và gia đình bệnh nhi

- Nhận định tình trạng bệnh nhi, hỏi về tiền sử liên quan đến kỹ thuật.
- Giải thích về kỹ thuật sắp làm, gia đình bệnh nhi cam kết đồng ý kỹ thuật.
- Bôi kem EMLA giảm đau (nếu có), bôi trước 20-30 phút.
- Hướng dẫn những điều cần thiết (nếu cần)

4. Hồ sơ bệnh án

Phiếu chăm sóc, phiếu ghi chép theo dõi thủ thuật

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra lại chỉ định, chống chỉ định và cam kết đồng ý thực hiện thủ thuật.

2. Kiểm tra người bệnh

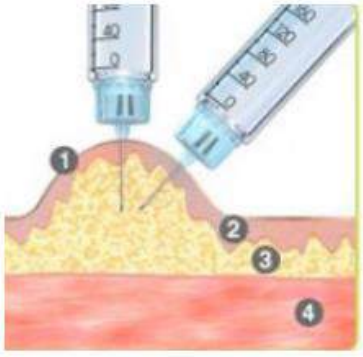
Tình trạng bệnh nhi

3. Thực hiện kỹ thuật

- Điều dưỡng rửa tay.
- Thực hiện 5 đúng (kiểm tra thuốc lần 1).
- Pha và lấy thuốc đúng kỹ thuật.
- Kiểm tra thuốc lần 2 trước khi bỏ vỏ ống thuốc.
- Xác định đúng vị trí tiêm, sát khuẩn vị trí tiêm.

- Sát khuẩn tay nhanh/mang găng tay (nếu cần thiết).
- Thực hiện tiêm đúng kỹ thuật.
- Rút kim, giúp bệnh nhi trở về tư thế thoải mái và hướng dẫn những điều cần thiết.
- Thu dọn dụng cụ, rửa tay, ghi hồ sơ bệnh án.

Hình 2: Vị trí tiêm dưới da



VI. THEO DÕI

1. Theo dõi trong quá trình tiêm

Quan sát nét mặt, toàn trạng người bệnh, nếu có bất thường (dấu hiệu sốc phản vệ), báo bác sỹ.

2. Theo dõi sau tiêm

Nghỉ ngơi tại chỗ 15 phút, theo dõi chảy máu nơi tiêm.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Sốc phản vệ, dị ứng thuốc: xử trí theo phác đồ cấp cứu chống sốc phản vệ.
- Chảy máu, tụ máu nơi tiêm: cần vệ sinh tại chỗ, dùng bông vô khuẩn khô băng ép lại.
- Nhiễm trùng nơi tiêm, áp xe: cần vệ sinh sạch nơi tổn thương, trích rạch nếu có ổ áp xe.
- Gẫy kim: Rút kim bằng panh vô khuẩn nếu kim chưa ngập sâu, nếu kim ngập sâu gửi ngoại khoa**.**

27. KỸ THUẬT TIÊM BẮP THỊT

I. ĐẠI CƯƠNG

Tiêm bắp là tiêm một lượng thuốc vào trong bắp thịt (trong cơ), giúp thuốc hấp thu vào cơ thể nhanh hơn tiêm dưới da.

II. CHỈ ĐỊNH

- Cho tất cả các loại thuốc tiêm được vào mô liên kết dưới da đều có thể tiêm bắp thịt được trừ cafein.
- Một số thuốc không nên hay không được tiêm vào tĩnh mạch mà muốn có hiệu quả nhanh hơn dưới da.
- Thuốc dầu: Thuốc chậm tan và gây đau.
- Da nứt nẻ tiêm dưới da không thích hợp.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Những thuốc gây hoại tử tổ chức: Canxi Clorua, đường ưu trương.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Điều dưỡng: có kiến thức, kỹ năng, tâm lý vững vàng và trang phục đầy đủ theo qui định.

2. Phương tiện

2.1. Dụng cụ vô khuẩn

Khay tiêm, bơm tiêm 1ml, (bơm 10 nếu pha thử Test), kim rút thuốc, bông, gạc miếng, hộp

đựng bông cồn.

2.2. Dụng cụ sạch

- Găng tay, kéo, băng dính, panh.
- Hộp chống shock

2.3. Dụng cụ khác

Hộp đựng vật sắc nhọn, xô đựng rác thải theo qui định

2.4. Thuốc, dung dịch sát trùng

- Thuốc theo y lệnh
- Nước cất, dung dịch sát trùng: cồn 70º
- Dung dịch sát trùng tay nhanh

3. Bệnh nhi và gia đình bệnh nhi

- Nhận định tình trạng bệnh nhi, hỏi về tiền sử liên quan đến kỹ thuật.
- Giải thích về kỹ thuật sắp làm, gia đình bệnh nhi cam kết đồng ý kỹ thuật.
- Bôi kem EMLA giảm đau (nếu có), bôi trước 20-30 phút.
- Hướng dẫn những điều cần thiết (nếu cần).

4. Hồ sơ bệnh án

Phiếu chăm sóc, phiếu ghi chép theo dõi thủ thuật.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra lại chỉ định, chống chỉ định và cam kết đồng ý thực hiện thủ thuật.

2. Kiểm tra người bệnh

Tình trạng bệnh nhi.

3. Thực hiện kỹ thuật

- Điều dưỡng rửa tay.
- Thực hiện 5 đúng (kiểm tra thuốc lần 1).
- Pha và lấy thuốc đúng kỹ thuật.
- Kiểm tra thuốc lần 2 trước khi bỏ vỏ ống thuốc.
- Xác định đúng vị trí tiêm, sát khuẩn vị trí tiêm.
- Sát khuẩn tay nhanh/ mang găng tay (nếu cần thiết).
- Thực hiện tiêm đúng kỹ thuật.
- Rút kim, giúp bệnh nhi trở về tư thế thoải mái và hướng dẫn những điều cần thiết.
- Thu dọn dụng cụ, rửa tay, ghi hồ sơ bệnh án.

Hình 3: Vị trí tiêm bắp thịt



Vị trí tiêm bắp ở đùi

VI. THEO DÕI

1. Theo dõi trong quá trình tiêm

Quan sát nét mặt, toàn trạng người bệnh, nếu có bất thường (dấu hiệu sốc phản vệ), báo bác sỹ và xử trí theo phác đồ cấp cứu chống shock.

2. Theo dõi sau tiêm

Nghỉ ngơi tại chỗ 15-30 phút, theo dõi chảy máu nơi tiêm, ban sẩn dị ứng tại chỗ hoặc toàn

thân.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Phản vệ, dị ứng thuốc: xử trí theo phác đồ cấp cứu chống sốc phản vệ.
- Chảy máu, tụ máu nơi tiêm: cần vệ sinh tại chỗ, dùng bông vô khuẩn khô băng ép lại.
- Nhiễm trùng nơi tiêm, áp xe: cần vệ sinh sạch nơi tổn thương, trích rạch nếu có ổ áp xe.
- Gẫy kim: Rút kim bằng panh vô khuẩn nếu kim chưa ngập sâu, nếu kim ngập sâu gửi ngoại khoa
- Tắc mạch do tiêm thuốc dầu vào mạch máu hoặc liệt do tiêm vào dây thần kinh hông to.
- Phòng tránh: Tiêm vào đúng vị trí, thử trước khi tiêm.
- Xơ hoá cơ vùng tiêm đặc biệt xơ hóa cơ delta ở trẻ em và trẻ nhỏ khi tiêm bắp vào cánh tay.

28. KỸ THUẬT TRUYỀN MÁU VÀ CÁC CHẾ PHẨM MÁU

I. ĐẠI CƯƠNG

Máu toàn phần có đầy đủ các thành phần: Hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu và các thành phần của huyết tương. Từ máu toàn phần có thể sản xuất ra các chế phẩm máu : Khối hồng cầu, khối Tiểu cầu, huyết tương, tủa VIII…

- Truyền máu toàn phần: Tăng khối lượng tuần hoàn, bồi phụ lại lượng máu đã mất khi người bệnh bị mất máu cấp do chấn thương, phẫu thuật hoặc chảy máu ồ ạt.
- Truyền khối hồng cầu: Tăng khả năng cung cấp oxy khi thiếu máu không hồi phục hoặc thiếu máu nặng mất bù, như trong bệnh: Thalasemia, suy tuỷ.
- Truyền tiểu cầu và huyết tương: Tăng khả năng đông máu và cầm máu.
- Truyền bạch cầu, gamma globulin, albumin: Tăng khả năng đề kháng và chống nhiễm khuẩn.

II. CHỈ ĐỊNH

- Mất máu ảnh hưởng đến huyết động: chảy máu nội tạng, chấn thương ...
- Các tình trạng giảm tiểu cầu, giảm yếu tố đông máu gây chảy máu.
- Các bệnh về máu: Suy tuỷ, rối loạn tạo máu.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Suy tim do tăng khối lượng tuần hoàn

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Điều dưỡng: có kiến thức, kỹ năng, tâm lý vững vàng và trang phục đầy đủ theo qui định.

2. Phương tiện

2.1. Dụng cụ vô khuẩn

- Khay vô khuẩn: 01 khay
- Bơm, kim tiêm, dây truyền máu
- Bông, hộp đựng bông, gạc/opside

2.2. Dụng cụ sạch

- Hộp chống sốc
- Cồn 70º, dung dịch sát khuẩn tay nhanh, găng tay
- Thẻ định nhóm máu hoặc lam kính
- Phiếu truyền máu
- Dây garô, băng dính, băng cuộn, nẹp cố định, gối kê tay, cọc truyền
- Máy đo huyết áp, ống nghe, đồng hồ bấm dây, nhiệt kế

2.3. Dụng cụ khác

Hộp đựng vật sắc nhọn, xô đựng rác thải theo qui định

2.4. Máu/chế phẩm từ máu và thuốc

- Dịch truyền NaCl 9‰: 01 chai

- Túi máu/chế phẩm từ máu theo y lệnh: Kiểm tra chất lượng, hạn sử dụng của túi máu.

3. Bệnh nhi và gia đình bệnh nhi

- Giải thích và gia đình bệnh nhi cam kết đồng ý thực hiện thủ thuật, cho trẻ ăn trước truyền ít nhất 30 phút.

- Kiểm tra dấu hiệu sinh tồn: Mạch, nhiệt độ, huyết áp.

- Hỏi về tiền sử dị ứng với máu.

4. **Hồ sơ bệnh án**

Phiếu truyền máu, Phiếu ghi chép theo dõi thủ thuật.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra lại chỉ định, chống chỉ định và cam kết đồng ý thực hiện thủ thuật.

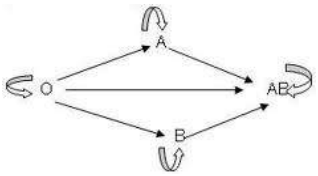
2. Kiểm tra người bệnh

Tình trạng bệnh nhi.

3. Thực hiện kỹ thuật

- Truyền cùng nhóm máu: Người bệnh nhóm máu nào thì truyền nhóm máu đó và truyền theo chỉ định của Bác sỹ.

- Truyền khác nhóm máu: Trong trường hợp cấp cứu không có máu cùng nhóm có thể truyền khác nhóm (không quá 250ml) theo quy tắc truyền máu tối thiểu và theo chỉ định của Bác sĩ.



- Điều dưỡng rửa tay

- Thực hiện 5 đúng

- Làm phản ứng định lại nhóm máu tại giường

- Cắm dây truyền máu và đuổi khí

- Xác định vị trí truyền, đưa kim vào tĩnh mạch, cố định kim

- Làm phản ứng sinh vật.

- Điều chỉnh tốc độ truyền theo y lệnh

- Giúp bệnh nhi ở tư thế thoải mái.

- Dặn dò bệnh nhi và gia đình bệnh nhi những điều cần thiết: Hạn chế ăn trong suốt quá trình truyền, theo dõi các dấu hiệu bất thường: sốt, rét run, mẩn ngứa…Nếu có gì bất thường, báo ngay cho nhân viên y tế

- Thu dọn dụng cụ, rửa tay, ghi hồ sơ bệnh án và phiếu theo dõi truyền máu.

VI. THEO DÕI

Theo dõi người bệnh trong suốt quá trình truyền máu, đặc biệt trong 30 phút đầu về Toàn trạng, mạch, nhiệt độ, huyết áp … và các biểu hiện như buồn nôn, đau bụng, nhức đầu …

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Tai biến sớm

1.1. Tan máu cấp

Là tai biến nguy hiểm

- Nguyên nhân: do bất đồng nhóm máu ABO

- Biểu hiện: Bồn chồn, kích thích, đau đầu, đau bụng, đái máu, shock.

- Xử trí:

+ Ngừng truyền máu, giữ nguyên hiện trạng để xác định nguyên nhân.

+ Đánh giá nhanh chức năng sống: Đường thở, thở, tuần hoàn, thần kinh để xử trí kịp thời.

+ Thực hiện y lệnh truyền dịch, thuốc lợi tiểu, chống shock, kháng histamin, steroid ...

1.2. Khó thở

- Nguyên nhân: do quá tải về tuần hoàn hay tổn thương phổi cấp liên quan tới truyền máu.
- Xử trí:

+ Ngừng truyền máu

+ Làm thông đường thở, cho người bệnh thở oxy

+ Báo ngay với Bác sĩ để tìm nguyên nhân

+ Thực hiện y lệnh thuốc của Bác sĩ

1.3. Sốt, rét run

- Nguyên nhân: do nhiễm bẩn hoặc do có kháng thể kháng bạch cầu, kháng tiểu cầu ở máu người nhận.
- Biểu hiện: Sốt (nhiệt độ cơ thể ≥ 37,5^{o}C), rét run.
- Xử trí:

+ Tạm ngừng truyền máu, điều trị hạ sốt cho bệnh nhi rồi truyền lại theo y lệnh.

+ Ủ ấm (nếu bệnh nhi rét run)

1.4. Dị ứng

- Biểu hiện: ngứa, mẩn đỏ
- Xử trí:

+ Tạm ngừng truyền máu, điều trị triệu chứng

+ Thực hiện y lệnh thuốc của Bác sĩ

2. Các tai biến muộn

Tan máu muộn, xuất huyết giảm tiểu cầu, nhiễm khuẩn, nhiễm virus ... xảy ra chậm, sau nhiều ngày hoặc hàng tuần, hàng tháng sau truyền máu.

29. CHÍCH ÁP-XE LỢI Ở TRẺ EM

I . ĐẠI CƯƠNG

- Áp-xe lợi là tổn thương nhiễm trùng đã hình thành mủ có thể do viêm lợi, hoặc các nguyên nhân khác….
- Là kỹ thuật mở, dẫn lưu mủ từ ổ áp xe khu trú ở lợi.

II. CHỈ ĐỊNH

Áp - xe lợi do răng

III . CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ răng hàm mặt
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1. Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy nha khoa
- Bộ khay khám gồm: gương, gắp, thám trâm.
- Bơm tiêm
- Dụng cụ chích áp-xe

2.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Dung dịch sát trùng Betadine, nước muối sinh lý…

3. Người bệnh

Người bệnh và /hoặc người giám hộ người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

IV.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

3. Thực hiện kỹ thuật

- Sát khuẩn.
- Vô cảm: Tùy từng trường hợp có thể thấm tê hoặc tiêm tê tại chỗ.
- Mở áp-xe và dẫn lưu mủ:

+ Xác định điểm mở dẫn lưu mủ.
+ Mở áp-xe: dùng dụng cụ thích hợp mở thông vào ổ áp-xe.
+ Ép nhẹ để dẫn lưu mủ.
+ Làm sạch với nước muối sinh lý hoặc dung dịch ôxy già 3 thể tích

V. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Sau quá trình điều trị

Nhiễm trùng lan rộng: Kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ

30. GĂM ĐINH KIRSCHNER GÃY ĐỐT BÀN, NHIỀU ĐỐT BÀN

I. ĐẠI CƯƠNG

- Phần lớn các xương bàn tay được chỉ định điều trị bảo tồn.
- Gãy xương đốt bàn tay là thương tổn thường gặp, ảnh hưởng nhiều đến chức năng bàn tay

II. CHỈ ĐỊNH

- Gãy không vững
- Gãy mà nắn điều trị bảo tồn không kết quả
- Gãy có mảnh lớn di lệch
- Gãy có kèm theo trật khớp
- Gãy phức tạp có kèm theo mất đoạn xương
- Gãy nội khớp có nhiều khả năng dính, cứng nêu không vận động sớm
- Gãy có mảnh rời di lệch có kèm theo tổn thương mạch máu thần kinh
- Gãy xương mà hậu quả chậm liền xương
- Gãy xương mà cần can thiệp ghép xương
- Gãy xương và liền xương xấu ảnh hưởng tới thẩm mỹ và chức năng
- Gãy xương bệnh lý
- Gãy xương có mảnh gây kẹt khớp

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 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, bộ kim Kirschner

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật

30 - 90 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm: Người bệnh bằng gây tê đám rối

2. Sát khuẩn, trải toan

3. Kỹ thuật

- 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 kim Kirschner: xuyên 1 đến 2 đinh chéo qua ổ gãy đảm bảo ổ gãy vững, tránh không tổn thương vùng sụn phát triển

- Đóng vết mổ theo giải phẫu

- Bất động nẹp bột

VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỔ

- Theo dõi mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở, tri giác, da, niêm mạc, màu sắc chi thể, vận động cảm giác chi thể, để phát hiện những biến chứng sau mổ.

- Bất động bột 4 tuần

- Hướng dẫn tập vật lý trị liệu

VII. 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

31. CẮT LỌC VẾT THƯƠNG GÃY XƯƠNG HỞ CỐ ĐỊNH TẠM THỜI

I. ĐẠI CƯƠNG

- Gãy xương hở theo phân loại của Gustilo có

- Độ I : vết thương rách da đường kính dưới 1cm, sau khi cắt lọc vết thương có thể khâu kín và điều trị giống 1 gãy xương kín.

- Độ II : vết thương có đường kính trên 1cm, nhưnh phần mềm xung quanh bị tổn thương nhiều. Nếu người bệnh đến sớm sau khi cắt lọc vết thương có thể điều trị như 1 gãy xương kín.

- Độ III:

+ III A: Chấn thương mô mềm nhiều, vết thương bị ô nhiễm nghiêm trọng có nguy cơ nhiễm khuẩn cao, nhưng sau khi cắt lọc phần mềm tổn thương thì xương vẫn được che phủ hợp lý. Lớp da có thể bị hoại tử thứ phát gây lộ xương.

+ III B: vết thương gãy hở có kèm theo mất mô mềm rộng, vết thương bị ô nhiễm nghiêm trọng. Sau khi cắt lọc vết thương thì phần mềm còn lại không đủ che phủ xương lộ.

+ III C: vết thương gãy mở giống độ III B nhưng kèm theo có tổn thương mạch máu và thần kinh chính của đoạn chi đòi hỏi phải khâu nối lại mới bảo tồn được chi. Nguy cơ cắt cụt chi rất cao.

II. CHỈ ĐỊNH

Tất cả các gãy xương hở đều được chỉ định mổ cấp cứu

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Chống chỉ định trong ngoại khoa nói chung.

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, hoại tử chi.).

- Đại diện gia đình kí cam đoan chấp nhận mổ.

3. Phương tiện

- Bộ dụng cụ đại phẫu.
- Bột bó.

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 hoặc nằm nghiêng trên bàn mổ, tùy theo vị trí của chi bị tổn thương

2. Vô cảm

Gây tê tủy sống, ngoài màng cứng, tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc gây mê.

3. Kỹ thuật tiến hành

- Rửa vết thương sạch bằng xà phòng vô khuẩn với nước muối sinh lý.
- Ga-rô gốc chi, tốt nhất với ga-rô hơi.
- Thì cắt lọc phần mềm: cắt lọc mép vết thương ít nhất 2 mm, cắt bỏ tổ chức dập nát, làm sạch khớp (lấy dị vật, máu tụ...). Rạch rộng vết thương, tiếp tục cắt lọc phần mềm và rửa vùng mổ bằng nhiều nước muối sinh lý. Kiểm tra mạch máu và thần kinh (gãy hở độ IIIC).
- Thì cố định xương: Làm sạch đầu xương bằng thìa nạo, kìm gặm xương. Rửa lại ổ mổ một lần nữa để đảm bảo khớp không còn dị vật.Nắn chỉnh ổ gãy xương.
- Đặt dẫn lưu.
- Khâu che phủ xương
- Tháo bỏ Ga-rô
- Cố định ổ gãy xương bằng bột rạch dọc, tùy theo vị trí gãy xương.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Tụ máu, phù nề sau mổ: lấy máu tụ, băng ép.
- Chèn ép bột
- Nhiễm trùng sau mổ: Tách vết mổ, làm sạch, để hở.

Liệt thần kinh sau mổ: do chấn thương co kéo trong mổ, garo kéo dài

32. 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

1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình, người phụ

- 02 phẫu thuật viên phụ mổ.

2. Người bệnh

- Được giải thích về tình trạng bệnh tật, lợi ích, rủi ro và các biến chứng có thể xảy ra
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính và xét nghiệm

3. Phương tiện

Bộ dụng cụ kết hợp xương thông thường

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 40phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm

- Gây tê đám rối cánh tay hoặc tủy sống
- Gây mê nội khí quản

2. Kỹ thuật

- Bước 1: Sát trùng toàn bộ chi bằng cồn Betadin 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

1. 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.

2. 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.

33. 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 trí 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 trí 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 trí 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, báng 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 41/ngày).

+ Toàn thân: kháng sinh uống toàn thân (Ví dụ: zinnat 0,25g).

+ 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 thì 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.

34. CHỌC DẪN LƯU Ổ ÁP XE DƯỚI SIÊU ÂM

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật chọc tháo các ổ áp xe trong ổ bụng dưới sự quan sát và hướng dẫn của siêu âm.

II. CHỈ ĐỊNH

- Ổ áp xe gan có đường kính trên 6 cm.
- Ổ ápxe gan điều trị nội khoa đầy đủ nhưng không có kết quả, ổ áp xe gan dọa vỡ.
- Ổ cặn áp xe.
- Ổ áp xe gan cần chọc hút mủ để xác định nguyên nhân: cấy định danh vi khuẩn...
- Các ổ áp xe các tạng trong ổ bụng: áp xe lách, nang giả tụy bội nhiễm...

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các trường hợp có rối loạn đông máu nặng
- Tỷ lệ prothrombin <50

Tiểu cầu< 50G/l.

- Những ổ áp xe nằm sâu trong ổ bụng có ống tiêu hóa và các tạng khác bao quanh, trên siêu âm không tìm được đường chọc kim hoặc đường vào không an toàn.
- Dị ứng với thuốc gây tê: Xylocain
- Trẻ và/hoặc gia đình không đồng ý can thiệp

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 02 bác sỹ có kinh nghiệm làm siêu âm can thiệp
- 02 điều dưỡng phụ đã được huấn luyện, đeo mũ khẩu trang.

2. Phương tiện, dụng cụ

- Máy siêu âm.
- Kim có nòng đường kính 1,8 - 2,1mm, dài 9 - 15 cm.
- Máy hút.
- Găng vô khuẩn
- Dung dịch sát khuẩn tay, cồn iod
- Gạc vô trùng, khăn có lỗ..
- Các dụng cụ vô khuẩn khác:
- Bơm, kim tiêm

+ Khay quả đậu

+ Các lọ đựng bệnh phẩm xét nghiệm.

+ Thuốc gây tê Xylocain.

3. Chuẩn bị người bệnh

- Trẻ lớn còn tỉnh táo, trẻ và gia đình cần được giải thích về mục đích của thủ thuật, những tai biến có thể xảy ra, động viên trẻ an tâm hợp tác với nhân viên y tế để có thể hợp tác tạo thủ thuật thuận lợi.
- Cha mẹ, người giám hộ trực tiếp của trẻ cần được giải thích quy trình sẽ tiến hành và viết cam đoan theo mẫu.

4. Bệnh án: theo quy định của Bộ Y tế.

Hồ sơ bệnh án có đủ các xét nghiệm cần thiết: công thức máu, đông máu cơ bản, HIV. Kết quả xét nghiệm nằm trong giới hạn cho phép.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án: kiểm tra chỉ định, chống chỉ định và giấy cam kết đồng ý tham gia thủ thuật.

2. Chuẩn bị người bệnh: xem các chức năng sống để xác định trẻ có đảm bảo khi tiến hành thủ thuật.

3. Thực hiện kỹ thuật

- Chuẩn bị người bệnh: Đặt trẻ ở tư thế nằm ngửa hoặc nghiêng trái hay phải tùy thuộc vị trí ổ áp xe, đưa hai tay lên đầu, bộc lộ vùng bụng và ngực.
- Kiểm tra máy siêu âm và đầu dò.

- Đặt đầu dò siêu âm tìm vị trí thuận lợi nhất: ổ áp xe nằm giữa đường dẫn, đường đi của kim không đi qua các mạch máu lớn, túi mật, các tạng rỗng.

- Gây tê tại chỗ chọc kim: da, cơ, màng bụng.

- Chọc kim qua da theo đường dẫn của siêu âm tới ổ áp xe, rút nòng kim, lắp bơm 20ml vào kim hút mủ, lấy bệnh phẩm xét nghiệm (phết lam, cấy mủ). Theo dõi trên siêu âm khi hút mủ. Khi hút hết mủ, lắp nòng kim vào kim và rút kim. Nếu là trẻ lớn có khả năng hợp tác, cần hướng dẫn trẻ nín thở nếu là ổ áp xe trong gan.

- Ghi hồ sơ bệnh án: ngày giờ làm thủ thuật, bác sỹ làm thủ thuật, mủ ổ áp xe: số lượng, tính chất, màu sắc, mùi.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi mạch, HA, tình trạng bụng của người bệnh trong 36giờ sau làm thủ thuật;

- Phát hiện và xử trí các biến chứng (chảy máu, thủng tạng, nhiễm trùng,...)

- Ghi hồ sơ bệnh án.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu trong ổ bụng: tiêm tĩnh mạch transamin; bù dịch và máu nếu cần, theo dõi chặt chẽ và can thiệp ngoại khoa nếu tình trạng chảy máu trong ổ bụng không kiểm soát được

- Thủng tạng rỗng: chuyển ngoại khoa

- Rò rỉ mật vào ổ bụng: chuyển điều trị ngoại khoa

- Tràn khí màng phổi: dẫn lưu khí màng phổi

35. QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHỌC DÒ Ổ BỤNG CẤP CỨU

I. ĐẠI CƯƠNG

Chọc dịch màng bụng cấp cứu là thủ thuật đưa kim qua thành bụng vào khoang ổ bụng để hút dịch ra ngoài.

II. CHỈ ĐỊNH

- Chọc tháo dịch để điều trị các trường hợp dịch cổ trướng nhiều gây khó thở, khó chịu.

- Chọc dò màng bụng chỉ định cho các trường hợp nghi ngờ chảy máu trong ổ bụng sau chấn thương, sốc mất máu có dịch cổ trướng.

- Chọc hút dịch để chẩn đoán viêm phúc mạc tiên phát và thứ phát (nhiễm trùng băng, thủng tạng rỗng..)

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Rối loạn đông máu hoặc giảm tiểu cầu nặng.

- Tắc ruột non (khi người bệnh bị tắc ruột non thì nên đặt sonde dạ dày trước khi tiến hành thủ thuật).

- Nhiễm trùng hoặc máu tụ vị trí chọc.

- Lưu ý: khi trẻ bí đái thì nên đặt sonde bang quang trước khi làm thủ thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: 01 bác sĩ chuyên khoa đã được đào tạo, 01 điều dưỡng.

2. Phương tiện, dụng cụ

2.1. **Vật tư tiêu hao**

- Mũ y tế: 02 cái

- Khẩu trang y tế: 02 cái

- Găng tay vô trùng: 02 đôi

- Kim lấy thuốc

- Kim luồn

- Bơm tiêm 10 ml: 02 cái

- Bơm tiêm 20 ml: 02 cái

- Dây truyền
- Iodine 10%: 01 lọ; cồn trắng 90 độ
- Gạc N2: 2 gói

2.2 Dụng cụ cấp cứu:

- Hộp chống sốc
- Bóng ambu, mặt nạ bóp bóng

2.3 Các chi phí khác

- Panh có mấu, không mấu
- Hộp bông cồn
- Bát kền to
- Khay quả đậu inox nhỡ
- Săng lỗ vô trùng; Áo mổ
- Dung dịch Anois rửa tay nhanh
- Ống để bệnh phẩm xét nghiệm

3. Người bệnh

- Giải thích cho gia đình người bệnh về lợi ích và tai biến có thể xảy ra.
- Kiểm tra lại các chống chỉ định
- Người bệnh nên được nằm ngửa, đầu cao hơn chân

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án:

Kiểm tra chỉ định, chống chỉ định và giấy cam kết đồng ý tham gia kỹ thuật.

2. Chuẩn bị người bệnh: xem các chức năng sống để xác định trẻ có đảm bảo khi tiến hành thủ thuật.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Trước khi chọc

- Khám lại trẻ để xác định mức độ cổ trướng, đo mạch và huyết áp.
- Vén áo và kéo cạp quần xuống để lộ bụng.
- Sát khuẩn vùng chọc: vạch một đường nối rốn với gai chậu trước trên, chia đường này thành 3 phần, sát khuẩn điểm nối 1/3 ngoài và giữa, thường chọc ở bên trái để tránh chọc vào góc hồi manh tràng. Đôi khi chọc ở vị trí khác theo vị trí và lượng dịch.
- Sát khuẩn tay bằng cồn và đi găng vô khuẩn.
- Gây tê vùng chọc.

3.2. **Trong khi chọc**

- Chọc kim vuông góc với thành bụng, đi từ nông đến sâu cho đến khi hút ra dịch.
- Nối ống dẫn vào đốc kim để dẫn dịch chảy vào xô. Tốc độ dịch chảy ra trong 20-30 phút.
- Băng phủ kín đầu kim và lấy băng dính cố định đầu kim.
- Theo dõi sắc mặt của người bệnh.

3.3. Sau khi chọc

- Thầy thuốc rút kim, cần đảm bảo vô khuẩn, sát khuẩn da bụng.
- Dùng gạc vô khuẩn băng lại.
- Đo lại mạch, huyết áp và ghi nhận xét về tình trạng người bệnh, tính chất dịch (số lượng, màu sắc).

VI. THEO DÕI

- Sắc mặt.
- Mạch, huyết áp
- Số lượng và tính chất dịch

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Quai ruột bít vào đầu kim. Lúc đầu dịch chảy nhanh sau đó chảy yếu dần và ngừng chảy, thay đổi tư thế người bệnh, đổi hướng kim cho đến khi dịch chảy ra tiếp.

- Choáng do lấy dịch ra quá nhiều và nhanh gây giảm áp lực đột ngột biểu hiện: mạch nhanh huyết áp tụt, choáng váng. Phải ngừng chọc, truyền dịch, chống sốc.

- Chọc vào ruột: ít khi gặp. Nếu chọc vào ruột sẽ thấy hơi hoặc nước bẩn, bác sỹ phải rút kim ra ngay, bằng kín. Theo dõi tình trạng đau, nhiệt độ và phản ứng thành bụng. Hội chẩn chuyên khoa ngoại.

- Chọc vào mạch máu: ít gặp, nếu gặp phải rút kim ra ngay.

- Nhiễm khuẩn thứ phát chọc do công tác vô khuẩn không tốt. Theo dõi, mạch, nhiệt độ, huyết áp, mức độ đau, thành bụng, nếu cần thiết phải cho kháng sinh, hội chẩn khoa ngoại.

- Chọc nhầm vào tạng hoặc khối u trong bụng.

36. QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHỌC HÚT ÁP XE THÀNH BỤNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Chọc hút áp xe thành bụng là thủ thuật đưa kim vào ổ áp xe ở cơ thành bụng để hút dịch làm xét nghiệm hoặc dẫn lưu dịch từ ổ áp xe qua kim nhỏ.

II. CHỈ ĐỊNH

- Các ổ áp xe đã dịch hóa đường kính >= 5cm

- Ổ áp xe điều trị nội khoa nhưng không có hiệu quả, dọa vỡ, cặn ổ áp xe.

- Ổ áp xe cần chọc hút để xác định nguyên nhân: Nuôi cấy định danh vi khuẩn.

- Ổ áp xe sau chấn thương hoặc sau mổ.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các trường hợp rối loạn đông máu nặng: PT< 50G/l,TC <50G/L

- Dị ứng thuốc tê Xylocain

- Ngưởi bệnh không đồng ý can thiệp

IV. CHUẨN BỊ

1. **Người thực hiện** 01 bác sĩ có kinh nghiệm, 01 điều dưỡng

2. **Phương tiện**

+ Kim hút có nòng đường kính: 1,8-2,1mm , chiều dài 9-15cm

+ Găng vô khuẩn, dung dịch sát khuẩn tay, còn iod, gạc vô trùng, khăn có lỗ.

+ các dụng cụ vô khuẩn khác: Bơm, kim tiêm, khay quả đậu, lọ đựng bệnh phẩm xét nghiệm.

+ Thuốc gây tê xylocain.

3. Người bệnh

+ Kiểm tra mạch huyết áp nhịp thở

+ Giải thích cho bố mẹ trẻ về mục đích của thủ thuật, nhưng tai biến có thể xảy ra, động viên trẻ an tâm hợp tác với thầy thuốc, bố (mẹ) trẻ được viết **cam đoan theo mẫu.**

4. Hồ sơ bệnh án

Có đủ các xét nghiệm cần thiết: Công thức máu, đông máu cơ bản, HIV. Kết quả xét nghiệm nằm trong giới hạn cho phép.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- Chuẩn bị người bệnh tư thế nằm ngửa hoặc trái hoặc phải tùy thuộc vị trí ổ áp xe, đưa hai tay lên đầu bộc lộ vùng bụng và ngực

- Kỹ thuật viên hoặc điều dưỡng sát khuẩn vị trí chọc.

- Trải khăn vô khuẩn có lỗ bộc lộ vị trí áp xe

- Gây tê tại chỗ chọc kim, vị trí ổ áp xe

- Chọc kim qua da tới ổ áp xe, rút nòng kim lắp bơm 20ml vào kim hút mủ, lấy bệnh phẩm làm xét nghiệm, (phết lam, cấy mủ). Khi hút hết mủ lắp nòng kim vào kim và rút kim.

- Băng dính gạc chỗ chọc => chuyển người bệnh vào phòng theo dõi.

- Ghi hồ sơ bênh án, ngày giờ làm thủ thuật, bác sĩ làm thủ thuật, mủ ổ áp xe: số lượng, tính chất, màu sắc, mùi.

VI. Theo dõi

- Mạch, huyết áp, tình trạng ổ bụng của người bệnh trong 36giờ làm thủ thuật

- Phát hiện xử trí biến chứng (chảy máu, nhiễm trùng, chọc vào ổ bụng) ghi hồ sơ bệnh án.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Nhìn chung làm thủ thuật khá an toàn cho người bệnh. Tuy nhiên cũng có một số tai biến cũng có thể xảy ra:

1. Chọc vào ổ bụng gây chảy máu ổ bụng

Xử trí: Tiêm tĩnh mạch transamin, bù dịch và máu nếu cần, theo dõi chặt chẽ và can thiệp ngoại khoa nếu tình trạng chảy máu trong ổ bụng không kiểm soát được.

2. Thủng tạng rỗng

Xử trí: Chuyển ngoại phẫu thuật.

3. Tràn khí màng phổi

Xử trí: Dẫn lưu khí màng phổi.

4. Chảy máu tại chỗ

Xử trí: Theo dõi sát nếu chảy ít không cần can thiệp để người bênh nằm theo dõi thêm. Nếu chảy máu nhiều nên can thiệp ngoại khoa truyền máu.

5. Đau chỗ chọc

+ Xử trí: Uống thuốc giảm đau Eferalgan

37. QUY TRÌNH KỸ THUẬT DẪN LƯU DỊCH MÀNG BỤNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Dẫn lưu dịch màng bụng là phương pháp lấy các dịch trong khoang màng bụng (sinh lý hay tạo ra sau phẫu thuật) nhằm mục đích điều trị hay dự phòng theo dõi các biến chứng sau mổ và xét nghiệm chẩn đoán có sự trợ giúp của siêu âm.

II. CHỈ ĐỊNH

- Viêm phúc mạc khu trú, toàn thể, muộn.

- Viêm tụy hoại tử.

- Sau cắt túi mật.

- Sau mổ chấn thương tạng đặc, tràn dịch ổ bụng gây biến chứng và cần tìm nguyên nhân chẩn đoán.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh rối loạn đông máu.

- Tình trạng rối loạn huyết động.

- Tiền hôn mê gan và hôn mê gan.

- Bụng chướng hơi nhiều.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 01 bác sỹ có kinh nghiệm làm siêu âm can thiệp hoặc bác sỹ ngoại khoa.

- 01 điều dưỡng phụ hoặc kỹ thuật viên.

2. Phương tiện

- Dụng cụ gây tê: thuốc gây tê xylocain, ống tiêm.

- Dụng cụ mổ: dao, kéo, kim, banh, chỉ, khăn vô trùng, găng…

- Dụng cụ dẫn lưu:

+ Ống dẫn lưu kích thước tùy theo lứa tuổi, kỹ thuật, túi dẫn lưu…

+ Kim chọc dài 5-6 cm, đường kính 10/10mm bằng polystirene hay teflon có ống thông bằng chất dẻo, có thể dùng 01 catheter tĩnh mạch trung tâm dài 30cm có kim chọc bằng sắt.

- Dụng cụ vô trùng khác: găng vô trùng, cồn iod, bông băng, gạc, khăn có lỗ khay quả đậu, ống nghiệm đựng bệnh phẩm xét nghiệm làm xét nghiệm sinh hóa, tế bào, chai cấy định danh vi khuẩn…

3. Người bệnh

- Được giải thích về mục đích của thủ thuật, những tai biến có thể xảy ra, động viên trẻ và người nhà bệnh nhi an tâm hợp tác với thầy thuốc.

- Người nhà bệnh nhi được viết cam đoan theo mẫu.

4. Hồ sơ bệnh án

Có đủ các xét nghiệm cần thiết: Công thức máu, đông máu cơ bản, HIV. Kết quả xét nghiệm nằm trong giới hạn cho phép.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- Chuẩn bị bệnh nhi: tư thế nằm ngửa đưa hai tay lên đầu, bộc lộ vùng bụng và ngực.

- Kiểm tra máy siêu âm và đầu dò.

- Xác định vị trí: đối với dẫn lưu ổ bụng ta sẽ có 4 vị trí chọc, 2 điểm ở mỗi bên phải, trái.

+ Điểm 1/3 ngoài đường nối rốn và gai chậu trước trên.

+ Điểm 1/3 ngoài đường nối rốn và điểm cuối của xương sườn 11.

- Sát khuẩn rộng ra 5 cm bằng cồn Iode

- Đeo găng tay, trải khăn vô khuẩn.

- Sát khuẩn lại tại vị trí trải khăn vô khuẩn.

- Gây tê tại chỗ.

- Rạch da tại vị trí xác định.

- Chọc kim qua da theo đường dẫn của siêu âm tới ổ dịch, rút nòng kim, lắp bơm 10ml vào kim hút dịch, lấy bệnh phẩm xét nghiệm. Rút nòng kim loại sau khi đã luồn ống thông bằng chất dẻo vào ổ dịch. Cố định ống vào thành bụng. Lắp dây truyền vào đốc kim để dẫn dịch chảy vào chai nhựa có áp lực âm.

- Sát khuẩn lại, băng kín chân dẫn lưu.

- Ghi hồ sơ bệnh án: ngày, giờ làm thủ thuật. Màu sắc, tính chất, tốc độ dịch chảy.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi mạch, HA, tình trạng bụng của người bệnh trong 36h sau làm thủ thuật

- Theo dõi dịch dẫn lưu: tốc độ dịch chảy, số lượng, màu sắc

- Phát hiện và xử trí các biến chứng (chảy máu, thủng tạng, nhiễm trùng,..), ghi hồ sơ bệnh án

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Tổn thương thành ruột/thủng ruột.

- Tổn thương mạch máu

- Thoát vị ruột hay mạc nối lớn

- Thoát vị thành bụng

- Tắc ruột/dính ruột

- Tùy tình trạng điều trị nội khoa hoặc ngoại khoa

38.QUY TRÌNH KỸ THUẬT CẮT U MỠ DƯỚI DA ĐẦU ĐƯỜNG KÍNH DƯỚI 10 CM

I. ĐẠI CƯƠNG

- U mỡ là u lành tính hình thành do sự phát triển bất thường của những tế bào mỡ trưởng thành. U có thể phát triển ở hầu hết các tổ chức trong cơ thể nhưng u thường xuất hiện nhiều ở tổ chức dưới da hơn ở nội tạng.

- Phẫu thuật cắt u mỡ là một trong những phương pháp điều trị u mỡ, nhằm loại bỏ tổn thương u bằng phương pháp phẫu thuật.

II. CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH

III. CHỈ ĐỊNH

Các u mỡ dưới da.

IV. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có bệnh toàn thân không thể gây mê.
- Người bệnh có rối loạn đông máu
- Gia đình người bệnh không hợp tác và chấp nhận điều trị

V. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ phẫu thuật tạo hình và sọ mặt.
- Ê kíp phẫu thuật.

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ phẫu thuật sọ mặt.
- Chỉ khâu các loại: vicryl số 4.0, 5.0,6.0, prolenne.

3. Người bệnh

- Được khám và làm xét nghiệm cơ bản: bilan đầy đủ
- Siêu âm và hoặc Chụp CTS canner / MRI nếu cần.
- Khám Tai mũi họng, Hô hấp
- Bác sỹ gây mê khám trước mổ

4. Hồ sơ

Hồ sơ bệnh án theo quy định chung

IV. KỸ THUẬT

1.Vô cảm

Người bệnh được gây mê toàn thân.

2.Tư thế người bệnh:

Người bệnh ở tư thế bộ lộ rõ ràng vùng can thiệp

3. Kỹ thuật

- Rạch da vùng trên u trùng hoặc song song các nếp hằn da tự nhiên hoặc theo tổn thương u.
- Phẫu tích cắt hết tổ chức u.
- Cầm máu điện cắt bằng dao điện
- Bơm rửa vùng mổ bằng dung dịch Nacl0,9% và dung dịch betadinne
- Đặt dẫn lưu nếu cần.
- Khâu phục hồi vết mổ theo cấu trúc giải phẫu
- Băng vết mổ.

V. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Chảy máu trong mổ: kiểm tra chảy máu diện cắt, cầm máu bằng dao diện hoặc khâu điểm chảy máu.

2. Nhiễm trùng và toác vết mổ: bơm rửa, đắp gạc betadine, khâu thưa. Dùng kháng sinh toàn thân.

39. PHẪU THUẬT THÁO BỎ CÁC NGÓN TAY VÀ ĐỐT NGÓN TAY

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

1. **Người thực hiện**: Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình, phụ phẫu thuật.

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

3. Phương tiện: Bộ dụng cụ phẫu thuật bàn tay.

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: Người bệnh nằm ngửa, tay phẫu thuật để trên bàn phẫu thuật.

2. Vô cảm: tê gốc ngón, tê đám rối cánh tay hoặc gây mê.

3. Kỹ thuật

- Garo gốc ngón hoặc garo cánh tay bằng garo hơi hoặc garo chun.

- Sát trùng vùng mổ bằng betadine hoặc cồn 70º.

- 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

1. 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.

2. 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

VII. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

3. Trong phẫu thuật

Chảy máu: Cầm máu kỹ.

4. Sau phẫu thuật

- Chảy máu: Cầm máu.
- Nhiễm khuẩn: Điều trị kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.

40.LẤY MÁU TĨNH MẠCH BẸN

I. ĐỊNH NGHĨA

1. ĐẠI CƯƠNG

Lấy máu tĩnh mạch bẹn thường được dùng trong các khoa lâm sàng. Thủ thuật này cũng có nguy cơ, đặc biệt là nhiễm khuẩn. Có thể lấy máu tĩnh mạch bẹn để làm xét nghiệm máu. Nếu bắt buộc phải truyền máu hay dịch qua tĩnh mạch bẹn thì bắt buộc phải đặt catheter.

2. Giải phẫu

2.1. Tĩnh mạch bẹn nằm trong tam giác scarpa, đi trong động mạch đùi, được giới hạn bởi dây chằng bẹn- cơ may- cơ khép đùi

2.2. Trong tam giác scarpa liên quan có

- Đỉnh tam giác: Dây thần kinh- Động mạch- Tĩnh mạch
- Đáy tam giác: Cơ thắt lưng đáy chậu- cơ lược- cơ may

II. CHỈ ĐỊNH

Lấy máu để làm xét nghiệm, đặc biệt là các xét nghiệm khí máu, điện giải ở người bệnh trụy mạch, shock, phù to toàn thân, quá béo, tĩnh mạch dễ vỡ, khó dùng các tĩnh mạch ngoại vi khác do tĩnh mạch bị tổn thương hoặc da vùng lấy máu bị bỏng, loét.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Vùng tĩnh mạch bẹn bị tổn thương, bầm tím, bỏng...
- Thận trọng với người bệnh bị rối loạn đông máu, giảm tiểu cầu...

IV. CHUẨN BỊ

1. Chuẩn bị người thực hiện

- Hai điều dưỡng viên.
- Trang phục đầy đủ theo quy định
- Kiến thức, thái độ, tâm lý, tác phong

2. Chuẩn bị môi trường

2.1. Địa điểm

- Tại phòng bệnh hoặc phòng thủ thuật, phòng lấy mẫu bệnh phẩm
- Có sổ tay lấy mẫu và bảng hướng dẫn thứ tự ống lấy máu theo quy định

2.2. Dụng cụ

a. Dụng cụ vô khuẩn:

- Khay tiêm vô khuẩn, kìm kocher, ống cắm kìm kocher, bông tiêm, hộp đựng bông, gạc vô khuẩn, găng tay vô khuẩn

- Bơm, kim tiêm vô trùng dùng một lần (cỡ phù hợp)

b. Dụng cụ khác:

- Cồn 70°, cồn Iốt, dung dịch sát khuẩn tay nhanh, dây garo, băng dính, băng ép, băng cuộn, găng tay chăm sóc.

- Gối kê mông, ống xét nghiệm, giá để ống xét nghiệm, bút ghi ống XN, phiếu XN

- Hộp đựng vật sắc nhọn, xô đựng rác thải theo quy định

3. Chuẩn bị người bệnh

- Thăm hỏi người bệnh, giới thiệu tên, chức danh của mình.

- Thông báo, giải thích cho người bệnh hoặc người nhà biết về kỹ thuật sắp tiến hành.

- Cho người bệnh nhịn ăn trước khi lấy máu (nếu cần) theo yêu cầu của từng loại xét nghiệm.

4. Hồ sơ bệnh án đầy đủ theo quy định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra hồ sơ theo quy định của Bộ Y tế.

2. Kiểm tra người bệnh

Thông báo giải thích động viên người bệnh và gia đình người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- Xác định đúng người bệnh, dán mã code hoặc ghi tối thiểu 2 thông tin (họ tên và mã số BN) vào ống xét nghiệm và đối chiếu với phiếu chỉ định.

- Rửa tay/sát khuẩn tay nhanh và mang khẩu trang

- Hướng dẫn người bệnh nằm ở tư thế phù hợp: nằm ngửa, đầu hơi cao, chân thấp, quay ra ngoài và duỗi thẳng (30° so với trục giữa thân), đặt gối kê mông để bộc lộ đường đi của tĩnh mạch bẹn. Xác định vị trí lấy máu.

- Sát khuẩn tay nhanh, mang găng chăm sóc

- Buộc dây garo và sát khuẩn vị trí lấy máu 2 lần (cồn lốt trước, cồn 70 độ sau)

- Đưa kim chếch 45độ so với bề mặt da tại vị trí dưới cung đùi 2cm, phía trong động mạch đùi 1cm, vừa chọc vừa nhẹ nhàng hút chân không tới khi có máu đỏ thẫm trào vào bơm tiêm thì dừng lại, hút nhẹ nhàng đủ số lượng máu làm xét nghiệm.

- Rút kim, đặt bông khô vào vị trí lấy máu, rút kim bỏ vào hộp đựng vật sắc nhọn. Hướng dẫn gia đình giữ bông và theo dõi chảy máu.

- Lấy máu vào ống nghiệm theo đúng thể tích và thứ tự ống lấy máu.

- Đậy nắp, lắc đều ống máu (nếu cần) và đặt vào giá xét nghiệm.

- Thu dọn dụng cụ, rửa tay, ghi chép hồ sơ bệnh án. Trên phiếu xét nghiệm ghi rõ họ tên nhân viên lấy mẫu, ngày giờ lấy mẫu. Gửi ngay mẫu đến phòng xét nghiệm kèm theo phiếu chỉ định.

VI. GHI CHÚ

Thứ tự các ống lấy máu

1. Chai cấy máu

2. Ống không có chất bảo quản (ống nắp màu đỏ)

3. Ống chứa citrate để làm xét nghiệm đông máu

4. Ống chứa gel để lấy huyết thanh (ống nắp đỏ chứa hạt gel)

5. Ống chống đông bằng heparin (ống sinh hóa)

6. Ống chống đông bằng EDTA (ống CTM)

7. Ống chống đông bằng oxalat- fluorid.

41. KỸ THUẬT ĐẶT KIM LUỒN TĨNH MẠCH NGOẠI BIÊN TRẺ EM

I. ĐẠI CƯƠNG

- Kỹ thuật tiêm, truyền tĩnh mạch được thực hiện bằng kim luồn ngoại vi là phương pháp tiêm, truyền tĩnh mạch sử dụng loại kim làm bằng ống nhựa mềm luồn vào trong lòng mạch.

- Đặt kim luồn là thủ thuật thường quy của người điều dưỡng, nhưng mang lại nhiều lợi ích cho người bệnh và làm giảm tải công việc cho người điều dưỡng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Trẻ có dấu hiệu nguy hiểm.
- Tiêm thuốc liên tục hoặc ngắt quãng.
- Truyền dịch, nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch.
- Truyền máu và các chế phẩm của máu.
- Lấy máu xét nghiệm.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tuyệt đối

+ Vùng da nhiễm trùng.
+ Vùng da hoại tử.
+ Có tổn tương mạch máu phía trên nơi dự định đặt kim.

- Tương đối

+ Nguy cơ chảy máu.
+ Đoạn cuối chi bị liệt.
+ Chỗ phù nề.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

01 điều dưỡng: có kiến thức, kỹ năng, tâm lý vững vàng và trang phục đầy đủ theo quy định.

2. Phương tiện

2.1. Dụng cụ vô khuẩn

Kim luồn các cỡ phù hợp, chạc 3, dây nối, bơm tiêm các loại

2.2. Dụng cụ sạch

- Hộp chống sốc.
- Găng sạch, băng Opside, băng dính, kéo
- Dây garo, đèn soi ven, nẹp cố định, gạc làm ấm vùng ven (nếu cần).

2.3. Dụng cụ khác

Hộp đựng vật sắc nhọn, xô đựng rác thải theo quy định.

2.4. Thuốc, dịch, dung dịch sát trùng

- Nước muối sinh lý 0.9%.
- Dung dịch sát trùng: cồn 70 độ, betadin 10% hoặc cồn Iode 1% hoặc dung dịch sát trùng khác như Chlorhexidine 2% (không sử dụng ở trẻ đẻ non dưới 28 tuần tuổi).
- Thuốc bôi tê giảm đau (Ví dụ: EMLA)

3. Người bệnh

- Thông báo về thủ thuật sắp làm cho người bệnh và gia đình người bệnh.
- Nhận định tình trạng người bệnh
- Hỏi về tiền sử liên quan đến dị ứng thuốc và các chất khác

4. Hồ sơ bệnh án

Phiếu ghi chép thủ thuật

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra lại chỉ định, chống chỉ định và cam kết đồng ý thực hiện thủ thuật.

2. Kiểm tra người bệnh

Tình trạng người bệnh.

3. Thực hiện kỹ thuật

- Điều dưỡng rửa tay, sát khuẩn tay.
- Thực hiện 5 đúng.
- Xác định vị trí đặt kim luồn.
- Đuổi khí dây nối.
- Garo, làm ấm vùng tĩnh mạch dự định đặt kim, đi găng sạch.
- Đưa kim luồn vào tĩnh mạch
- Tháo garô, nối kim luồn với dây nối, cố định kim luồn.
- Thu dọn dụng cụ, rửa tay, ghi hồ sơ bệnh án.

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Tai biến sớm

- Tụ máu: Đó là kết quả của việc làm vỡ mạch máu trong quá trình đưa kim vào và rút kim ra.
- Chệch ven: Đưa kim luồn vào tổ chức mô, không vào đúng mạch máu.
- Tắc mạch: Do khí, cục máu đông, mảnh đứt của kim luồn xâm nhập vào mạch máu.
- Tai biến trong quá trình đặt kim luồn: Đặt nhầm vào động mạch gây co mạch và có thể gây hoại tử tế bào.
- Bỏng: Do dùng gạc làm ấm vùng dự định đặt kim trước khi tiến hành quy trình, hoặc do sử dụng cồn Iode hoặc cồn tiêm hoặc dung dịch sát khuẩn khác, sát khuẩn không đúng kỹ thuật.

2. Tai biến muộn

- Viêm tại chỗ hoặc viêm tĩnh mạch: có thể do kích thích hoặc do thuốc, hóa chất.
- Nhiễm trùng: Do không tuân thủ nguyên tắc vô khuẩn khi thực hiện quy trình kỹ thuật.
- Thiếu máu cục bộ hoặc hoại tử vùng thấp hơn của cơ thể do cố định không đúng.

3. Xử trí

Rút kim ra lấy lại vị trí khác nếu tụ máu, chệch ven tắc mạch, đặt nhầm động mạch, bỏng.

42. CHÍCH ÁP XE TÚI LỆ

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp áp xe túi lệ.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Áp xe đang trong tình trạng viêm tỏa lan.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Phẫu thuật viên chuyên khoa Mắt được đào tạo.

2. Phương tiện

Dao phẫu thuật số 11, bông gạc.

3. Người bệnh

Người bệnh được tư vấn trước phẫu thuật.

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định chung.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Vô cảm

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

3.2. Kỹ thuật

- Sát trùng vùng áp xe bằng betadin 10%.
- Dùng dao rạch ở vùng trung tâm (đỉnh) của khối áp xe. Mở rộng để tạo điều kiện cho mủ và chất hoại tử thoát ra dễ dàng.
- Ấn làm cho mủ thoát ra đường rạch.
- Băng.
- Tiếp tục dùng kháng sinh toàn thân, giảm đau, giảm phù.
- Chuẩn bị phẫu thuật nối thông túi lệ mũi hoặc cắt bỏ túi lệ sau 2 - 4 tuần.
- Bảo đảm lỗ rò liền.

VI. THEO DÕI

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

43. ĐIỀU TRỊ VIÊM LỢI Ở TRẺ EM

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm lợi ở trẻ em có nhiều thể bệnh do nhiều nguyên nhân gây ra. Bài này giới thiệu kỹ thuật điều trị viêm lợi ở trẻ em do mảng bám.

Điều trị viêm lợi trẻ em do mảng bám là kĩ thuật điều trị viêm lợi và loại bỏ các yếu tố kích thích của vi khuẩn ở mảng bám răng.

II. CHỈ ĐỊNH

Viêm lợi trẻ em do mảng bám.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ răng hàm mặt.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1. Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy nha khoa
- Bộ khay khám gồm: gương, gắp, thám trâm.
- Bộ dụng cụ lấy cao răng.
- Bộ dụng cụ làm sạch mảng bám....

2.2. Thuốc và vật liệu

- Bông, gạc vô khuẩn.
- Thuốc tê.
- Dung dịch oxy già 3 thể tích....

3. Người bệnh

Người bệnh và/ hoặc người giám hộ Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

3. Thực hiện kỹ thuật

- Sát khuẩn
- Vô cảm: Tê thấm nếu cần.
- Lấy cao răng nếu có bằng dụng cụ thích hợp.
- Làm sạch mảng bám răng.
- Làm nhẵn mặt răng bằng dụng cụ thích hợp.
- Lau rửa vùng lợi viêm bằng dung dịch ôxy già 3 thể tích.
- Hướng dẫn người bệnh hoặc người giám hộ cách giữ vệ sinh răng miệng và kiểm soát mảng bám răng.

V- THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Sau điều trị:

Nhiễm trùng: Kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.

44. CHÍCH NHỌT ỐNG TAI NGOÀI

I. ĐẠI CƯƠNG

Là thủ thuật trích nhọt ở ống tai ngoài ở giai đoạn đã hoá mủ.

II. CHỈ ĐỊNH

Nhọt ống tai ngoài đã hoá mủ

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Nhọt giai đoạn viêm tấy, chưa hoá mủ.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ khám tai mũi họng.
- Dao nhọn số 11.
- Kim lấy thuốc

3. Người bệnh

- Người lớn và trẻ lớn: Ngồi quay tai bệnh về phía thầy thuốc.
- Trẻ bé: Dùng khăn quấn chặt, 1 người bế và một người giữ.

4. Hồ sơ bệnh án: đầy đủ, các xét nghiệm cơ bản

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án và các xét nghiệm cơ bản đã làm

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- Lau sạch ống tai bằng dung dịch sát khuẩn.
- Tay trái kéo vành tai hoặc đặt ống soi tai xác định rõ vị trí phồng nhất hoặc có đầu mủ.
- Tay phải cầm dao nhọn rạch vào vị trí đã xác định 2 -3 cm, rạch xong có mủ trào ra, hút sạch mủ. Ở trẻ bé, ống tai nhỏ, có thể dùng kim lấy thuốc để rạch.
- Đặt 1 tente tẩm dung dịch sát khuẩn (Betadin) vào ống tai ngoài. Rút tente sau 6-12 giờ, nếu còn dịch mủ thì đặt tiếp 1 tente khác để dẫn lưu cho tốt. Nếu thành ống tai bị chít hẹp thì sau khi trích nhọt, đặt merocel tai, sau đó nhỏ dung dịch kháng sinh làm phồng miếng merocel. Rút merocel sau 24- 48 giờ

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ

Chảy máu: đặt tente hoặc merocel tai.

Viêm tấy lan toả ống tai: kháng sinh toàn thân

45. LẤY DỊ VẬT HỌNG MIỆNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Là thủ thuật lấy bỏ dị vật ra khỏi họng miệng

II. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp dị vật mắc lại trong họng miệng

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định đặc biệt nào.
- Cần lưu ý hỏi kỹ tiền sử dị ứng trước khi vô cảm.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ chuyên khoa tai mũi họng
- 1 điều dưỡng chuyên khoa trợ giúp

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ khám tai mũi họng thông thường
- Kẹp khuỷu hoặc pince gắp dị vật họng miệng

3. Người bệnh

Được thăm khám và giải thích về qui trình

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định chung.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.2. Tư thế người bệnh

Người bệnh ngồi theo tư thế khám thông thường tai mũi họng. Trẻ nhỏ có người lớn giữ.

3.2. Kỹ thuật

- Người bệnh ngồi, há miệng
- Dùng đè lưỡi bộc lộ họng miệng.
- Quan sát họng miệng, thường dị vật cắm ở amidan.
- Dùng kẹp khuỷu hoặc pince, cặp chặt dị vật và đưa ra ngoài

46. PHẪU THUẬT CẮT U LÀNH PHẦN MỀM TRÊN 10 CM

I. ĐẠI CƯƠNG

U lành phần mềm bao gồm tổ chức u là mô bào sợi, u sợi bì, u dạng mỡ, u đại bào màng gân, u mỡ, u máu, u vỏ bao thần kinh *(bao Schwann)*, u sợi thần kinh, u lành mạch lympho có kích thước trên 10 cm.

II. CHỈ ĐỊNH

U ảnh hưởng thẩm mỹ, gây đau hoặc to nhanh

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Bệnh lý phối hợp toàn thân nặng không cho phép phẫu thuật: Bệnh lý tim mạch, rối loạn đông máu, suy kiệt.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện quy trình kỹ thuật

- Phẫu thuật viên Chấn thương Chỉnh hình

- 1 PTV phụ mổ.

2. Phương tiện

Bộ dụng cụ phẫu thuật thông thường

3. Người bệnh

Giải thích cho gia đình người bệnh và người bệnh về ca mổ sắp làm

4. Hồ sơ bệnh án

Chuẩn bị đầy đủ hồ sơ bệnh án, xét nghiệm, giấy cam đoan mổ

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Vô cảm người bệnh

Gây tê vùng hoặc gây tê tại chỗ

3.2. Kỹ thuật

- Bước 1: Sát trùng vùng mổ bằng Betadin

- Bước 2: Phẫu thuật viên tiến hành phẫu tích cắt u theo từng lớp giải phẫu đến tận đáy của khối u. Cầm máu, đặt lam hoặc sonde dẫn lưu.

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

VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỔ

- Theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở, sonde dẫn lưu.
- Kháng sinh đường tiêm 5 - 7 ngày.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Chảy máu vết mổ: Băng ép nếu máu không cầm phải mổ lại cầm máu.

Nhiễm trùng vết mổ: Cắt chỉ cách quãng, tách dịch, thay băng hàng ngày.

47. PHẪU THUẬT CẮT U LÀNH PHẦN MỀM DƯỚI 10 CM

I. ĐẠI CƯƠNG

U lành phần mềm bao gồm tổ chức u là mô bào sợi, u sợi bì, u dạng mỡ, u đại bào màng gân, u mỡ, u máu, u vỏ bao thần kinh *(bao Schwann)*, u sợi thần kinh, u lành mạch lympho có kích thước dưới 10 cm.

II. CHỈ ĐỊNH

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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Bệnh lý phối hợp toàn thân nặng không cho phép phẫu thuật: Bệnh lý tim mạch, rối loạn đông máu, suy kiệt.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện quy trình kỹ thuật

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

2. Phương tiện

Bộ dụng cụ phẫu thuật thông thường

3. Người bệnh

- Chuẩn bị đầy đủ hồ sơ bệnh án, xét nghiệm, giấy cam đoan mổ
- Giải thích cho gia đình người bệnh và người bệnh về ca mổ sắp làm

4. Hồ sơ bệnh án

Chuẩn bị đầy đủ hồ sơ bệnh án, xét nghiệm, giấy cam đoan mổ

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Vô cảm người bệnh

Gây tê vùng hoặc gây tê tại chỗ

3.2. Kỹ thuật

- Bước 1: Sát trùng vùng mổ bằng Betadin

- Bước 2: Phẫu thuật viên tiến hành phẫu tích cắt u theo từng lớp giải phẫu đến tận đáy của khối u. Cầm máu và sát trùng lại vùng mổ.

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

VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỔ

- Theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở
- Kháng sinh đường tiêm 3 - 5 ngày

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu vết mổ: Băng ép nếu máu không cầm phải mổ lại cầm máu.
- Nhiễm trùng vết mổ: Cắt chỉ cách quãng, tách dịch, thay băng hàng ngày.

48. PHẪU THUẬT CẮT U MÁU KHU TRÚ ĐƯỜNG KÍNH DƯỚI 5 CM

I. ĐẠI CƯƠNG

- U máu là một bệnh lý mạch máu thường gặp ở trẻ em.
- Cần phân biệt U máu (*Hemagioma*) với Dị dạng mạch(*Vascular Malformation*). Để chẩn đoán đúng và điều trị thích hợp.

II. CHỈ ĐỊNH

- U chèn ép đường thở, mạch máu, thần kinh vùng đầu mặt cổ
- Điều trị nội khoa thất bại.
- U máu to nhanh.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- U máu đang thoái triển mờ dần.
- Điều trị nội khoa u máu nhỏ mờ dần.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện quy trình kỹ thuật

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

2. Phương tiện

Bộ dụng cụ phẫu thuật thông thường.

3. Người bệnh

- Chuẩn bị đầy đủ hồ sơ bệnh án, xét nghiệm, giấy cam đoan mổ.
- Giải thích cho gia đình người bệnh và người bệnh về ca mổ sắp làm.

4. Hồ sơ bệnh án

Chuẩn bị đầy đủ hồ sơ bệnh án, xét nghiệm, giấy cam đoan mổ

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Vô cảm người bệnh

Gây tê vùng hoặc gây mê Nội khí quản.

3.2. Kỹ thuật

- Bước 1: Sát trùng vùng mổ bằng Betadin

- Bước 2: Phẫu thuật viên tiến hành phẫu tích cắt u máu theo từng lớp giải phẫu đến tận đáy của khối u máu. Cầm máu và sát trùng lại vùng mổ.

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

VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỔ

- Theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở.
- Kháng sinh đường tiêm 3 - 5 ngày.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu vết mổ: Băng ép nếu máu không cầm phải mổ lại cầm máu.
- Nhiễm trùng vết mổ: Cắt chỉ cách quãng, tách dịch, thay băng hàng ngày.

49. 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.
- Gãy kín có dấu hiệu chèn ép khoang

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Khi tình trạng phần mềm bàn chân 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 bàn chân

4. Hồ sơ bệnh án

Chuẩn bị đầy đủ hồ sơ bệnh án, xét nghiệm, giấy cam đoan mổ

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ: thực hiện y lệnh, kiểm tra các xét nghiệm lâm sàng và cận lâm sàng.

2. Kiểm tra người bệnh.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Tư thế: Người bệnh nằm ngửa, duỗi cẳng chân.

3.2. Vô cảm: Tê tủy sống hoặc mê khí quản.

3.3. 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

1. 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

2. Xử trí tai biến

- Chảy máu vết mổ: băng ép hoặc khâu tăng cường.
- Nhiễm trùng: phân biệt nhiễm trùng nông hay sâu để xử trí.
- Rối loạn dinh dưỡng: gác cao chân, chườm lạnh, thuốc chống phù nề.

50. PHẪU THUẬT THÁO BỎ CÁC NGÓN CHÂN

I. ĐẠI CƯƠNG

- Là phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ ngón chân đến gốc ngón chân, cắt bỏ xương đốt bàn ngón chân, giữ lại hệ thống xương chêm.
- Trong trường hợp tháo bỏ toàn bộ xương bàn ngón chân, toàn bộ chức năng bàn ngón chân 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 xương chêm.

IV. CHUẨN BỊ

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

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

3. Phương tiện: Bộ dụng cụ phẫu thuật bàn tay.

4. Hồ sơ bệnh án

Chuẩn bị đầy đủ hồ so bệnh án, xét nghiệm, giấy cam đoan mổ

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ: thực hiện y lệnh, kiểm tra các xét nghiệm lâm sàng và cận lâm sàng.

2. Kiểm tra người bệnh.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Tư thế: Người bệnh nằm ngửa, chân phẫu thuật để trên bàn phẫu thuật.

3.2. Vô cảm: tê gốc ngón, tê cùng cụt, tê tủy sống hoặc gây mê.

3.3. Kỹ thuật

- Garo gốc ngón hoặc garo 1/3 dưới đùi bằng garo hơi hoặc garo chun.
- Sát trùng vùng mổ bằng betadine hoặc cồn 70 độ.
- Làm mỏm cụt ngón.

+ Rạch da ngang nền đốt 1 các ngón.
+ Cắt bỏ hệ thống gân gấp, duỗi.
+ Cầm máu bó mạch 2 bên.
+ 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.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. 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.

2. 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.

51. 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

- Trật khớp kín.

- Trật khớp vai đến sớm (3 tuần trở lại).

- Trật khớp vai đơn thuần (không có kèm gãy xương vùng vai).

- Trật khớp vai có kèm gãy xương vùng vai nhưng không di lệch, ít di lệch.

- Trật khớp vai kèm gãy xương vùng vai di lệch, có chỉ định mổ kết hợp xương nhưng chưa thể mổ được, hoặc người bệnh không đủ điều kiện mổ, không chấp nhận mổ...Trường hợp này cần phải nắn khớp vai vào đã, việc mổ xương tính sau (mổ kết hợp xương có chuẩn bị).

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- 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 gãy các xương vùng vai có di lệch (gãy cổ xương cánh tay, gãy xương bả vai...).

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

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

2. Phương tiện

- 01 bàn nắn thông thường (tốt nhất là bàn kiểu bàn mổ), bàn bằng chất liệu gì thì cũng đòi hỏi phải nặng, được cố định chắc chắn xuống sàn nhà, để khi kéo nắn bàn không bị trôi theo lực kéo. Bàn có 1 mấu ngang để giữ đai đối lực khi kéo nắn.

- Bột thạch cao: cần 4 - 5 cuộn cỡ lớn (10 - 15 cm).

- Giấy vệ sinh hoặc lồng tất lót Stockinette: 02 cuộn.

- Các dụng cụ cho gây tê hoặc gây mê: bơm tiêm, bông cồn 70°, nếu gây tê, thuốc tê 3 - 4 ống Lidocaine 1% (hoặc Xylocaine), pha loãng trong khoảng 10ml 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.

3. Người bệnh

- Được thăm khám toàn diện, tránh bỏ sót tổn thương, nhất là những tổn thương lớn có thể gây tử vong trong quá trình nắn bó bột.

- Được giải thích kỹ mục đích của thủ thuật, quá trình tiến hành làm thủ thuật, để người bệnh khỏi bị bất ngờ, động viên để họ yên tâm, hợp tác tốt với thầy thuốc. Với người bệnh, 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 dày tràn sang đường thở gây tắc thở).

4. Hồ sơ

- Cần ghi rõ ngày giờ bị tai nạn, ngày giờ bó bột, tình trạng thăm khám toàn thân, hướng xử trí, những điều dặn dò và hẹn khám lại.

- Với người bệnh gây mê, cần có tờ cam kết chấp nhận thủ thuật.

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

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. 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).

3.2. Các bước tiến hành nắn bó bột trật khớp vai

Trật khớp vai hầu hết là ra trước và vào trong. Kỹ thuật này chỉ nói cách nắn kiểu trật khớp vai ra trước và vào trong. Các kiểu trật khác có vỡ xương, nên thường phải mổ.

3.2.1 Nắn: Có rất nhiều cách nắn, tùy trường phái. Ở đây chúng tôi chỉ nói 2 phương pháp nắn hay dùng nhất:

3.2.1.1. Phương pháp Hypocrates (còn gọi là *phương pháp gót chân*): là một trong những phương pháp kinh điển nhất, đơn giản, an toàn, lại hiệu quả, là phương pháp đang được rất nhiều bệnh viện sử dụng. Mô tả:

- Người bệnh nằm ngửa trên ván cứng đặt dưới sàn hoặc trên bàn, người nắn ngồi hoặc đứng cùng bên tổn thương (ví dụ người bệnh bị trật khớp vai bên trái thì người nắn ở về bên trái người bệnh, người bệnh nằm trên sàn thì người nắn ngồi, người bệnh nằm trên bàn thì người nắn đứng). Người nắn cho gót chân cùng bên (ví dụ người bệnh trật khớp vai trái thì người nắn dùng gót chân trái) vào hõm nách người bệnh làm đối lực, 2 tay cầm cổ tay người bệnh kéo theo trục tay người bệnh, hơi dạng (khoảng 20-25°). Kéo từ từ và mạnh dần khoảng 5-7 phút, dùng gót chân bẩy nhẹ chỏm xương cánh tay ra ngoài, từ từ xoay cánh tay ra ngoài và khép cánh tay lại, đồng thời rút gót chân ra. Lúc này sẽ có cảm giác nghe thấy tiếng "khục", có thể cảm nhận được tiếng "khục" truyền vào tay người nắn, nếu người nắn có kinh nghiệm, thế là khớp đã được nắn xong. Nếu thấy còn khó khăn, xoay nhẹ cánh tay theo trục vài lần trong quá trình kéo nắn, khớp sẽ vào dễ hơn.

- Nếu có vỡ 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 gãy).

- Sau khi nắn xong, đỡ người bệnh ngồi dậy (nếu người bệnh gây tê), băng bất động tạm cánh tay và cẳng tay người bệnh vào thân người, khuỷu để 90°, chụp kiểm tra trước khi bó bột (hoặc bó bột xong mới cho chụp kiểm tra cũng được).

3.2.1.2. 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 sở được vào tai bên đối diện).

Phương pháp này không nên dùng khi trật khớp lần đầu vì có thể gây tổn thương phần mềm, tuy nắn cách này đỡ tốn nhiều lực nhưng dễ gây gãy xương do lực đòn bẩy. Thường nắn trong trật khớp vai tái diễn với kiểu trật vai ra trước và vào trong. Vì có thể xảy ra tai biến, nên người ít kinh nghiệm không nên áp dụng phương pháp này.

3.2.2. 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.

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

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Gần như hiếm gặp tai biến, nếu có thì cũng chủ yếu là tai biến của gây mê.

52. NẮN, BÓ GÃY XƯƠNG ĐÒN

I. ĐẠI CƯƠNG

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

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

- Cơ chế chấn thương có thể do lực tác động trực tiếp, có thể còn do ngã chống tay khi duỗi tay. Tỷ lệ khớp giả sau điều trị bảo tồn là 0,1% - 7,0%. Khi điều trị bảo tồn, mặc dù ổ gãy di lệch thường không được nắn chỉnh và cố định trong tư thế hoàn hảo nhưng kết quả về chức năng thì rất tốt và hoàn toàn có thể chấp nhận được về mặt thẩm mỹ.

II. CHỈ ĐỊNH

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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Gãy hở xương đòn.

- Gãy xương đòn có tổn thương mạch máu.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Chuyên khoa chấn thương: 02 người.

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

- Bàn nắn thường hoặc chỉ cần một chiếc ghế để người bệnh ngồi.

- Thuốc tê: 1 ống Xylocaine (hoặc Lidocaine) 1%, pha loãng trong 5 ml nước cất hoặc dung dịch huyết thanh mặn Natriclorua 0,9%, tiêm tại ổ gãy.

- Băng đai số 8 tùy theo kích thước người bệnh. Nơi không có băng đai số 8, hoặc băng đai không vừa cỡ, chuẩn bị 2 - 3 cuộn bột, cỡ 15 cm để bó bột số 8.

3. Người bệnh

- Được thăm khám toàn diện, tránh bỏ sót tổn thương.

- Được giải thích kỹ mục đích của thủ thuật.

- Được vệ sinh sạch sẽ vùng xương gãy, cởi áo hoàn toàn (cả áo lót).

4. Hồ sơ

Cần ghi rõ ngày giờ bị tai nạn, ngày giờ bó bột, tình trạng thăm khám toàn thân, hướng xử trí, những điều dặn dò và hẹn khám lại.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh.

3. Thực hiện kỹ thuật

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

3.1. Người bệnh

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

3.2. Người nắn

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

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

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

+ Vùng nách nên vê nhỏ lại để người bệnh khép nách được dễ dàng.

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

3.3. Thời gian bất động với trẻ lớn, khoảng 3-4 tuần. Trong thời gian bất động

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

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

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

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

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

VI. THEO DÕI

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

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

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

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

- Nếu tổn thương mạch máu: mổ cấp cứu để xử trí nối hoặc ghép mạch.

- Nếu tổn thương đám rối thần kinh cánh tay: chờ phục hồi sau 3 - 6 tháng.

- Nếu do băng đai chặt: nới băng đai, hướng dẫn người bệnh chống 2 tay để dạng 2 nách.

53. NẮN, BÓ BỘT TRẬT KHỚP KHUỶU

I. ĐẠI CƯƠNG

- Khớp khuỷu được cấu tạo bởi 3 phần: khớp cánh tay - trụ, khớp cánh tay quay và khớp quay - trụ trên.

- Nói trật khớp khuỷu là khi trật khớp cánh tay - trụ và khớp cánh tay - quay, còn khớp quay - trụ trên hiếm khi bị tổn thương.

- Là loại trật khớp hay gặp (chỉ sau khớp vai), hay gặp ở tuổi lao động, do ngã chống tay trong tư thế khuỷu duỗi tối đa, cẳng tay ngửa. Có tác giả nói trật khớp khuỷu hay gặp ở trẻ em, nhưng ở Việt Nam rất hiếm gặp.

- Trong nhiều trường hợp, có gặp vỡ mỏm trên ròng rọc (mỏm trên lồi cầu trong) kèm theo, trong điều trị chỉ cần nắn khớp, mỏm xương sẽ tự vào theo.

- Hầu hết gặp kiểu trật khớp khuỷu ra sau (hơn 90%).

II. CHỈ ĐỊNH

- Trật khớp kín, đến sớm (3 tuần trở lại).

- Trật khớp khuỷu đơn thuần.

- Trật khớp kèm gãy xương vùng khuỷu không lệch hoặc ít lệch.

- Trật khớp khuỷu kèm gãy xương di lệch, có chỉ định kết hợp xương, nhưng vì nguyên nhân nào đó không thể kết hợp xương được (tương tự như với trật khớp vai, khớp háng), hoặc vì lý do nào đó chưa mổ được, cần nắn khớp rồi chờ mổ kết hợp xương sau theo kế hoạch.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Trật khớp hở.

- Có tổn thương mạch, thần kinh, có hội chứng khoang.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Chuyên khoa chấn thương: 3 (1 kỹ thuật viên chính: là bác sỹ hoặc kỹ thuật viên, 2 trợ thủ viên).

- Chuyên khoa gây mê hồi sức với trường hợp người bệnh gây mê: 2 (1 bác sỹ gây mê, 1 phụ mê).

2. Phương tiện

- 1 bàn nắn thông thường (như kiểu bàn mổ, nếu nơi không có bàn kiểu này thì có thể dùng bàn sắt hoặc bàn gỗ, nhưng cần đảm bảo tiêu chí: nặng, cố định chắc xuống sàn nhà, có mấu để móc đai đối lực).

- Bột thạch cao: cần 2 - 3 cuộn bột cỡ 15 cm, 3 - 4 cuộn cỡ 10 cm.

- Thuốc gây tê, mê và các dụng cụ kèm theo (nếu gây mê, bác sỹ gây mê sẽ chuẩn bị).

- Các dụng cụ khác: đai đối lực, bông băng, cồn sát trùng, dây rạch dọc, dao rạch dọc, nước ngâm bột...

3. Người bệnh

- Thăm khám kỹ tình trạng toàn thân: tri giác, mạch, huyết áp, thở, bụng, ngực...

- Được giải thích kỹ, động viên để họ yên tâm và phối hợp tốt với thầy thuốc trong quá trình làm thủ thuật. Với người bệnh, cần giải thích cho bố mẹ hoặc người thân.

- Cởi hoặc cắt bỏ áo bên tay tổn thương.

- Vệ sinh sạch sẽ vùng tổn thương bằng xà phòng.

- Với người bệnh gây mê, cần dặn nhịn ăn uống ít nhất 5 - 6 giờ.

4. Hồ sơ

- Ghi rõ ngày giờ bị tai nạn, ngày giờ bó bột, cách xử trí, dặn dò, hẹn khám lại.

- Với người bệnh gây mê cần có giấy cam kết chấp nhận thủ thuật, trẻ em thì người nhà ký (cha hoặc mẹ, hoặc người bảo hộ hợp pháp).

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH NẮN VÀ BẤT ĐỘNG TRẬT KHỚP KHUỶU

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh.

3. Thực hiện kỹ thuật

Vì trên 90% là trật khớp khuỷu ra sau nên chúng tôi chỉ mô tả cách nắn trật khớp khuỷu ra sau, còn trật khớp ra trước và trật khớp sang bên là những trường hợp tổn thương nặng, hoặc có gãy xương kèm theo, thường phải mổ.

3.1. Người bệnh

- Tư thế người bệnh: nằm ngửa, nách hơi dạng.

- Đai vải đối lực đặt ở nách, cột chặt vào bàn nắn.

3.2. Các bước tiến hành nan bất động trật khớp khuỷu

3.2.1. Vô cảm

- Trật khớp đến sớm 1 tuần trở lại: tê tại chỗ là đủ, dùng Lidocaine 1%, pha loãng trong 10 ml huyết thanh mặn 0,9% tiêm vào ổ khớp hoặc xung quanh ổ khớp, chờ 5 - 7 phút cho thuốc ngấm, bắt đầu kéo nắn.

- Trật khớp trên 1 tuần đến 3 tuần: gây mê toàn thân (do chuyên khoa gây mê hồi sức thực hiện), trật khớp khuỷu thường nắn nhanh đạt kết quả trong vài phút, nên dùng các loại thuốc gây mê tác dụng nhanh và thoát mê cũng nhanh.

Trường hợp không đủ điều kiện gây mê, có thể gây tê vùng (đám rối thần kinh cánh tay).

3.2.2. Nắn khớp

- Trợ thủ 2: đứng bên đối diện, đỡ cổ tay người bệnh, vẫn giữ cho khuỷu ở tư thế trật khớp (khuỷu nửa gấp nửa duỗi), khi trợ thủ 1 kéo nắn thì đưa nhẹ cổ tay lên phía trên để cho trợ thủ 1 kéo tay người bệnh thì khuỷu không bị duỗi ra gây tổn thương cho xương vùng khuỷu. Sau khi nắn vào khớp, trợ thủ 2 bỏ tay người bệnh, trở lại vai trò giúp việc (ngâm bột, đưa bột...). Luôn nhớ không được đưa tay lên cho khuỷu gấp lại 90°, làm như thế dễ gây tổn thương xương khi kéo nắn khớp.

- Trợ thủ 1: là người kéo: đứng bên tay định nắn, 2 ngón cái đặt sau cẳng tay, các ngón tay còn lại đặt phía trước cẳng tay người bệnh, kéo nhẹ và tăng dần lực theo hướng của trục cánh tay (lúc này khuỷu vẫn đang để ở tư thế trật khớp, nửa gấp nửa duỗi), thời gian kéo từ 3 - 5 phút. Không cầm vào cổ tay để kéo.

- Người nắn chính: Dùng 2 ngón tay cái đẩy mỏm khuỷu ra trước, dùng các ngón tay còn lại đặt ở phía trước cánh tay làm đối lực. Cảm thấy tiếng “khục” là được. Với kỹ thuật viên có kinh nghiệm, người kéo có thể kiêm luôn người nắn: khi kéo, kéo bằng 2 tay, động tác như của trợ thủ 1, kéo đủ thời gian rồi thì từ từ bỏ 1 tay ra để thực hiện động tác nắn. Ngón tay cái đẩy mỏm khuỷu ra trước, 4 ngón còn lại giữ ở phía trước cánh tay làm đối lực. Khi thấy khớp đã vào, đưa khuỷu vào 90°. Thông thường với trật khớp đơn thuần, khớp vào vững, ít khi trật lại, có thể co duỗi thử, thấy khớp trơn tru là tốt. Có thể treo tay tạm tư thế khuỷu 90°cho đi chụp kiểm tra rồi về bó bột, hoặc bó bột Cánh - cẳng - bàn tay rạch dọc rồi mới cho đi chụp kiểm tra sau đều được.

- Với trật khớp kèm vỡ xương (thường gặp vỡ mỏm trên ròng rọc), chỉ cần nắn khớp, trong hầu hết các trường hợp mỏm xương tự vào theo với kết quả rất tốt.

- Nắn xong nên làm động tác co duỗi khớp khuỷu vài lần, nếu mỏm xương kẹt trong ổ khớp có thể tự trôi ra được. Trường hợp kẹt mỏm xương không ra được, phải chuyển mổ sớm, nếu bỏ sót sẽ ảnh hưởng rất xấu đến cơ năng khuỷu.

3.2.3. Bất động

- Với trật khớp vững, trật khớp đơn thuần: có thể làm nẹp bột hoặc bó bột Cánh - cẳng - bàn tay rạch dọc đều được. Cách bó bột Cánh - cẳng - bàn tay

+ Quấn giấy hoặc lồng tất lót Stockinette vùng định bó bột, đặt dây rạch dọc phía trước tay.

+ Đặt nẹp bột phía sau cánh - cẳng - bàn tay.

+ Quấn bột từ trên xuống dưới, từ dưới lên trên theo kiểu xoáy trôn ốc, theo mốc đã định từ trước (từ dưới hõm nách đến khớp bàn - ngón), đủ độ dày thì thôi. Tư thế khuỷu để 90º.

+ Cắt sửa cho bột nhẵn và gọn, rạch dọc bột. Thời gian bất động: trung bình 3 tuần.

- Với trật khớp không vững, trật khớp có kèm vỡ xương: phải bó bột Cánh - cẳng - bàn tay rạch dọc.

- Thời gian bất động với loại trật không vững thường kéo dài hơn (3 - 4 tuần).

VI. THEO DÕI

Thường là theo dõi ngoại trú, những trường hợp sưng nề nhiều nên cho vào viện theo dõi nội trú để kịp thời phát hiện và xử trí các biến chứng có thể xảy ra.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ (thường ít xảy ra tai biến.)

Lưu ý các trật khớp có kèm đụng dập phần mềm nặng và trật khớp có kèm vỡ xương vùng khuỷu, đặc biệt gãy liên lồi cầu xương cánh tay (biến chứng mạch máu) và gãy đài quay (biến chứng thần kinh quay). Cần theo dõi sát, nếu phát hiện có tai biến, chuyển mổ kịp thời.

54. NẮN, BÓ BỘT GÃY CỔ XƯƠNG CÁNH TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

- Gãy cổ giải phẫu xương cánh tay có thể điều trị bảo tồn, còn gãy cổ phẫu thuật, vỡ chỏm xương cánh tay (gãy nội khớp) thì hầu hết phải mổ.

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

- Gãy đầu trên xương cánh tay có thể có trật khớp vai kèm theo. Có 2 loại gãy đầu trên xương cánh tay kèm trật khớp vai hay gặp là: trật khớp vai có vỡ mấu động lớn (chiếm 1/5 đến 1/4 các trường hợp trật khóp vai)) và trật khớp vai có gãy 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 gãy cổ xương cánh tay, việc nắn bảo tồn rất ít đạt kết quả, quá nửa trường hợp là thất bại, phải chuyển mổ.

II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN

- Gãy xương kín. Gãy hở độ I theo Gustilo.

- Gãy xương trẻ em.

- Gãy di lệch ít dưới 1cm và gấp góc dưới 45°.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Gãy hở độ II của Gustilo trở lên.

- Gãy kèm tổn thương mạch máu, thần kinh.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 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 15 cm, 3 - 4 cuộn bột 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. Với người bệnh, cần giải thích cho bố mẹ hoặc người thân.

- Được vệ sinh sạch sẽ vùng xương gãy, cởi bỏ hoàn toàn áo.

- Với người bệnh gây mê, cần nhịn ăn uống ít nhất 5 - 6 giờ, tránh nôn sặc hoặc hiện tượng trào ngược.

4. Hồ sơ

- 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. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Gãy xương kiểu dạng

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

- Trợ thủ 1: 2 tay cầm cổ tay người bệnh kéo thẳng xuống dưới, tư thế dạng tay nhẹ.

- Người nắn chính 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 gãy 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.

3.2. Gãy xương kiểu khép

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

- Người phụ kéo thẳng theo trục cánh tay để sửa di lệch 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.

3.3. Bất động

Với người bệnh trẻ, khỏe: sau khi nắn xong cho bó bột Desault hoặc bột Bột Ngực - vai - cánh tay (Thoraco). Thời gian bất động trung bình 3 - 4 tuần.

VI. THEO DÕI

- Nhẹ thì theo dõi điều trị ngoại trú.

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

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- 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.

- Chú ý các trường hợp gây mê: người bệnh có thể xảy ra biến chứng ngừng thở, mà bột Desault, Bột Ngực - vai - cánh tay (Thoraco) 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.

55. NẮN, BÓ BỘT GÃY TRÊN LỒI CẦU XƯƠNG CÁNH TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

- Đây là loại gãy phổ biến nhất ở trẻ em, thường do ngã chống tay.

- Đường gãy ngoài khớp, thường gãy duỗi, đầu dưới lệch ra sau, vào trong.

- Thăm khám mạch quay là quan trọng và bắt buộc trong tất cả các trường hợp gãy trên lồi cầu xương cánh tay. Nếu nghi ngờ tổn thương mạch phải cho nắn xương sớm, đặt nẹp bột tạm thời, cho làm siêu âm 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 gãy:

Độ 1 gãy không di lệch, độ 2 gãy di lệch dưới 50% thân xương, độ 3 gãy di lệch trên 50% thân xương, độ 4 di lệch hoàn toàn hai đầu gãy.

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

II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN

- Gãy trên lồi cầu xương cánh tay ở trẻ em.

- Gãy xương kín hoặc gãy hở độ I theo Gustilo.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Gãy hở từ độ II trở lên.

- Gãy xương kèm tổn thương mạch máu, hoặc dấu hiệu chèn ép khoang.

- Cân nhắc: người bệnh đến muộn, hoặc có tổn thương thần kinh quay, trẻ lớn trên 15 tuổi, rối loạn dinh dưỡng, 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 người bệnh. Kèm theo là dụng cụ gây tê, gây mê, hồi sức (bơm tiêm, cồn 70°, thuốc chống sốc, mặt nạ bóp bóng, đèn nội khí quản...).

- Bột thạch cao chuyên dụng: với 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 lồng tất lót Stockinette.

- 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 người bệnh, cần giải thích cho bố mẹ hoặc người thân.

- Được vệ sinh sạch sẽ vùng xương gãy, cởi hoặc cắt bỏ tay áo bên tay gãy.

- Với người bệnh gây mê, cần nhịn ăn uống ít nhất 5 - 6 giờ, tránh nôn hoặc hiện tượng trào ngược (nước hoặc thức ăn từ dạ 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. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Các trường khớp gãy không lệch

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

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

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

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

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

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

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

3.3.1. Người bệnh

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

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

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

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

3.3.2. Nắn

- Với di lệch ra sau

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

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

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

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

VI. THEO DÕI

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

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

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

- 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.

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

56. NẮN, BÓ BỘT GÃY POUTEAU- COLLES

I. ĐẠI CƯƠNG

- Gãy đầu dưới xương quay là loại gãy phổ biến nhất vùng cổ tay ở người lớn. Nguyên nhân thường do ngã chống tay. Hay gặp nhất là gãy kiểu Pouteau- Colles. Còn lại là gãy các kiểu khác: các loại gãy nội khớp, gãy mỏm trâm quay, gãy kèm gãy đầu dưới xương trụ hoặc gãy mỏm trâm trụ...

- Gãy Pouteau - Colles (hoặc Colles): là gãy đầu dưới xương quay, đường gãy cách khe khớp cổ tay 2,5 - 3 cm, là loại gãy ngoại khớp, có 2 kiểu di lệch điển hình là di lệch ra ngoài (tạo hình lưỡi lê) và di lệch ra sau (tạo hình dĩa).

- Trong một số ít trường hợp (khoảng 3%) đoạn gãy dưới có thể di lệch vào trong và ra trước (gãy Smiths, hoặc Goyrand).

II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN

- Gãy kín, gãy hở độ I theo Gustilo.

- Gãy đầu dưới xương quay ở trẻ em.

- Tất cả các trường hợp gãy kín đầu dưới xương quay đến sớm.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Gãy hở từ độ 2 trở lên theo Gustilo.

- Gãy xương kèm tổn thương mạch, thần kinh, hội chứng khoang bàn tay.

- 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 10 cm.

3. Người bệnh

- Được giải thích kỹ mục đích của thủ thuật, quá trình tiến hành làm thủ thuật. Với người bệnh 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. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Nắn chỉnh ổ gãy

3.1.1. Người bệnh

- Tư thế người bệnh: nằm ngửa trên bàn, dùng dây đai to bản cố định khuỷu tay vào mấu ngang ở bàn nắn làm đối lực.

- Cẳng tay, bàn tay người bệnh để sấp (nếu gãy kiểu Pouteau - Colles và các di lệch ra sau).

- Gây tê tại chỗ hoặc gây mê tùy từng trường hợp cụ thể.

3.1.2. Các bước tiến hành: dựa vào sự di lệch trên phim XQ để nắn xương

Nắn gãy di lệch kiểu Pouteau - Colles

- Cố định khuỷu tay gấp 90°, sấp cổ bàn tay. Sau khi thuốc tê có hiệu lực:

- Người phụ 1: một tay nắm lấy ngón cái kéo theo trục của xương quay, tay kia nắm các ngón còn lại kéo theo hướng cẳng tay, kéo giãn chừng 3 - 5 phút.

- Người nắn chính: nắn sửa di lệch ra sau bằng 2 cách chính:

+ Cách 1: dùng các ngón tay dài của 2 tay giữ phía trước cẳng tay và cổ tay người bệnh làm đối lực, dùng 2 ngón cái đẩy mạnh vào đầu dưới xương quay để sửa di lệch ra sau. Sau đó nắn nghiêng về phía trụ để sửa di lệch ra ngoài.

+ Cách 2: dùng 1 tay giữ ở phía trước cẳng tay và cổ tay làm đối lực, tay kia dùng cả cùi gan tay (cườm gan tay) đẩy mạnh vào đầu dưới xương quay để sửa di lệch ra sau. Nắn sửa di lệch ra ngoài tương tự như cách 1.

+ Cũng có thể nắn theo cách khác: vì gãy kiểu Pouteau - Colles, do 2 thành xương (thành sau của đoạn trên ổ gãy và thành trước của đoạn dưới ổ gãy) là các diện mặt phẳng tỳ lên nhau, dễ nắn, nên nắn sửa di lệch trong - ngoài xong thì mới nắn sửa di lệch trước - sau. Ngoài ra, có thể nắn bằng cách: đưa đầu dưới gập góc thêm, rồi dùng 2 ngón tay cái đẩy trượt cho 2 diện gãy gối vào nhau rồi đột ngột duỗi cổ tay ra, xương sẽ được nắn vào tốt.

3.2. Bất động: bó bột Cẳng - bàn tay.

3.2.1. Các bước tiến hành bó bột

- Bước 1: Quấn giấy vệ sinh hoặc lồng tất lót Stockinette, 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 tất lót Stockinette 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 gãy xương thuyền, xương bàn 1, đốt 1 ngón 1).

- Bước 4: Rạch dọc bột và băng giữ ngoài bột: có thể rạch bột từ trên xuống hoặc từ dưới lên. Một tay cầm đầu dây nâng cao vuông góc với mặt da, một tay rạch bột theo đường đi của dây, cẩn thận không làm đứt dây. Để dây không bị tuột, nên quặt đầu dây, 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 màu sắc ngón tay trong quá trình mang bột.

3.2.2. Thời gian bất động

Thời gian 04 -05 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 gãy di lệch, tay sưng nề thì cho vào viện theo dõi nội trú.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- 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.

- Hội chứng Sudeck, rối loạn dinh dưỡng: điều trị phục hồi chức năng.

- Tai biến muộn: can lệch (tùy tuổi người bệnh, tùy cơ năng mà quyết định).

57. 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 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 ôtô, 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 sở thấy được ở vùng nếp bẹn. Lâm sàng thấy đùi dạng, xoay ngoài.

+ Kiểu bịt: chỏm xương đùi nằm ở trước hố bịt (ra trước, xuống dưới, và phía trong ổ cối). Lâm sàng thấy đùi dạng và xoay ngoài.

+ Kiểu trung tâm: chỏm xương đùi chui qua chỗ xương gãy ở ổ cối vào trong tiểu khung. Lâm sàng thường khó chẩn đoán, chỉ phát hiện qua phim Xquang.

II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN TRẬT KHỚP HÁNG

- Trật khớp kín. Trật khớp háng đến sớm (3 tuần trở lại).

- Trật khớp háng đơn thuần (không có gãy xương vùng háng kèm theo).

- Trật khớp háng có kèm gãy xương vùng háng nhưng ít di lệch.

- Trật khớp háng có kèm gãy xương vùng háng di lệch nhưng không đủ điều kiện mổ (bệnh toàn thân nặng, các trường hợp khó khăn về kinh tế hoặc người bệnh từ chối mổ).

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Trật khớp hở chưa xử trí phẫu thuật. Trật khớp háng đến muộn (sau 3 tuần).

- Có vỡ xương chậu nặng (gãy Malgaigne). Gãy 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

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 15 cm và vài cuộn bột cỡ 10 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 15 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, tất lót Stockinette, 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 90°, gối gấp 90°. Dùng 1 đai vải đối lực cố định chắc khung chậu vào cáng. Người bệnh được gây mê (việc tiền mê, gây mê, hồi sức do bác sỹ gây mê thực hiện).

2. Tiến hành nắn

- Người nắn quỳ cùng bên chân định nắn.

- Quàng 1 đai vải số 8 qua cổ người nắn, đầu kia đai số 8 qua khoeo người bệnh. Chỉnh đai số 8 sao cho vừa, dài quá đai bị trùng không có lực, ngắn quá người nắn sẽ phải cúi quá cũng không có lực (thường người nắn cúi khoảng 30° là vừa).

- Người nắn từ từ nâng cao cổ và lưng lên, đồng thời dùng 1 tay vít cổ chân người bệnh xuống làm lực đòn bẩy nhằm nâng gối của người bệnh lên cao dễ dàng hơn.

- Kéo từ từ, đủ lực, đủ thời gian (khoảng 5 - 7 phút), khớp sẽ vào, nghe tiếng “khục” là được. Nếu thấy khó khăn, sửa thêm tư thế (nếu trật ở tư thế khép thì cho chân dạng, nếu trật tư thế dạng thì cho chân khép, nếu trật ở tư thế xoay trong thì cho chân xoay ngoài và ngược lại). Nếu vẫn khó vào, dùng đầu gối của mình độn dưới khoeo người bệnh nâng lên (phối hợp với kiểu nắn của Kocher).

- Với người nắn khỏe lại có kinh nghiệm, đôi khi không cần dùng đai số 8, người nắn ngồi lên cổ chân người bệnh như kiểu trẻ em ngồi chơi bập bênh, dùng 1 cẳng tay hoặc 2 cẳng tay bắt chéo dưới khoeo người bệnh để kéo nắn, dùng luôn 2 tay ở dưới khoeo đưa gối người bệnh ra hay vào để sửa tư thế, tùy theo kiểu trật. Lưu ý: kéo nắn kiểu này có thể làm gãy xương cánh tay người nắn.

3. Bất động

- 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, lồng tất lót Stockinette 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.

4. Thời gian bất động

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

VI. THEO DÕI

- Trật khớp háng đơn thuần: theo dõi ngoại trú.

- Trật khớp háng kèm gãy xương hoặc có tổn thương phối hợp: điều trị nội trú.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Chủ yếu tai biến do gây mê, đặc biệt khi người bệnh nằm sấp để nắn (nắn theo phương pháp Stimpson).

58. NẮN, BÓ BỘT GÃY MÂM CHÀY

I. ĐẠI CƯƠNG

- Gãy mâm chày là loại gãy xương nội khớp đầu trên xương chày.

- Là phần xương xốp nên gãy mâm chày sẽ chảy máu ổ gãy nhiều, gây sưng nề, rối loạn dinh dưỡng, có thể kèm theo các tai biến nguy hiểm như hội chứng khoang, tắc mạch.

- Là loại gãy xương dễ liền, ít khi thấy khớp giả.

II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN

- Gãy kín.

- Gãy mâm chày không di lệch hoặc di lệch ít (di lệch và lún dưới 5mm).

- Gãy có di lệch, có chỉ định mổ, nhưng vì một lý do nào đó không mổ được (có bệnh toàn thân nặng, không có điều kiện mổ, từ chối mổ).

- Với những trường hợp gãy nhiều mảnh phức tạp, phẫu thuật kết hợp xương khó khăn có thể điều trị bảo tồn.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không điều trị bảo tồn những trường hợp gãy hở.

- Gãy xương kèm tổn thương mạch máu, thần kinh, hội chứng khoang.

- Thận trọng: những trường hợp sưng nề, nốt phỏng nhiều nên kê chân cao trên khung (có thể kéo liên tục qua xương gót), chờ khi chân bớt nề sẽ bó bột.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 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 khi bó bột.

+ Trường hợp khó, phức tạp: bàn nắn chỉnh hình có hệ thống kéo và căng chỉnh (bàn Pelvie).

- Thuốc gây tê hoặc gây mê. Nếu gây tê: 2 - 3 ống Lidocaine (hoặc Xylocaine) 1% pha loãng trong 5-10 ml nước cất (hoặc huyết thanh mặn 0,9%).

- Nếu gây mê: do bác sỹ gây mê chuẩn bị và thực hiện.

- Bột thạch cao: 4-5 cuộn khổ 15 cm, 3-4 cuộn khổ 10 cm.

- Các dụng cụ phương tiện tối thiểu khác: tất lót Stockinette, bơm tiêm, dịch truyền, dây truyền dịch, dây và dao rạch dọc, cồn tiêm, dụng cụ gây mê hồi sức, nước ngâm bột, băng vải (hoặc băng thun) để quấn ngoài bột...

3. Người bệnh

- Được giải thích kỹ mục đích của thủ thuật, quá trình tiến hành làm thủ thuật. Với người bệnh, cần giải thích cho bố mẹ hoặc người thân.

- Được vệ sinh sạch sẽ vùng xương gãy, cởi bỏ quần bên tổn thương.

- Với người bệnh gây mê, cần nhịn ăn uống ít nhất 5 - 6 giờ, tránh nôn hoặc hiện tượng trào ngược.

4. Hồ sơ

- 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. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Nắn chỉnh ổ gãy

- Tư thế người bệnh: Nằm ngửa trên bàn, tốt nhất là bàn chỉnh hình.

- Gây tê tại chỗ hoặc gây mê (nếu gây mê, do bác sỹ gây mê tiến hành).

- Sát trùng rộng vùng khớp gối, đi găng vô khuẩn hút máu tụ trong khớp gối.

- Kéo thẳng trục, giữ cho phần mềm quanh gối căng. Người nắn chính dùng 2 tay đẩy ép mảnh gãy về vị trí.

3.2. Bất động: Bó bột Đùi - cẳng - bàn chân rạch dọc.

3.2.1. Bó bột trên bàn nắn thông thường

- Bước 1: Quấn lót chân bằng giấy vệ sinh, hoặc bông, hoặc lồng tất lót Stockinette. Vùng khớp gối và cổ chân cần độn lót dầy hơn tránh đau và sự tỳ đè gây loét. Đặt dây rạch dọc trước đùi, gối, cẳng bàn chân (cho bột cấp cứu). Dây rạch dọc nên để dài một chút cả về 2 đầu, đầu trên lên quá nếp bẹn chừng 20-30cm, đầu dưới nên cài vào kẽ ngón 2-3, vòng quanh ngón 2 để dây khỏi tuột khi rạch bột.

- Bước 2: bó bột thì 1 (bó bột Cẳng - bàn chân): Dùng độn gỗ kê dưới khoeo người bệnh. Rải và đặt 1 nẹp bột tăng cường ở phía sau cẳng, bàn chân để tiến hành bó bột cẳng - bàn chân. 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 dày thì được. Lưu ý 3 điểm:

+ Một là: vùng trước cổ chân cũng giống như vùng trước của khuỷu tay, nếu bó không khéo thì bột sẽ bị căng như 1 dây cung, vừa xấu bột, vừa không bất động được tốt. Nên dùng bột cỡ nhỏ và nhiều khi dùng kéo cắt xẻ tà (cắt bán phần băng bột khi bó bột đến cổ chân), để xử trí hiện tượng căng bột, bột sẽ đẹp hơn.

+ Hai là: Nơi mép trên của bột bó thì 1, nên bó mỏng dần, nếu bó dầy vuông thành sắc cạnh, khi bó bột thì 2 nối vào, bột dễ bị cộm hoặc dễ long lở, gãy bột.

+ Ba là: nên làm nhanh tay, vì bột bó 2 thì, nếu làm chậm, bột thì 1 đã khô cứng hẳn, sẽ khó kết dính tốt với bột bó ở thì 2.

- Bước 3: bó bột thì 2 (bó tiếp bột lên đùi): Bỏ độn gỗ, 1 trợ thủ viên cầm cổ chân kéo chếch chân người bệnh lên, 1 trợ thủ viên dùng 2 tay đỡ dưới đùi người bệnh và kỹ thuật viên chính tiến hành bó bột. Rải tiếp 1 nẹp bột to bản, ngâm nhanh, vắt ráo nước và đặt phía sau đùi, đầu dưới nẹp gối lên mép bột vừa bó ở thì 1. Dùng bột 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.

3.2.2. Bó bột trên bàn chỉnh hình (Pelvie): vẫn bó 2 thì, nhưng khác là:

+Thì 1: bó ống bột trước, bột ở gần cổ chân cũng bó mỏng dần, để khi bó bột thì 2 nối vào, bột khỏi bị cộm, đẹp và không bị đau.

+Thì 2: Bó nối thêm bột ở cổ chân, bàn chân: sau khi bó xong ống bột, đỡ người bệnh khỏi bàn Pelvie, đặt nằm trên bàn thường, bó nối tiếp phần bột ở cổ, bàn chân. Nếu bột cấp cứu thì rạch dọc bột.

3.2.3. Bột Đùi - cẳng - bàn chân que ngang

- Để chống di lệch xoay, bằng cách bó đến cổ chân được 4 - 5 lớp thì đặt 1 que ngang dưới vùng gót (que ngang này đặt song song với mặt phẳng nằm ngang), bó tiếp bột ra ngoài, đến khi xong.

- Với gãy rạn mâm chày, có thể bó ống bột rạch dọc.

3.3. Thời gian bất động bột: với trẻ em tùy theo tuổi.

VI. THEO DÕI

- Những trường hợp nặng, nên cho vào viện theo dõi và điều trị nội trú.

- Gãy mâm chày là một loại gãy cần phải theo dõi chu đáo, để phát hiện sớm các biến chứng như: chèn ép bột, hội chứng khoang. Phải theo dõi hàng giờ tình trạng của chi.

- Cần kê chân cao, theo dõi sát cảm giác đau của người bệnh, vận động, cũng như màu sắc, nhiệt độ của ngón chân (giống như với gãy cẳng chân ở vị trí 1/3 trên).

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Với những trường hợp biến chứng mạch máu, hội chứng khoang cần phải siêu âm Doppler (hoặc chụp mạch), mổ cấp cứu để xử trí tổn thương.

- Chân sưng nề, rối loạn dinh dưỡng: nới bột rộng rãi, kê cao chân, thuốc chống sưng nề...

59. BÓ BỘT ỐNG TRONG GÃY XƯƠNG BÁNH CHÈ

I. ĐẠI CƯƠNG

- Xương bánh chè 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 gãy 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 gãy chéo hoặc gãy 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

- 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.

- Các trường hợp gãy 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

- Không điều trị bảo tồn với trường hợp gãy hở xương bánh chè.

- 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 10 - 15cm.

3. Người bệnh

- Được giải thích kỹ mục đích của thủ thuật, quá trình tiến hành làm thủ thuật. Với người bệnh, cần giải thích cho bố mẹ hoặc người thân.

- Được vệ sinh sạch sẽ vùng gối.

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. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Nắn chỉnh ổ gãy

- Tư thế người bệnh: Nằm ngửa trên bàn, tốt nhất là bàn chỉnh hình.

- 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.

3.2. Bất động: bó ống bột rạch dọc.

3.2.1. 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 70° rộng rãi, trải toan lỗ đã hấp tiệt trùng, đi găng hấp. Chọc hút: dùng bơm tiêm 20 ml hoặc to hơn, kim to và dài, chọc ở vị trí túi cùng cơ tứ đầu đùi ngoài (phần căng phồng ở phía trên - ngoài của cực trên xương bánh chè). Chỉ cần chọc hút ở 1 vị trí trên, do các túi cùng thông nhau, dịch hoặc máu tụ sẽ ra tốt. Không cố hút hết dịch hoặc máu, còn một ít, dịch hoặc máu sẽ tự tiêu trong 1 vài tuần.

3.2.2. Các bước tiến hành bó bột

- Bước 1: Quấn giấy hoặc lồng tất lót Stockinette, 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).

3.3. 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 nhu gãy 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.

60. NẮN, BÓ BỘT TRẬT KHỚP GỐI

I. ĐẠI CƯƠNG

- Trật khớp gối là một chấn thương tuy ít gặp nhưng thường là nặng, gây tổn thương nặng phần mềm và các cấu trúc giữ vững khớp gối. Bên cạnh các tổn thương dây chằng, bao khớp, sụn chêm... có thể gây tổn thương mạch máu, thần kinh, hội chứng khoang.

- Trật khớp gối nắn thường dễ, nhưng hậu quả về lâu dài thì thường để lại di chứng lỏng khớp, phải phẫu thuật để tái tạo dây chằng.

- Trật khớp gối có kèm gãy xương thường nặng và có chỉ định mổ.

II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN

Nắn trật khớp gối là phương pháp điều trị đầu tiên, cần thiết cho mọi trường hợp trật khớp gối do chấn thương. Kể cả các trường hợp phải mổ thì nắn và bất động bột để chờ mổ cũng là một việc làm hết sức hữu ích.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không điều trị bảo tồn những trường hợp trật hở khớp gối.

- 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 15 cm, 3-4 cuộn khổ 10 cm.

3. Người bệnh

- Được giải thích kỹ mục đích của thủ thuật, quá trình tiến hành làm thủ thuật. Với người bệnh, 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. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Nắn chỉnh

Trật khớp gối làm tổn thương toàn bộ các dây chằng và các phương tiện giữ khớp khác, nên việc nắn vào khớp thường không khó, nhưng nắn xong khớp lại rất dễ trật ra.

- Tư thế người bệnh: Nằm ngửa trên bàn, tốt nhất là bàn chỉnh hình.

- Gây tê tại chỗ hoặc gây mê.

- Hút máu tụ khớp gối ở vùng túi cùng ngoài của cơ tứ đầu đùi.

- Người phụ đứng giữ phần trên người bệnh bằng cách giữ tay qua nách người bệnh. Người nắn 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.

3.2. Bất động: ống bột rạch dọc.

3.2.1. 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 70° rộng rãi, trải toan lỗ đã hấp tiệt trùng, đi găng hấp. Chọc hút: dùng bơm tiêm 20 ml hoặc to hơn, kim to và dài, chọc ở vị trí túi cùng cơ tứ đầu đùi ngoài (phần căng phồng ở phía trên - ngoài của cực trên xương bánh chè). Chỉ cần chọc hút ở 1 vị trí trên, do các túi cùng thông nhau, dịch hoặc máu tụ sẽ ra tốt. Không cố hút hết dịch hoặc máu, còn một ít, dịch hoặc máu sẽ tự tiêu trong 1 vài tuần.

3.2.2. Các bước tiến hành bó bột

- Bước 1: Quấn giấy hoặc lồng tất lót Stockinette, 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. Cắt sửa bột cho nhẵn, gọn. 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...).

61. NẮN, BÓ BỘT GÃY MONTEGGIA

I. ĐẠI CƯƠNG

- Đây là loại gãy xương đặc biệt, được Monteggia mô tả vào năm 1814, là gãy thân xương trụ gập góc, di lệch và trật chỏm xương quay.

- Cần phát hiện sớm và điều trị kịp thời, nếu điều trị muộn thường để lại di chứng nặng nề.

- Theo tác giả Bado thì có 4 kiểu gãy:

+ Kiểu 1: Gãy 1/3 trên xương trụ gập góc mở ra sau và trật chỏm xương quay ra trước, chiếm 60% trong gãy Monteggia.

+ Kiểu 2: Gãy 1/3 trên xương trụ gập góc mở ra trước và trật chỏm xương quay ra sau, có khi gãy chỏm quay, chiếm 15%.

+ Kiểu 3: Gãy xương trụ ở hành xương dưới mỏm vẹt và trật chỏm quay ra ngoài, thường gặp ở trẻ em, chiếm 20%.

+ Kiểu 4: Gãy xương trụ 1/3 trên gập góc, trật chỏm xương quay ra trước kèm gãy 1/3 trên xương quay dưới lồi củ nhị đầu.

II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN

- Gãy kín, gãy hở độ I, đến sớm (1 tuần trở lại).

- Gãy Monteggia ở trẻ em dưới 15 tuổi.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Gãy hở độ II theo Gustilo trở lên.

- Gãy kín nhưng đến muộn (trên 1 tuần).

- Hội chứng chèn ép khoang, hoặc có thương tổn mạch máu, thần kinh.

- Gãy Monteggia trong tình trạng đa chấn thương, shock, nguy cơ tử vong.

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

- 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, thêm vài cuộn cỡ 10 cm để bó vùng cổ tay.

3. Người bệnh

- Được giải thích kỹ mục đích của thủ thuật, quá trình tiến hành làm thủ thuật. Với người bệnh 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 NẮN, BẤT ĐỘNG

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Người bệnh

- Nằm ngửa trên bàn nắn thông thường, cởi bỏ áo bên định nắn bó bột.

- Gây tê tại chỗ ổ gãy bằng Xylocaine hoặc Lidocaine (2 ống 1% pha loãng trong 5 ml nước cất hoặc dung dịch Natriclorua 0,9%). Trường hợp nặng hoặc trẻ em: gây mê nhanh toàn thân, theo đường tĩnh mạch (do bác sỹ gây mê thực hiện).

- Vai người bệnh để dạng, đặt 1 đai vải đối lực ở trên khuỷu, cẳng bàn tay để sấp.

3.2. Các bước tiến hành

3.2.1. Nắn

- Thực chất nắn chỏm quay vào khớp là quan trọng, nắn xương trụ được là tốt, nếu còn di lệch ít thì thôi, di lệch nhiều thì mổ kết hợp xương sau (mổ có chuẩn bị). Không được nắn sớm, chỏm quay trật lâu ngày nắn khó đạt kết quả, kể cả mổ đặt lại cũng rất khó khăn, thường để lại hậu quả rất xấu về cơ năng.

- Trợ thủ 1: 1 tay cầm vào ngón cái, 1 tay nắm 4 ngón còn lại (hoặc 2 tay nắm cổ tay người bệnh) kéo xuống theo trục cẳng tay, vừa kéo vừa xoay cẳng tay sấp vào trong đến tối đa và gấp dần khuỷu lại (khi bó bột nhớ nhả lại, không bó ở tư thế sấp tối đa này nữa mà chỉ ở tư thế sấp nhẹ).

- Người nắn chính: sau khi trợ thủ kéo như trên đủ thời gian (3 - 5 phút), căn cứ cụ thể vị trí chỏm quay đã xác định qua phim điện quang, dùng ngón tay cái đẩy vào vị trí (bắt khớp với lồi cầu xương cánh tay), chỏm quay vào khớp có thể cảm thấy tiếng “khục” nhỏ, hoặc cảm giác chỏm quay vào khớp có thể truyền vào tay người nắn, nếu người nắn có kinh nghiệm. Khi nắn xong chỏm quay, nắn sửa thêm xương trụ. Với trường hợp xương trụ gãy chéo, không cần nắn mà ổ gãy vẫn tự vào với nhau, vì một khi chỏm quay đã vào khớp sẽ có tác dụng giữ đủ độ dài cho xương trụ.

3.2.2. Bó bột: bó Bột Cánh - cẳng - bàn tay.

- Sau khi nắn xong, tháo bỏ đai vải, trợ thủ 1 đỡ tay cho người nắn chính tiến hành bó bột. Trợ thủ 2 và 3 giúp việc (quấn giấy hoặc lồng tất lót Stockinette, đỡ tay, ngâm bột, vớt bột, vắt bột, đặt dây rạch dọc, chạy ngoài...)

- Nhớ rạch dọc bột hoàn toàn.

- Luôn luôn chú ý giữ sao cho chỏm quay không bị trật lại bằng cách cho khuỷu gấp quá 90°, bột cũng bó ở tư thế khuỷu gấp quá 90°.

3.2.3. Thời gian bất động

Trong thời gian mang bột: Sau 7-10 ngày chụp kiểm tra, nếu chỏm quay trật lại hoặc xương trụ di lệch: mổ đặt lại khớp và kết hợp xương. Nếu kết quả chụp kiểm tra tốt: thay bột tròn ở tư thế cơ năng, thay bột xong vẫn cần chụp kiểm tra lần nữa xem chỏm quay có bị trật hoặc xương trụ có bị di lệch do quá trình thay bột hay không.

VI. THEO DÕI

Thường theo dõi điều trị ngoại trú, chỉ cần điều trị theo dõi nội trú với các trường hợp có tổn thương phối hợp hoặc có sưng nề, rối loạn dinh dưỡng.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Tai biến mạch máu ít gặp.

- Tai biến thần kinh cũng ít, nếu có, chủ yếu gặp liệt thần kinh quay (thường do căng giãn do chỏm quay khi trật đã co kéo thần kinh quay căng giãn theo. Với tổn thương này, không cần mổ, theo dõi, thần kinh quay thường hồi phục sau vài tháng, có trường hợp sau 6 tháng mới phục hồi hoàn toàn. Không phục hồi sẽ mổ chuyển gân sau.

- Bỏ sót trật lại chỏm quay: nắn tốt nhưng việc theo dõi không tốt, chỏm quay trật lại mà không biết, không xử trí sớm, chỏm quay trật lâu ngày không nắn được. Việc mổ đặt lại khớp và tái tạo dây chằng rất khó khăn, nhiều khi phải bất đắc dĩ mổ cắt bỏ chỏm quay.

62. NẮN, BÓ GÃY XƯƠNG GÓT

I. ĐẠI CƯƠNG

- Gãy xương gót nguyên nhân chính là ngã cao, hai gót chân tiếp đất, trọng lượng của cơ thể dồn xuống làm vỡ dọc và ngang xương gót. Cơ chế này thường kèm gãy cột sống.

- Điều trị phẫu thuật cũng như bảo tồn còn nhiều khó khăn, kết quả chưa được tốt.

- Di chứng: can lệch xương gót, trật khớp sên gót, đi lại đau đớn kéo dài, gót chân bẹt ra ảnh hưởng thẩm mỹ nữa.

- Chẩn đoán lâm sàng

+ Nhìn từ phía sau khi người bệnh đứng: gót chân bè rộng, vẹo ngoài, gót chân phẳng hơn.

+ Bầm tím máu tụ ở mặt trong bàn chân.

+ Khi đứng tỳ đè đau, phần nhiều là không đứng được.

- Cận lâm sàng

+ Chụp X quang: thẳng và nghiêng. Đặc biệt phim thẳng thấy rõ toàn bộ xương gót. Phim thẳng xương gót, bóng phải để 1 góc 400 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 - 400. 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 GÃY 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 gãy còn dính với phần thân xương: điều trị bảo tồn.

3. Vỡ mỏm chân đế gót di lệch ít (không quá 2mm)

4. Gãy thân xương gót không kèm theo trật khớp sên gót

5. Gãy thân xương gót kèm theo tổn thương mặt khớp sên gót, nhưng xương gãy ít lệch

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Gãy xương hở, hoặc gãy xương gót có kèm vết thương khớp cổ chân, gãy hở các xương khác vùng cổ bàn chân.

- 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 trọng lượng người bệnh. Kèm theo là dụng cụ gây tê, gây mê, hồi sức (bơm tiêm, cồn 70°, thuốc chống sốc, mặt nạ bóp bóng, đèn nội khí quản...).

- Bột thạch cao: 6 - 8 cuộn, cỡ 15 cm.

- Giấy vệ sinh, bông cuộn hoặc lồng tất lót Stockinette.

- Dây rạch dọc (dùng cho bột cấp cứu, khi tổn thương 7 ngày trở lại).

- Dao hoặc của 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 người bệnh, cần giải thích cho bố mẹ hoặc người thân.

- Được vệ sinh sạch sẽ, cởi hoặc cắt bỏ quần bên chân gãy.

- Với người bệnh gây mê, cần nhịn ăn uống ít nhất 5-6 giờ, tránh nôn hoặc hiện tượng trào ngược (nước hoặc thức ăn từ dạ 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. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Người bệnh

Tư thế: nằm sấp, gối gấp 900 cẳng chân dựng ngược lên trên, gan chân thẳng góc lên trên.

3.2. Các bước tiến hành

3.2.1. Nếu gãy không lệch

Chỉ bó bột Cẳng - bàn chân tư thế cơ năng (cổ chân 900), rạch dọc bột. Thời gian bất động chỉ cần 4 - 5 tuần.

3.2.2. Nếu gãy di lệch

- Nắn: người nắn dùng 2 ngón tay cái đẩy vào gốc gân Achille, nơi gân Achille bám vào lồi củ xương gót, đẩy cho xương gót theo hướng ngược với lực co của gân Achille, đồng thời trợ thủ kéo cho bàn chân duỗi ra tối đa, đồng thời 1 tay đẩy vào đỉnh vòm gan chân, thực tế là làm gấp thêm gan chân tối đa.

- Bất động: bó bột Cẳng - bàn chân:

+ Sau khi nắn, đỡ chân tư thế cổ chân duỗi tối đa, gan chân gấp, lật người bệnh nằm ngửa, quấn bông hoặc giấy vệ sinh đủ dày, đặt dây rạch dọc.

+ Đặt 1 nẹp bột sau cẳng bàn chân.

+ Quấn bột vòng tròn kiểu xoáy 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 thế cổ chân 90°, để người bệnh tập đi.

- Khi người bệnh không đi, cho gác cao chân (gãy xương gót thường sưng nề nhiều).

- Trường hợp nắn khó, có thể nắn bằng cách xuyên 1 đinh Steinmann, khi đầu đinh sắp tới ổ gãy thì cầm đinh để bẩy xương mà nắn, kiểm tra bằng màn tăng sáng (không có màn tăng sáng thì ước lượng bằng kinh nghiệm), rồi xuyên tiếp lên qua xương sên, xương gót ở phía trước trên. Bó bột Cẳng - bàn chân như trên, lượn vòng qua đầu đinh, để thò đầu đinh ra ngoài, rút đinh sau khi tháo bột (cũng có thể rút đinh sớm hơn, khi đã hình thành can non).

- Xương gãy di lệch nhiều, hoặc gãy xương kèm trật khớp sên gót, nắn không kết quả thì chuyển mổ đặt lại xương, đặt lại khớp, phục hồi vòm gan chân, găm 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.

63. NẸP, MÁNG 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 1/2 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 tất lót Stockinette để bột không dính trực tiếp vào da của người bệnh.

- Nước ngâm bột (mùa lạnh cần dùng nước ấm, khoảng 30 - 35°).

- 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

Theo quy định của Bộ Y tế.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH LÀM NẸP BỘT, MÁNG BỘT

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh.

3. Thực hiện kỹ thuật

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.

3.1. Nẹp bột Cẳng - bàn tay

- Giới hạn từ mỏm khuỷu đến khớp bàn - ngón tay.

- Quấn giấy vệ sinh hoặc lồng tất lót Stockinette 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 gãy 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.

3.2. 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 90°, 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.

3.3. 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 lồng tất lót Stockinette.

- 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.

3.4. 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 gãy 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.

3.5. Nẹp bột Đùi - cổ chân

Cách làm tương tự như nẹp bột Đùi - cẳng - bàn chân, nhưng chỉ làm đến cổ chân.

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 xảy 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...).

64. HỒI SỨC SƠ SINH NGẠT SAU SINH

1. ĐẠI CƯƠNG

Hồi sức sơ sinh (HSSS) cho trẻ ngạt là các bước hỗ trợ hô hấp và tuần hoàn cho trẻ không thể tự thở ngay sau đẻ. HSSS bao gồm giữ ấm và các bước thông đường thở, thông khí áp lực dương, ấn ngực, đặt nội khí quản và sử dụng thuốc. Tùy vào tình trạng của trẻ, có thể cần thực hiện một hoặc nhiều bước trong số này để đạt được hiệu quả hồi phục tối ưu. Các bước này cần được thực hiện kịp thời, chính xác, đảm bảo hiệu quả và an toàn cho trẻ sơ sinh

2. CHỈ ĐỊNH

- Trẻ không khởi phát được nhịp thở ngay sau sinh: nguyên nhân có thể do thiếu oxy trong quá trình chuyển dạ và sinh, ảnh hưởng của thuốc dùng cho mẹ, dị tật não bẩm sinh

- Tắc nghẽn cơ học đường thở do phân su, chất gây, máu, nút nhầy, bất thường giải phẫu đường thở.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Xem xét không hồi sức đối với các trường hợp sau:

- Trẻ có tuổi thai < 23 tuần hoặc < 400 gam (nếu cơ sở có năng lực chăm sóc trẻ nhóm tuổi thai này, có thể xem xét thực hiện hồi sức tùy từng trường hợp)

- Trẻ dị tật bẩm sinh nặng tiên lượng tử vong gần: thai vô não, ba nhiễm sắc thể 13 (Hội chứng Patau), ba nhiễm sắc thể 18 (Hội chứng Edwards).

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Người đầu tiên tiếp xúc với trẻ như nữ hộ sinh, điều dưỡng, kỹ thuật viên, bác sĩ sản khoa

- Người có kỹ năng hồi sức nâng cao thực hiện được các bước đặt nội khí quản, đặt ống thông tĩnh mạch rốn thường là bác sĩ nhi/nhi sơ sinh, bác sĩ/kỹ thuật viên gây mê.

- Khi xác định trẻ cần hồi sức, cần gọi thêm ít nhất 2 người đến hỗ trợ.

- Tại mọi thời điểm phải có ít nhất một nhân viên y tế thành thạo tất cả các bước hồi sức sơ sinh.

- Tùy theo mức độ hồi sức, nhân lực cần thiết như sau:

+ Khi trẻ cần hỗ trợ thông khí áp lực dương, cần ít nhất 02 nữ hộ sinh/điều dưỡng, lý tưởng là 01 bác sĩ và ít nhất 01 nữ hộ sinh/điều dưỡng đã được đào tạo về hồi sức sơ sinh

+ Khi trẻ cần thông khí áp lực dương và ấn ngực, cần ít nhất 01 bác sĩ, 02 nữ hộ sinh/điều dưỡng

+ Khi trẻ cần đặt nội khí quản, thuốc adrenalin, cần ít nhất 01 bác sĩ và 03 điều dưỡng/nữ hộ sinh

4.2. Thuốc, trang thiết bị y tế và vật tư

4.2.1. Giường sưởi hồi sức sơ sinh

- 01 Giường hồi sức sơ sinh có sưởi ấm

+ Đặt cách bàn sinh hoặc bàn mổ trong vòng 2 mét, dễ dàng tiếp cận và có đủ không gian để thực hiện hồi sức.

+ Nếu không có đủ giường hồi sức, nên thiết kế giường hồi sức có thể di chuyển dễ dàng đưa vào phòng sinh, phòng mổ trước mỗi cuộc sinh.

- Bật giường sưởi 15 phút trước khi sinh

4.2.2. *Hỗ trợ cho đường thở*

Trang thiết bị

- 01 máy hút được cài đặt áp lực 80–100 mmHg

- 01 đèn soi thanh quản lưỡi thẳng, đảm bảo đủ độ sáng, với các cỡ:

+ Số 00: trẻ cực non

+ Số 0: trẻ đẻ non

+ Số 1: trẻ đủ tháng

Vật tư

- 01-02 ống nội khí quản cỡ 2.5; 3.0; 3.5; 4.0, ưu tiên loại không có bóng chèn
- 01- 03 ống hút các cỡ 6F, 8F, 10F, 12F
- 01 que thông nòng
- 01 kéo y tế
- 01 mặt nạ thanh quản số 1 trong 1 số trường hợp bất thường đường thở
- 01 ống thông mũi – hầu (sử dụng trong một số trường hợp cần thiết như chẩn đoán trước sinh có khối u lớn chèn ép vùng hầu họng, hội chứng Pierre Robin)
- Băng dính y tế

4.2.3. Hỗ trợ thông khí

Trang thiết bị

- 01 bóng tự phồng 240 - 350 mL kèm túi dự trữ oxy hoặc bóng phồng theo lưu lượng có van an toàn áp lực và áp lực kế hoặc dụng cụ chữ T
- Nguồn khí y tế và bộ trộn khí giúp kiểm soát nồng độ oxy phù hợp

Vật tư

- 01-02 mặt nạ đủ kích cỡ cho trẻ cực non, rất non, non và đủ tháng
- 01-02 ống thông dạ dày cỡ 5F, 6F, 8F

4.2.4. *Hỗ trợ tuần hoàn*

Thuốc và Vật tư

- 03-05 ống tiêm loại 1mL, 5mL, 10mL, 20mL, 50mL
- 01-03 kim luồn mỗi loại: 24G (dùng đặt đường truyền ngoại vi), 18G, 20G và chạc 3 (dùng trong thủ thuật chọc hút dịch hoặc khí màng phổi)
- Dụng cụ đặt ống thông tĩnh mạch rốn (Xem Quy trình kỹ thuật đặt ống thông tĩnh mạch rốn - Hướng dẫn quốc gia 2025)
- 01 ống Adrenalin 1/10.000 (0,1 mg/1mL): chuẩn bị bằng cách pha 1 ống 1 mg/mL với 9 mL dung dịch natri clorid 0,9%

4.3. Người bệnh

- Sau khi ra đời, trẻ được lau khô toàn thân kỹ lưỡng, thay khăn khô, đội mũ> Nếu trẻ không thở được hoặc thở nấc thì kẹp và cắt dây rốn, giữ ấm, kích thích trẻ trong khi di chuyển đến giường hồi sức.
- Sau mỗi bước hồi sức, trẻ phải được đánh giá tình trạng hô hấp, nhịp tim và màu da để quyết định bước tiếp theo

4.4. Hồ sơ bệnh án

- Ghi điểm APGAR, tình trạng của trẻ khi ra đời
- Ghi cụ thể các biện pháp hồi sức đã thực hiện cho trẻ, tình trạng của trẻ sau khi hồi sức
- Đánh giá tuổi thai, cân nặng, tình trạng nước ối và các nguy cơ khác (tình trạng bệnh lý và thai nghén của người mẹ)

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Nguyên tắc

- Giữ ấm cho trẻ
- Khai thông đường thở
- Thông khí hiệu quả
- Đảm bảo tuần hoàn
- Sử dụng thuốc khi cần

5.2. Các bước hồi sức

Mọi trẻ sinh ra cần được chăm sóc theo đúng quy trình dành cho trẻ thở được và không thở được theo hướng dẫn chăm sóc sơ sinh thiết yếu sớm. Ngay sau sinh, cần nhanh chóng thực hiện chăm sóc và đánh giá theo các bước sau:

Bước 1 - Lau khô và đánh giá trẻ

Lau khô toàn thân kỹ lưỡng, thực hiện đánh giá trẻ trong lúc lau khô ngay trên bụng mẹ đối với trẻ đẻ thường hoặc giữa 2 đùi mẹ đối với trẻ đẻ mổ và thay khăn khô, đội mũ. Đánh giá ngay:

- Nếu trẻ khóc hoặc thở được: tiếp tục thực hiện quy trình chăm sóc sơ sinh thiết yếu sớm với da kề da ít nhất 90 phút và sau khi trẻ hoàn tất cữ bú đầu tiên.

- Nếu trẻ không thở hoặc thở nấc: tiến hành kẹp cắt rốn, chuyển trẻ sang giường hồi sức, tiếp tục kích thích trẻ trong khi di chuyển và thực hiện các bước hồi sức sơ sinh tiếp theo.

Bước 2 - Đặt tư thế và làm thông thoáng đường thở cho trẻ không thở hoặc thở nấc

- Đặt trẻ nằm ngửa, tư thế trung gian

- Không hút đàm nhớt và dịch tiết một cách thường quy cho mọi trẻ không thở, chỉ hút khi có bằng chứng tắc nghẽn do phân su hoặc đàm nhớt.

- Nếu quan sát thấy miệng mũi chứa đầy dịch tiết, dùng ống thông hút miệng rồi sau đó hút ở mũi:

+ Hút miệng: đưa ống thông vào miệng với độ sâu khoảng 5cm, hút trong khi rút ống thông ra.

+ Hút mũi: đưa ống thông vào mũi với độ sâu khoảng 2-3cm, hút trong khi rút ống thông ra.

+ Trong trường hợp có dịch lẫn phân su, sử dụng ống thông hút nhớt kích thước lớn từ 10F trở lên để làm sạch đường thở. Hút dịch ối phân su qua nội khí quản không được khuyến cáo thường quy.

Bước 3 - **Thông khí áp lực dương**

Khi trẻ không tự thở hoặc thở nấc, thực hiện thông khí áp lực dương bằng bóng và mặt nạ hoặc dụng cụ hồi sức chữ T nếu có (Dụng cụ hồi sức ống T được ưu tiên chọn lựa). Dụng cụ hồi sức chữ T được cài áp lực ban đầu PIP 25-30 cmH2O đối với trẻ từ 32 tuần trở lên, 20-25 cmH2O đối với trẻ dưới 32 tuần, PEEP 5-6 cmH2O. Tần số thông khí áp lực dương là 30-60 lần/phút, theo nhịp: “Thở-2-3-Thở-2-3…”.

- Đặt mặt nạ có kích thước phù hợp, thực hiện thông khí áp lực dương theo đúng quy trình kỹ thuật (Xem *Quy trình kỹ thuật thông khí áp lực dương - Hướng dẫn quốc gia 2025)*

- Quan sát lồng ngực khi bóp bóng 2-3 nhịp đầu tiên. Nếu lồng ngực không di động, thực hiện các bước điều chỉnh thông khí theo trình tự:

+ Kiểm tra sự áp kín của mặt nạ

+ Chỉnh lại tư thế đầu và cổ trẻ

→ Sau đó bóp bóng 5 nhịp, nếu lồng ngực di động, tiếp tục thực hiện bóp bóng. Nếu lồng ngực không di động:

+ Hút miệng, mũi nếu có tắc nghẽn

+ Mở miệng trẻ

→ Sau đó bóp bóng 5 nhịp, nếu lồng ngực di động, tiếp tục thực hiện bóp bóng. Nếu lồng ngực không di động:

+ Tăng áp lực thông khí

Trong vòng 15 giây đầu tiên (khoảng 10 nhịp bóp bóng) phải đảm bảo lồng ngực di động – là dấu hiệu thông khí có hiệu quả.

Lưu ý: Nguyên nhân thường khiến lồng ngực kém di động là mặt nạ không áp kín. Do đó, sau các bước điều chỉnh mà lồng ngực vẫn không di động hoặc di động kém, cần áp dụng thủ thuật nâng hàm và giữ mặt nạ bằng 2 tay giúp mặt nạ áp kín hơn.

- Trường hợp nước ối có phân su đặc quánh: Nếu lồng ngực không di động sau khi thực hiện đúng các bước điều chỉnh, dùng đèn soi thanh quản để quan sát vùng hầu họng, dùng ống thông hút nhớt cỡ lớn nhất để hút sạch phân su vùng hầu họng; hút qua khí quản nếu quan sát thấy dịch ối và phân su gây tắc nghẽn, có thể sử dụng ống hút trực tiếp hoặc hút qua nội khí quản với bộ phận nối chuyên dụng.

- Nồng độ oxy cài đặt ban đầu

+ Đối với trẻ <32 tuần: bắt đầu với FiO2 30%

+ Đối với trẻ 32 - 34 tuần: bắt đầu với FiO2 21 - 30%

+ Đối với trẻ ≥35 tuần: bắt đầu với FiO2 21%



Kỹ thuật thông khí bằng bóng tự phồng cho trẻ đủ tháng



Kỹ thuật thông khí bằng dụng cụ chữ T cho trẻ sinh non

Hình 1: Kỹ thuật thông khí áp lực dương

Lưu ý: Trong quá trình hồi sức, bất cứ khi nào trẻ bắt đầu khóc và thở, giảm dần và ngừng bóp bóng, đưa trẻ về da kề da với mẹ. Có thể cần hỗ trợ CPAP hoặc oxy tùy mức độ gắng sức và tuổi thai.

Bước 4 - Đánh giá lại trẻ sau 30 giây thông khí hiệu quả

Đánh giá lại trẻ sau 30 giây thông khí hiệu quả (tính từ lúc lồng ngực di động và duy trì lồng ngực di động theo các nhịp bóp bóng trong thời gian 30 giây)

- **Nếu trẻ có nhịp tự thở:** giảm dần tần số thông khí áp lực dương đến khi trẻ tự thở tốt, chuyển trẻ sang thực hiện da kề da với mẹ, theo dõi sát tình trạng trẻ và thực hiện các bước chăm sóc thiết yếu tiếp theo.

- **Nếu tần số tim >100 lần/phút nhưng trẻ chưa có nhịp tự thở hiệu quả**: Trong một số trường hợp tần số tim cải thiện và ổn định nhưng trẻ cần thông khí kéo dài, cân nhắc đặt ống thông dạ dày giảm chướng bụng. Tiếp tục thông khí để chuyển trẻ lên tuyến trên hoặc đặt nội khí quản, bóp bóng qua nội khí quản hoặc thở máy cho đến khi trẻ tự thở tốt hơn.

- **Nếu tần số tim từ 60 - 100 lần/phút**: tiếp tục thông khí áp lực dương, tăng nồng độ oxy để đạt SpO_2 mục tiêu (Xem SpO_2 mục tiêu trong lưu đồ hồi sức). Đánh giá lại nhịp thở và tần số tim sau 30 giây.

- **Nếu tần số tim dưới 60 lần/phút**: Đa số các trường hợp, sau 30 giây thông khí hiệu quả, tần số tim của trẻ sẽ cải thiện. Do đó nếu tần số tim của trẻ <60 lần/ phút, có thể thông khí của trẻ chưa được hiệu quả, cần kiểm tra lại kỹ thuật thông khí và thực hiện các bước điều chỉnh phù hợp đảm bảo lồng ngực di động, tăng nồng độ oxy. Nếu nhịp tim vẫn <60 lần/phút, xem xét đặt nội khí quản hoặc mặt nạ thanh quản (nếu có sẵn), thông khí 30 giây. Nếu nhịp tim tiếp tục <60 lần/phút, tăng nồng độ oxy lên 100%, tiến hành ấn ngực phối hợp với thông khí.

Bước 5 - Ấn ngực phối hợp với thông khí áp lực dương

- Tăng nồng độ oxy lên 100%. Nếu không có bộ trộn điều chỉnh nồng độ oxy, nối bóp bóng (có túi dự trữ) với nguồn oxy 6 - 10 lít/phút.

- Phối hợp ấn ngực và thông khí áp lực dương với tỉ lệ **3:1 (3 lần ấn ngực - 1 lần bóp bóng),** trong thời gian **60 giây** cung cấp được **90 lần ấn ngực** và **30 lần bóp bóng.**



Hình 2: Vị trí đứng thông khí và ấn ngực

- Kỹ thuật ấn ngực:

+ Ấn ngực thực hiện ở vị trí 1/3 dưới xương ức nhưng không đè lên mũi ức (ngay dưới đường nối 2 núm vú), với độ sâu khoảng 1/3 đường kính trước sau của lồng ngực

+ Ấn ngực và thông khí đồng bộ theo nhịp "Thở và 1 và 2 và 3 và thở và 1 và 2 và 3 và thở và…." Trong đó, "thở" là thời điểm bóp bóng, "1", "2", "3" là thời điểm ấn ngực xuống, "và" là thời điểm tay và ngực nâng lên

+ Có 2 cách ấn ngực: kỹ thuật vòng tay ôm ngực và kỹ thuật 2 ngón tay

- **Kỹ thuật vòng tay ôm ngực*:***

+ Ấn ngực với 2 ngón cái và các ngón tay còn lại vòng quanh lồng ngực và nâng đỡ lưng (còn gọi là kỹ thuật 2 ngón cái hoặc ngón cái - bàn tay)

+ Tạo ra áp lực tưới máu thì tâm thu và tưới máu mạch vành cao

+ Thường được lựa chọn trong hồi sức cho trẻ sơ sinh

+ Trường hợp cần đặt ống thông tĩnh mạch rốn, người ấn ngực di chuyển lên phía đầu trẻ, đứng bên cạnh người bóp bóng (lúc này đã đặt nội khí quản).



Hình 3: Kỹ thuật vòng tay ôm ngực

- **Kỹ thuật 2 ngón tay:**

+ Dùng ngón tay trỏ và giữa khép lại với nhau, tạo mặt tiếp xúc giữa đầu ngón tay với vị trí ấn ngực

+ Kỹ thuật 2 ngón tay có thể thực hiện khi đặt tĩnh mạch rốn hoặc khi chỉ có một người vừa thực hiện bóp bóng và ấn ngực, tuy vậy kỹ thuật này thường không tạo đủ áp lực.

- **Nên xem xét đặt ống nội khí quản khi có chỉ định ấn ngực** nếu có thể thực hiện nhanh chóng.

- Chuẩn bị các dụng cụ đặt ống thông tĩnh mạch rốn sẵn sàng, chuẩn bị thuốc adrenalin 1/10.000

Bước 6 - Đánh giá lại tần số tim sau 60 giây phối hợp thông khí và ấn ngực

- **Nếu tần số tim ≥60 lần/phút:** ngưng ấn ngực, tiếp tục thông khí áp lực dương đến khi trẻ tự thở và tần số tim >100 lần/phút.

- **Nếu tần số tim <60 lần/phút**: kiểm tra lại các vấn đề sau:

+ Ngực có nâng theo nhịp bóp bóng?

+ Nội khí quản hoặc mặt nạ thanh quản có đúng vị trí?

+ Sự đồng bộ 3 lần ấn tim: 1 bóp bóng mỗi chu kỳ 2 giây?

+ Độ sâu ấn ngực 1/3 đường kính trước sau lồng ngực?

+ Đã chỉnh nồng độ oxy 100%?

- Nếu đã đảm bảo các vấn đề trên mà tần số tim vẫn < 60 lần/phút, tiếp tục thực hiện phối hợp thông khí áp lực dương - ấn ngực và chỉ định dùng adrenalin

Bước 7 - Đặt ống thông tĩnh mạch rốn và dùng adrenalin

- Đặt ống thông tĩnh mạch rốn (Xem quy trình kỹ thuật đặt ống thông tĩnh mạch rốn - Hướng dẫn quốc gia)

- Tiêm dung dịch adrenalin 1:10.000 với liều 0,1 - 0,3 mL/kg/lần qua ống thông tĩnh mạch rốn, ngay sau đó, tiêm 3 mL dung dịch natri clorid 0,9% sau mỗi lần dùng adrenalin, có thể lặp lại mỗi 3 - 5 phút nếu cần.

- **Lưu ý:** Nếu chưa đặt được ống thông tĩnh mạch rốn, có thể bơm adrenalin bơm qua nội khí quản với liều 1 mL/kg/lần nhưng hiệu quả adrenalin qua nội khí quản không cao do khả năng hấp thu thuốc kém.

Bước 8 - Đánh giá trẻ sau dùng adrenalin

- **Nếu tần số tim ≥60 lần/phút:** ngưng ấn ngực, tiếp tục thông khí hiệu quả, đánh giá nhịp tự thở, tần số tim sau 30 giây thông khí cho đến khi trẻ có nhịp tự thở hiệu quả hơn.

- **Nếu tần số tim <60 lần/phút:** xem xét các nguyên nhân khác như sốc giảm thể tích trong trường hợp trẻ thiếu máu nặng, đặc biệt ở các trẻ có tiền căn mất máu như rau bong non, rau tiền đạo, mẹ xuất huyết âm đạo nhiều, truyền máu song thai. Xem xét truyền dịch:

+ Dung dịch natri clorid 0,9% với liều 10 mL/kg trong 5 - 10 phút cho trẻ đủ tháng, đối với trẻ non tháng, nên truyền chậm hơn.

+ Nếu vẫn còn dấu hiệu giảm thể tích, có thể lặp lại với liều 10mL/kg.

+ Nếu vẫn không cải thiện, xem xét các bất thường khác như tràn khí màng phổi và xử trí.

- Tràn khí màng phổi: đặc biệt trong những trường hợp trẻ không thở, ối xanh, nghi ngờ hít phân su (Xem bài *Kỹ thuật chọc và dẫn lưu khí màng phổi - Hướng dẫn quốc gia 2025*)

Bước 9 - Đánh giá hiệu quả và xử trí trẻ sau hồi sức

- **Nếu trẻ có nhịp tự thở hiệu quả và tần số tim>100 lần/phút:** có thể rút nội khí quản, hỗ trợ thở oxy hoặc CPAP tùy mức độ gắng sức và bệnh lý của trẻ hoặc duy trì thông khí qua nội khí quản nếu trẻ không có nhịp tự thở hoặc thở không hiệu quả. Ổn định trẻ và chuyển viện an toàn đến đơn vị có năng lực chăm sóc trẻ sau hồi sức.

Ngưng hồi sức: khi trẻ không có nhịp tim sau 20 phút thực hiện tất cả các biện pháp hồi sức một cách hiệu quả, có thể thông báo trẻ đã tử vong cho gia đình.

5.3. Theo dõi sau hồi sức

- Nếu trẻ khóc và thở được sau bước thông khí áp lực dương: cho trẻ da kề da với mẹ, thực hiện theo dõi mỗi 15 phút trong 2 giờ đầu, sau đó mỗi 2-4 giờ trong 24 giờ tiếp theo.

- Nếu trẻ ổn định sau bước phối hợp thông khí áp lực dương và ấn ngực: chuyển trẻ về đơn nguyên sơ sinh hoặc chuyển viện đối với cấp khám chữa bệnh ban đầu

- Nếu trẻ cần đặt nội khí quản, sử dụng thuốc để ổn định hô hấp và tuần hoàn: ổn định trẻ ngay tại phòng sinh, phòng mổ, sau đó chuyển viện an toàn lên cấp khám bệnh, chữa bệnh cao hơn hoặc chuyển trẻ về đơn nguyên sơ sinh

- Kiểm tra và ổn định đường huyết sau hồi sức

6. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Tràn khí màng phổi: do thông khí không đúng kỹ thuật, cần đảm bảo bóp bóng đúng áp lực, bóng có van an toàn. Xử trí: thực hiện chọc dẫn lưu khí màng phổi theo Hướng dẫn quốc gia về Chăm sóc và Điều trị sơ sinh 2025

- Chấn thương hầu họng do đặt nội khí quản: người làm hồi sức phải thành thạo, động tác nhẹ nhàng. Nếu chưa đặt vào được cần rút đèn ra, thông khí bằng bóng- mặt nạ cho trẻ rồi mới đặt lại

- Gãy xương sườn do ép tim không đúng vị trí và kỹ thuật: cần xác định đúng vị trí trên xương ức, không nhấc ngón tay khỏi vị trí trong suốt quá trình ép tim.

65. KỸ THUẬT DA KỀ DA

1. ĐẠI CƯƠNG

Da kề da cho trẻ sau đẻ là can thiệp dựa trên bằng chứng được Tổ chức Y tế thế giới khuyến cáo nhằm cải thiện tử vong sơ sinh. Da kề da cho trẻ sau sinh bao gồm bốn bước chính:

- Lau khô kỹ lưỡng và đánh giá trẻ trong 30 giây đầu tiên để phòng ngừa hạ thân nhiệt và kích thích hô hấp, xử trí hồi sức nếu trẻ không thở

- Tiếp xúc da kề da liên tục với mẹ ít nhất 90 phút và sau khi hoàn tất bữa bú đầu tiên giúp trẻ duy trì thân nhiệt, giảm nguy cơ nhiễm khuẩn, thúc đẩy việc bú mẹ sớm và hoàn toàn; giúp tử cung co hồi tốt, giảm mất máu, giảm đau, giảm căng thẳng và nguy cơ trầm cảm sau sinh cho mẹ

- Kẹp cắt dây rốn muộn để giảm nguy cơ thiếu máu, xuất huyết não ở trẻ sơ sinh

- Bú mẹ sớm và hoàn toàn với sữa non nhằm cung cấp năng lượng, kháng thể và các yếu tố miễn dịch quan trọng.

2. CHỈ ĐỊNH

- Tất cả trẻ sơ sinh sau đẻ không cần hồi sức hoặc trẻ ổn định sau hồi sức cơ bản (thông khí áp lực dương). Trẻ suy hô hấp có thể ổn định với máy hỗ trợ hô hấp vẫn thực hiện được da kề da với mẹ sau đẻ.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Bà mẹ chưa thể thực hiện da kề da vì các lý do sau:

- Mẹ có tình trạng huyết động không ổn định. Việc tiếp xúc da kề da và bú mẹ sớm trì hoãn cho đến khi tình trạng mẹ ổn định

- Mẹ mắc lao đang tiến triển, thủy đậu toàn phát.

4. THẬN TRỌNG

- Bà mẹ gây mê toàn thân: cần nhân viên y tế hỗ trợ giữ trẻ khi thực hiện da kề da cho đến khi mẹ tỉnh táo có thể tự ôm trẻ

- Bà mẹ mắc nhiễm khuẩn đường hô hấp vẫn có thể thực hiện da kề da nhưng cần đeo khẩu trang và tuân thủ các biện pháp phòng ngừa chuẩn

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Đối với trường hợp sinh thường:

+ 02 người đỡ đẻ đã được huấn luyện về chăm sóc sơ sinh thiết yếu sớm

+ Rửa tay, mang găng vô trùng. Trong trường hợp chỉ có 01 người đỡ đẻ, cần mang 2 găng vô trùng

- Đối với trường hợp mổ lấy thai:

+ Ê kíp gồm 01 phẫu thuật viên chính, 01 phụ mổ, 01 phụ dụng cụ và 01 nữ hộ sinh đón trẻ (tùy theo nhân lực của từng đơn vị có thể điều chỉnh phù hợp)

+ Đội ngũ nhân viên tham gia đều thực hiện rửa tay ngoại khoa và mang găng tay vô trùng

- Nhân lực theo dõi bà mẹ và trẻ sơ sinh tại các đơn vị hậu phẫu cần được đào tạo về chăm sóc sơ sinh thiết yếu sớm. Phối hợp giữa Khoa Sơ sinh, khoa Sản và hồi sức sau mổ để đảm bảo bà mẹ và trẻ sơ sinh được theo dõi chặt chẽ.

5.2. Thuốc

- Thuốc và dịch truyền:

+ 10 UI Oxytocin tiêm bắp cho mẹ sau giai đoạn sổ thai đối với trường hợp sinh không biến chứng chảy máu

+ Thuốc hồi sức sơ sinh theo quy trình *Hồi sức sơ sinh ngạt sau sinh*: adrenalin, dung dịch natri clorid 0,9%

5.3. Trang thiết bị

- 01 giường hồi sức sơ sinh và các phương tiện hồi sức sơ sinh

- Tùy theo năng lực của từng đơn vị, có thể bố trí phương tiện hỗ trợ hô hấp tại phòng sinh/phòng mổ như:

+ 01 máy CPAP

+ 01 máy thở

5.4. Vật tư

- 01 bộ dụng cụ đẻ thường hoặc bộ dụng cụ mổ lấy thai

- 01 bộ dụng cụ kẹp – cắt rốn vô trùng: bao gồm 01 panh, 01 kẹp rốn nhựa, 01 kéo cắt rốn

- 01 kẹp rốn nhựa vô trùng

- 01 nhiệt kế

- Vật tư/dụng cụ thực hiện phương pháp Kangaroo cho trẻ non tháng (Thực hiện theo *Hướng dẫn kỹ thuật chăm sóc trẻ bằng phương pháp Kangaroo*)

5.5. Đồ vải

- Gói chăm sóc sơ sinh thiết yếu: 02 săng sạch, thấm hút tốt đối với sinh thường, 02 săng vô khuẩn đối với sinh mổ và 01 mũ sơ sinh

5.6. Môi trường

- Phòng sinh, phòng mổ đảm bảo đủ không gian cho hồi sức sơ sinh

- Bố trí khu vực hồi sức thuận tiện, đảm bảo vô khuẩn, nhiệt độ phù hợp cho trẻ sơ sinh

5.7. Người bệnh

- Trước khi sinh, bà mẹ cần được giải thích lợi ích của chăm sóc sơ sinh thiết yếu sớm bao gồm lợi ích của da kề da và nuôi con bằng sữa mẹ

- Lý tưởng nhất là bà mẹ có người đồng hành lúc sinh, là người thân trong gia đình, giúp bà mẹ tự tin, ổn định tinh thần và phối hợp tốt với nhân viên y tế

- Trong trường hợp mổ lấy thai, chuẩn bị bà mẹ tương tự các cuộc mổ lấy thai thông thường khác.

5.8. Hồ sơ bệnh án

- Kiểm tra lại các thông tin trong hồ sơ bệnh án, đảm bảo biểu đồ chuyển dạ được theo dõi đúng theo quy định

- Ghi nhận dấu hiệu sinh tồn của mẹ và trẻ, thời gian thực hiện da kề da, thời điểm hoàn tất bữa bú đầu tiên vào hồ sơ bệnh án

- Ghi nhận quá trình hồi sức sơ sinh nếu trẻ không thở được

5.9. Thời gian thực hiện

- Bắt đầu từ việc tư vấn trước sinh đến khi trẻ được thực hiện da kề da ít nhất 90 phút và sau khi hoàn tất bữa bú đầu tiên

5.10. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

- Để đảm bảo tiêu chuẩn, phòng sinh hoặc phòng mổ cần được trang bị và bố trí phù hợp, giường hồi sức cho trẻ sơ sinh cách bàn sinh, bàn mổ không quá 2 mét. Lý tưởng nhất, khu vực giường sinh nên được che chắn cẩn thận nhằm đảm bảo sự riêng tư cho sản phụ

- Phòng theo dõi sau mổ cho bà mẹ và trẻ sơ sinh cần được sắp xếp một khu vực riêng nhằm đảm bảo việc chăm sóc và theo dõi chặt chẽ

- Nhiệt độ phòng từ 25-28^{o}C, tránh gió lùa, thông thoáng (cần có nhiệt kế treo tường).

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

A. Đối với trường hợp sinh thường

Quá trình đỡ đẻ cần tuân thủ theo hướng dẫn quốc gia, tránh thực hiện các thao tác thô bạo có thể gây nguy hiểm cho sản phụ và trẻ, ví dụ như đẩy bụng.

6.1. Bước 1 - Lau khô toàn thân kỹ lưỡng và đánh giá trẻ

- Ngay sau khi sinh, thông báo cho bà mẹ về giờ sinh và giới tính của trẻ, đồng thời tiến hành lau khô trẻ ngay trong vòng 5 giây đầu tiên

- Lau khô kỹ lưỡng toàn bộ cơ thể trẻ trong khoảng 25-30 giây theo thứ tự: mắt, mũi, miệng, mặt, đầu, cổ, ngực, bụng, hai tay, nách, hai chân, bẹn, lưng, mông và cơ quan sinh dục

- Loại bỏ khăn ướt, phủ trẻ bằng khăn khô và đội mũ cho trẻ

- Quan sát toàn thân và đánh giá tình trạng thở của trẻ trong quá trình lau khô.

Nếu trẻ không thở hoặc thở nấc, cần kẹp cắt rốn nhanh chóng, chuyển trẻ sang giường hồi sức và tiến hành hồi sức (xem Quy trình Hồi sức sơ sinh)

- Lưu ý: phải hoàn tất việc lau khô kỹ trước khi cắt rốn. Sau hồi sức, nếu trẻ tự thở và vận động tốt, đưa trẻ về với bà mẹ theo bước 2.

6.2. Bước 2 - Đặt trẻ da kề da với mẹ và giữ ấm cho trẻ

- Nếu trẻ thở được, nhẹ nhàng đặt trẻ nằm sấp trên ngực mẹ theo chiều dọc, đầu trẻ ở vị trí phía trên bầu vú mẹ

- Tiếp tục da kề da, đảm bảo mũi và miệng của trẻ không bị che bởi ngực mẹ hay khăn. Đầu trẻ quay sang một bên để dễ dàng quan sát và tự điều chỉnh động tác nâng đầu tìm vú mẹ.

6.3. Bước 3 - Kẹp cắt rốn muộn 1 thì

- Tiêm oxytocin cho mẹ sau khi xác định không có thai thứ 2

- Kẹp cắt rốn sau khi mạch rốn ngừng đập, thường trong khoảng 1-3 phút sau sinh: kẹp thứ nhất cách chân rốn 2 cm và kẹp thứ hai cách 5 cm; thực hiện cắt bằng kéo vô khuẩn giữa hai kẹp, gần kẹp thứ nhất

- Tiến hành đỡ nhau, kiểm tra nhau thai

- Hướng dẫn bà mẹ xoa đáy tử cung mỗi 15 phút trong 2 giờ đầu sau đẻ

6.4. Bước 4 - Hỗ trợ cho bà mẹ và trẻ hoàn tất bữa bú đầu tiên

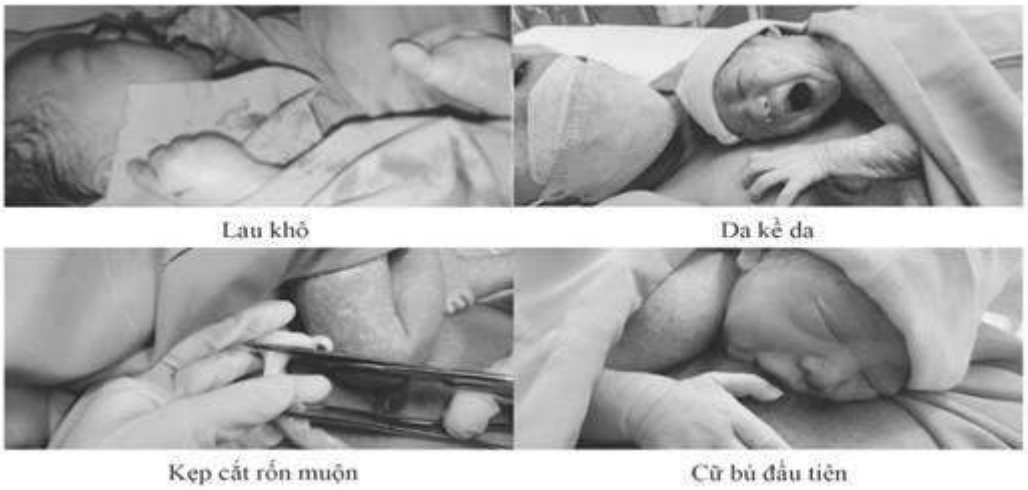
- Hướng dẫn bà mẹ ôm trẻ sơ sinh và thuận theo các hoạt động của 9 giai đoạn bản năng ở trẻ (hình 1)

- Hỗ trợ bà mẹ cho con bú, đặc biệt là tư thế và cách ngậm bắt vú. Hạn chế đụng chạm trẻ, giúp trẻ và mẹ tương tác tốt để trẻ có thể tự ngậm bắt vú và mẹ hỗ trợ trẻ hoàn tất bữa bú đầu tiên

- Các chăm sóc khác như tiêm vitamin K1, vắc xin viêm gan B, hoặc cân đo được thực hiện sau khi trẻ tiếp xúc da kề da ít nhất 90 phút và sau khi hoàn tất bữa bú đầu tiên.



Hình 1: Các giai đoạn bản năng từ lúc sinh đến khi hoàn tất bữa bú mẹ đầu tiên



Hình 2: Bốn bước cơ bản trong chăm sóc da kề da sau sinh

B. Đối với trường hợp mổ lấy thai

6B.1. Bước 1 - Lau khô toàn thân kỹ lưỡng và đánh giá trẻ

- Sau khi mổ lấy thai, thông báo giờ sinh và giới tính trẻ đồng thời đặt trẻ lên khăn khô giữa 2 đùi mẹ, phẫu thuật viên tiến hành lau khô toàn thân kỹ lưỡng

- Loại bỏ khăn ướt, phủ khăn khô và đội mũ cho trẻ

- Quan sát toàn thân và đánh giá hô hấp trẻ trong quá trình lau khô

- Nếu trẻ không thở hoặc thở nấc, nhanh chóng kẹp cắt rốn, chuyển trẻ sang giường hồi sức, tiến hành hồi sức

- Lưu ý phải hoàn tất lau khô toàn thân kỹ lưỡng cho trẻ trước khi kẹp cắt rốn. Nếu sau đó trẻ tự thở và cử động tốt, đưa trẻ về với bà mẹ theo bước 3.

6B.2. Bước 2 - Kẹp cắt rốn muộn 1 thì

- Tiêm oxytocin cho bà mẹ

- Kẹp cắt rốn được thực hiện sau khi mạch rốn ngừng đập, thường là sau 1-3 phút sau sinh (sau khi hoàn tất lau khô và ủ ấm cho trẻ).

6B.3. Bước 3 - Đặt trẻ da kề da với mẹ và giữ ấm cho trẻ

- Phẫu thuật viên chuyển trẻ cho người đón trẻ

- Người đón trẻ di chuyển lên phía ngực mẹ, đặt trẻ tiếp xúc da kề da. Không đặt trẻ lên khay inox hoặc xe đẩy ngay cả khi có lót khăn vì có thể làm hạ thân nhiệt trẻ

- Đặt trẻ nằm ngang hoặc dọc trên ngực mẹ. Trong trường hợp sinh đôi hoặc sinh ba, cần điều chỉnh vị trí để tất cả trẻ đều được da kề da mẹ

- Có thể bố trí một nhân viên y tế hoặc người thân hỗ trợ bà mẹ trong trường hợp cần thiết (mẹ gây mê, mẹ chưa tỉnh táo).

6B.4. Bước 4 - Hỗ trợ cho bà mẹ và trẻ hoàn tất bữa bú đầu tiên

- Đảm bảo cổ trẻ không bị gập khi tiếp xúc da kề da với mẹ

- Việc sử dụng áo địu cho nhóm trẻ đủ tháng thực hiện da kề da ngay sau mổ lấy thai có thể làm hạn chế các hoạt động bản năng của trẻ trong việc làm quen và tìm kiếm vú mẹ. Áo địu có thể cần thiết cho trường hợp trẻ sinh non, nhẹ cân được thực hiện da kề da liên hoàn với phương pháp Kangaroo ngay sau khi sinh

- Duy trì da kề da liên tục trong suốt cuộc mổ, trong và sau khi chuyển bà mẹ ra phòng hồi sức sau mổ

- Tôn trọng các giai đoạn bản năng của trẻ, hỗ trợ bú mẹ khi trẻ có dấu hiệu sẵn sàng bú



Hình 3: Trẻ được thực hiện da kề da sau mổ đẻ

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Hạn chế chạm vào trẻ nếu không cần thiết

- Theo dõi nhịp thở, màu da và tư thế trẻ mỗi 15 phút trong giờ đầu tiên và mỗi 15-30 phút trong giờ thứ hai sau sinh

- Trường hợp bà mẹ sử dụng oxytocin, thuốc an thần, gây tê hoặc gây mê, cần theo dõi sát cả mẹ và trẻ. Một số trẻ có thể ngưng thở nếu mẹ gây mê toàn thân, cần theo dõi và kích thích thở kịp thời giúp trẻ tự thở thở tốt hơn.

- Xử trí ngay khi trẻ có dấu hiệu bất thường: trẻ tím tái, suy hô hấp, co giật và các dấu hiệu bệnh lý khác

- Đối với trẻ đẻ non, nhẹ cân cần theo dõi sát các dấu hiệu hạ thân nhiệt, suy hô hấp tiến triển, hạ đường máu.

66.LIỆU PHÁP KANGURU

1. ĐẠI CƯƠNG

- Phương pháp Kangaroo hay chăm sóc bà mẹ Kangaroo (Kangaroo Mother Care - KMC) là phương pháp chăm sóc trẻ sinh non hoặc nhẹ cân bằng cách đặt trẻ nằm tiếp xúc da kề da trên ngực bà mẹ hoặc người thân kéo dài đến khi trẻ được 40 tuần hiệu chỉnh.

- Chăm sóc trẻ bằng phương pháp Kangaroo không chỉ là một giải pháp an toàn, hiệu quả, dễ thực hiện mà còn đáp ứng được các nhu cầu cơ bản của trẻ sinh non: được giữ ấm, được ăn sữa mẹ hoàn toàn, kích thích thở, bảo vệ trẻ không bị nhiễm khuẩn và cảm nhận được tình yêu thương từ bà mẹ và gia đình.

2. CHỈ ĐỊNH

- Tuổi thai <37 tuần

- Cân nặng <2500 gam

- Tình trạng bệnh lý nặng được kiểm soát

- Bà mẹ, bố hoặc người nhà có thể ở cùng và thực hiện KMC liên tục cho trẻ

- Một số trường hợp trẻ đủ tháng bệnh lý, thực hiện KMC góp phần giúp trẻ ổn định hơn.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tình trạng bệnh lý nặng: rối loạn huyết động, co giật, uốn ván sơ sinh

- Có máu trong phân kèm chướng bụng, nghi ngờ viêm ruột hoại tử tiến triển

- Có tổn thương vùng ngực - bụng chưa hồi phục

- Có dị tật bẩm sinh nặng đe dọa tính mạng.

4. THẬN TRỌNG

- Bà mẹ mắc các bệnh truyền nhiễm nguy hiểm như bệnh lao tiến triển, thủy đậu toàn phát, người thân có thể thay mẹ thực hiện KMC cho đến khi mẹ hồi phục

- Bà mẹ mắc nhiễm khuẩn đường hô hấp vẫn có thể thực hiện KMC nhưng cần đeo khẩu trang và tuân thủ các biện pháp phòng ngừa chuẩn.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bà mẹ/người chăm sóc thực hiện KMC phải có sức khoẻ tốt cả về thể chất và tinh thần, tự nguyện và thoải mái hợp tác tham gia chăm sóc trẻ, có thể ở cùng và thực hiện KMC liên tục

- 01 Bác sĩ, điều dưỡng hoặc hộ sinh đã được đào tạo, có kỹ năng về chăm sóc trẻ sơ sinh và đã được tập huấn chăm sóc KMC. Đối với trẻ cần hỗ trợ CPAP và chăm sóc KMC, cần 01 bác sĩ và 01 điều dưỡng/hộ sinh tham gia thực hiện.

5.3. Trang thiết bị y tế và vật tư

- 03 áo địu KMC

+ Áo địu Kangaroo là áo ống vải ôm vừa quanh ngực bà mẹ, hỗ trợ giữ trẻ nằm tư thế Kangaroo

+ Áo địu cần ôm sát vừa đủ để hỗ trợ nâng trẻ, nhưng không quá chặt vì trẻ cần cử động và dễ dàng bú mẹ.

- 03 áo choàng, gối kê cho mẹ.

- 01 mũ, chăn cho trẻ và 01 chăn cho bà mẹ.

- 01 cốc, thìa cho trẻ ăn

- 01 nhiệt kế

- 01 bảng giấy theo dõi/ ngày và 01 bút

- 01 lọ 500 mL dung dịch sát khuẩn tay nhanh

- 01 gương soi có cán cho bà mẹ quan sát và theo dõi trẻ

- Tài liệu truyền thông có thể có: tờ rơi, áp phích treo tường, video về lợi ích của KMC, các hướng dẫn chăm sóc và theo dõi trẻ.

- Phòng KMC: ấm, không có gió lùa.

Nếu có điều kiện thì bố trí các phương tiện: sách, báo, ti vi, internet

5.4. Người bệnh

- Trẻ đã được vệ sinh sạch sẽ, chú ý thay tã cho trẻ

- Bà mẹ/người nhà vệ sinh sạch sẽ

- Bác sĩ/điều dưỡng thảo luận về phương pháp KMC với bà mẹ/ người chăm sóc về:

+ Ba thành tố của phương pháp KMC: da kề da kéo dài ít nhất 20 giờ mỗi ngày và thời gian ngắt quãng không quá 30 phút cho đến khi trẻ được 40 tuần hiệu chỉnh, trẻ được nuôi bằng sữa mẹ hoàn toàn, theo dõi chặt chẽ và xuất viện sớm

+ Lợi ích của KMC liên tục.

- Nhân viên y tế hướng dẫn cho bà mẹ cách chuẩn bị thực hiện KMC (trên búp bê) cần được thực hiện trong các buổi huấn luyện tiền chăm sóc trước đó. Nếu chưa được hướng dẫn có thể thực hiện ngay tại giường bệnh. Nếu bà mẹ chưa tự tin, có thể thực hành trên mô hình một vài lần trước khi thực hiện trên trẻ.

5.5. Hồ sơ bệnh án

- Ghi chép đầy đủ giờ, ngày vào phiếu theo dõi thực hiện KMC.

5.6. Thời gian thực hiện

- Khoảng 1 giờ

- Hướng dẫn bà mẹ đặt trẻ vào tư thế Kangaroo, cho trẻ tiếp xúc da kề da ít nhất 20/24 giờ mỗi ngày, thời gian ngắt quãng mỗi lần không quá 30 phút

- Đối với một số đơn vị Hồi sức sơ sinh, thời gian thực hiện KMC bắt đầu có thể ngắn hơn.

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng bệnh có giường thực hiện KMC.

5.8. Kiểm tra hồ sơ

- Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng quy trình kỹ thuật.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

Bước 1 - Giải thích và hướng dẫn bà mẹ và người nhà cách chuẩn bị thực hiện KMC

- Rửa tay trước khi chăm sóc trẻ

- Chuẩn bị áo khoác và áo địu cho bà mẹ; mũ, tã cho trẻ
- Cho bà mẹ mặc áo địu và áo khoác để mở khuy phía trước
- Cởi áo trẻ và đảm bảo trẻ vẫn đội mũ; thay tã nếu cần
- Rửa tay nếu có làm vệ sinh cho trẻ

Bước 2 - Hướng dẫn bà mẹ đặt trẻ vào tư thế Kangaroo

- Một tay giữ đầu, một tay giữ mông, và đặt trẻ vào giữa 2 bầu vú, ngực trẻ áp sát ngực mẹ theo chiều dọc
- Đảm bảo đầu trẻ hơi ngửa nhẹ, đầu nghiêng về một bên và cánh tay ở tư thế gấp trên ngực mẹ.
- Kéo cả áo địu lên mông trẻ, kéo phần mép trên của áo địu đến ngang tai trẻ, chỉnh chân trẻ gấp như con ếch và kéo mép áo địu xuống phủ chân từng bên một.
- Kiểm tra áo địu giữ trẻ chắc chắn để khi bà mẹ di chuyển thì trẻ không bị rơi. Đảm bảo trẻ thở dễ dàng, không ép quá chặt vào vùng bụng trẻ
- Cài khuy áo khoác ngoài và phủ thêm tấm khăn/chăn nếu cần. Đảm bảo bà mẹ thấy thoải mái
- Rửa tay sau khi chăm sóc trẻ.



Hình 1: Cách đặt trẻ ào tư thế Kangaroo

Bước 3 - Thảo luận với bà mẹ cách cho trẻ bú đúng

- Nhận biết dấu hiệu cho thấy trẻ sẵn sàng bú.
- Cho trẻ bú mẹ 8-12 lần trong 24 giờ

Bước 4 - Hướng dẫn cho bà mẹ tư thế cho trẻ bú khi thực hiện KMC

- Kéo mép dưới áo địu lên ngang hông trẻ, kéo mép trên xuống ngang nách trẻ, một tay giữ đầu, một tay giữ mông trẻ, xoay trẻ về hướng vú muốn bú, chỉnh lại áo địu để giữ trẻ
- Ôm sát trẻ để tiếp xúc da kề da càng nhiều càng tốt
- Nâng đỡ toàn bộ cơ thể của trẻ, không chỉ là nâng cổ và vai
- Đảm bảo tai, vai và hông trẻ trên một đường thẳng song song với đường giữa cơ thể

- Mặt trẻ nhìn về phía bầu vú, mũi đối diện núm vú, chỉnh lại áo địu để giữ trẻ.



Hình 2: Cách cho trẻ bú trong tư thế Kangaroo

Bước 5 - Hướng dẫn bà mẹ cách giúp trẻ ngậm bắt vú

- Chạm môi trẻ vào núm vú mẹ
- Chờ miệng trẻ mở rộng
- Đưa trẻ tới ngậm sâu vào vú mẹ với môi dưới của trẻ ở phía dưới núm vú

Bước 6 - Hướng dẫn bà mẹ cách nhận biết trẻ ngậm bắt vú đúng

- Cằm trẻ chạm vào bầu vú
- Miệng trẻ mở rộng
- Môi dưới của trẻ trề ra ngoài
- Vùng quầng vú phía trên nhìn thấy nhiều hơn phần quầng vú bên dưới miệng trẻ

Bước 7 - Hướng dẫn bà mẹ các dấu hiệu bú mẹ hiệu quả

- Trẻ bú với nhịp mút sâu và chậm, không phát ra âm thanh khi bú
- Khi bú, thỉnh thoảng trẻ ngừng lại nghỉ một khoảng ngắn
- Mẹ cảm thấy bầu vú rỗng sau khi cho bú (nên cho trẻ bú hết một bên sau đó mới chuyển sang bên kia)

Bước 8 - Hướng dẫn bà mẹ cách đưa trẻ trở về tư thế Kangaroo sau khi kết thúc bữa bú

Bước 9 - Ghi nhận hồ sơ

- Đánh giá tình trạng của trẻ khi thực hiện KMC
- Hoàn thiện ghi chép phiếu theo dõi thực hiện KMC vào hồ sơ

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Theo dõi thường quy thân nhiệt, cân nặng, nuôi dưỡng.
- Theo dõi các dấu hiệu bất thường: suy hô hấp, màu da, tính chất phân và nước tiểu, tình trạng tinh thần, đáp ứng của trẻ, các biểu hiện bất thường khác.

67.LẤY MÁU GÓT CHÂN SƠ SINH

1. ĐẠI CƯƠNG

Lấy máu gót chân là thủ thuật xâm lấn tối thiểu, thường được thực hiện cho trẻ sơ sinh nhằm thu mẫu máu mao mạch phục vụ sàng lọc sơ sinh hoặc một số xét nghiệm. Kỹ thuật tuy đơn giản nhưng đòi hỏi tuân thủ nghiêm ngặt nguyên tắc vô khuẩn, xác định đúng vị trí, giảm đau hiệu quả, và lưu trữ bệnh phẩm đúng cách để tránh sai lệch kết quả và giảm thiểu tổn thương mô

2. CHỈ ĐỊNH

Lấy máu gót chân được chỉ định trong các trường hợp cần lấy máu phục vụ cho các xét nghiệm với thể tích máu cần lấy < 1 mL, bao gồm:

- Sàng lọc cho trẻ sơ sinh (thời gian lấy máu tốt nhất là khi trẻ được 48 giờ tuổi) trên giấy khô.

- Lấy máu xét nghiệm (ví dụ: khí máu, đường máu, định nhóm máu, công thức máu và một số xét nghiệm sinh hóa...) để hỗ trợ chẩn đoán và điều trị.

Lưu ý: Không sử dụng phương pháp lấy máu gót chân để thu thập mẫu cấy máu hoặc các xét nghiệm đông máu.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Trẻ có viêm tấy hoặc nhiễm trùng da vùng gót chân.

4. THẬN TRỌNG

- Trẻ sinh non, nhẹ cân

- Trẻ có tổn thương lân cận vùng gót chân, có đường truyền nằm tại vị trí cổ chân, mu bàn chân

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 điều dưỡng, nữ hộ sinh hoặc kỹ thuật viên thực hiện lấy máu

5.2. Thuốc: Không có

5.3. Trang thiết bị y tế và vật tư

- 10 mL cồn 70o hoặc dung dịch sát khuẩn phù hợp

- 01 găng tay sạch

- 04-05 miếng bông khô vô khuẩn

- 20 mL dung dịch sát khuẩn tay nhanh

- 01 băng cá nhân (2x5 cm)

- 01-02 kim vô trùng, cỡ kim 25-26G, chiều dài 1-1,5 cm hoặc dùng kim chuyên dụng cho lấy máu mao mạch có đầu kim dài khoảng 2 mm.

- Tùy theo mục đích của việc lấy máu gót chân, các dụng cụ liên quan cần được chuẩn bị phù hợp

+ Lấy máu gót chân để sàng lọc sơ sinh: Giấy thấm khô chuyên dụng

+ Lấy máu gót chân để xét nghiệm: Ống mao quản,…

5.4. Người bệnh

- Tư vấn cho bà mẹ hoặc gia đình về việc sẽ lấy máu gót chân của trẻ

- Trẻ được bế hoặc đặt trên giường ấm, quấn trẻ để hạn chế mất nhiệt,

- Tư thế Kangaroo giúp giảm đau hiệu quả đặc biệt đối với trẻ sinh non, nhẹ cân.

- Làm ấm vị trí chích bằng cách lấy tay xoa vùng gót chân chuẩn bị lấy máu để giúp máu về nhiều.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Ghi chép đầy đủ chỉ định, giờ, ngày làm thủ thuật.

5.6. Thời gian thực hiện: 10 phút

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng thực hiện thủ thuật hoặc tại giường bệnh

5.8. Kiểm tra hồ sơ

- Kiểm tra người bệnh, bệnh phẩm (với các xét nghiệm): đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Lấy máu gót chân để sàng lọc sơ sinh

Bước 1 - Chuẩn bị

- Kiểm tra đối chiếu đúng họ tên và mã số của trẻ sơ sinh với hồ sơ bệnh án (đã có chỉ định).
- Đánh giá tình trạng của trẻ, đảm bảo trẻ hồng hào, không khó thở
- Điền đầy đủ thông tin vào thẻ lấy mẫu (bằng bút bi).
- Sát khuẩn tay nhanh, có thể đeo găng tay sạch hoặc không.
- Bộc lộ gót chân trẻ bằng cách giữ bàn chân phù hợp theo tư thế sinh lý.
- Đặt gót chân trẻ thấp hơn so với mặt phẳng của tim để tăng lưu thông máu xuống dưới chân.
- Lấy tay xoa vùng gót chân chuẩn bị lấy máu giúp cho máu lưu thông.
- Sát khuẩn vùng gót chân định lấy máu bằng bông cồn 70oC.
- Để gót chân trẻ khô tự nhiên.

Bước 2 - Lấy máu

- Dùng kim chuyên dụng sử dụng 1 lần chích vào vùng rìa ngoài hoặc trong gót chân (tránh giữa xương gót).
- Lau nhẹ giọt máu đầu tiên bằng bông khô vô khuẩn (vì giọt máu đầu tiên có thể chứa cồn hoặc dung dịch mô làm loãng mẫu bệnh phẩm).
- Chờ máu chảy tự nhiên cho đến khi hình thành một giọt máu vừa đúng theo mẫu (bóp nhẹ nhàng và cách quãng lên gót chân trẻ phần quanh chỗ chích để các giọt máu sau chảy đều, nhanh và có kích thước lớn hơn).
- Chạm nhẹ giọt máu vào giữa hình tròn trên một mặt giấy thấm, giọt máu sẽ thấm qua và loang toàn bộ vòng tròn, chỉ bằng một lần chạm duy nhất lên giọt máu lớn, các vòng tròn máu phải đậm để có thể nhìn thấy từ hai mặt của tờ giấy thấm.
- Lấy máu đủ số vòng tròn quy định. Nếu máu ngưng chảy thì làm lại ở một vị trí khác.

Bước 3 - Kết thúc

- Sau khi lấy máu, nâng chân trẻ lên cao và dùng một bông khô tiệt khuẩn ấn vào vị trí vết chích cho đến khi máu ngừng chảy.
- Băng lại chỗ vết chíc bằng băng cá nhân hoặc băng dính y tế.
- Hướng dẫn gia đình theo dõi, phát hiện những dấu hiệu bất thường báo ngay cho nhân viên y tế.
- Ghi các thông số vào phiếu chăm sóc.

Bước 4 - Lưu trữ mẫu máu

- Để mẫu máu khô hoàn toàn một cách tự nhiên trên bề mặt phẳng, sạch và thoáng, tối thiểu 4 giờ trong phòng ở nhiệt độ thường.
- Tránh ánh sáng mặt trời và hơi nóng trực tiếp chiếu vào, tránh để gần bất kỳ chất nào có mùi như sơn, véc-ni, các loại bình phun hoặc thuốc xịt côn trùng, không chạm vào hoặc làm bẩn các giọt máu trên giấy thấm. Thẻ thấm máu được xếp so le đảm bảo các ô máu khô trong các mẫu liền kề không tiếp xúc với nhau và đặt trong phong bì chống ẩm.

Bước 5 - Vận chuyển và bàn giao bệnh phẩm

- Chuyển mẫu đạt tiêu chuẩn cho trung tâm xét nghiệm (chuyển trực tiếp hoặc qua đường bưu điện).
- Thẻ thấm máu phải được gửi đi để làm xét nghiệm trong vòng 24 giờ kể từ khi lấy mẫu máu.

6.2. Lấy máu gót chân để làm xét nghiệm

Bước 1 - Chuẩn bị

- Xác định đúng người bệnh, giải thích gia đình
- Ghi thông tin của người bệnh lên ống mao quản, đánh mã số
- Để trẻ nằm ở tư thế thoải mái, bộc lộ gót chân chuẩn bị lấy máu
- Rửa tay hoặc sát khuẩn tay nhanh, đi găng
- Chuẩn bị dụng cụ lấy máu
- Lấy tay xoa vùng gót chân chuẩn bị lấy máu giúp cho máu lưu thông
- Sát khuẩn vùng gót chân bằng bông cồn 70oC, để khô tự nhiên
- Vị trí lấy máu: 2 bên gót chân, tránh chính giữa xương gót.



Vị trí lấy máu gót chân



Cách bộc lộ gót chân khi lấy máu

Bước 2 - Lấy máu

- Chọc kim vào sâu không quá 2 mm vào đúng vị trí bằng lancet hoặc kim lấy máu chuyên dụng

- Lau bỏ giọt máu đầu bằng bông khô vô khuẩn, đưa 1 đầu ống mao quản tiếp xúc với giọt máu ở ngay chỗ chích. Máu phải chảy dễ dàng vào ống mao quản. Cần lưu ý tránh nguy cơ nhiễm không khí khi để giọt máu tiếp xúc hoàn toàn với khí trời.

- Khi máu chảy đầy ống mao quản, bịt kín đầu ống bằng chất dẻo đặc biệt hoặc nút nhựa nhỏ, ghi thông tin của người bệnh lên ống đựng bệnh phẩm, đánh mã số và đưa ngay đến phòng xét nghiệm.

Bước 3 - Kết thúc

- Bỏ kim tiêm vào thùng vật sắt nhọn lây nhiễm.

- Dùng băng cá nhân băng vết kim đâm.

- Giúp trẻ về tư thế thoải mái

- Đánh giá tình trạng trẻ sau khi thực hiện kỹ thuật

- Dọn dẹp dụng cụ, rửa tay

- Ghi phiếu chăm sóc vào hồ sơ bệnh án

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chích không đúng vị trí vùng gót chân an toàn.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Bầm tím tại chỗ: Giữ vệ sinh, tự khỏi hoàn toàn sau 3-7 ngày.

- Chảy máu tại chỗ: Dùng bông vô khuẩn giữ tại chỗ đến khi máu ngừng chảy và dùng băng dính băng lại.

68. LẤY MÁU CUỐNG RỐN SƠ SINH

1. ĐẠI CƯƠNG

Lấy máu cuống rốn là thủ thuật thu nhận máu từ dây rốn ngay sau sinh nhằm thực hiện các xét nghiệm chẩn đoán (khí máu, huyết học, sinh hóa, vi sinh) hoặc lưu trữ tế bào gốc máu dây rốn phục vụ điều trị sau này. Phương pháp này hạn chế can thiệp lên trẻ, giảm đau và nguy cơ nhiễm khuẩn, đồng thời cung cấp lượng máu đầy đủ một cách thuận lợi.

2. CHỈ ĐỊNH

- Trẻ được chẩn đoán các bệnh lý giai đoạn sơ sinh có chỉ định: khí máu động mạch, tĩnh mạch rốn, cấy máu cuống rốn, xét nghiệm huyết học, sinh hóa.

- Trẻ sơ sinh được sinh tại cơ sở y tế, gia đình có nhu cầu lưu trữ máu cuống rốn.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối. Các tình huống cấp cứu cần ưu tiên hồi sức mẹ và trẻ.

4. THẬN TRỌNG

- Mẹ mắc các bệnh lý lây nhiễm qua bệnh phẩm máu

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- **Nhân lực trực tiếp:**

+ 01 nữ hộ sinh hoặc điều dưỡng đã được đào tạo kỹ thuật.

+ 01 nữ hộ sinh hoặc điều dưỡng hỗ trợ ghi chép, cân túi máu theo quy định lưu trữ hoặc lượng máu phù hợp cho chỉ định xét nghiệm

- **Nhân lực gián tiếp:** nhân viên hành chính – quản lý mẫu, vận chuyển.

5.2. Thuốc - hóa chất

- Dung dịch sát khuẩn da (cồn iod 2.5% hoặc chlorhexidin 1%).
- Chất chống đông có sẵn trong túi, ống mẫu thu thập, môi trường cấy theo chỉ định.

5.3. Trang thiết bị

- Bàn thủ thuật vô khuẩn.
- Giá treo bánh rau (Nếu lấy máu lưu trữ sau khi sổ rau).
- Hộp vận chuyển chuyên dụng.

5.4. Vật tư

- 01-02 ống khí máu, 01 ống đựng mẫu xét nghiệm cho mỗi chỉ định tương ứng
- 01 bơm tiêm lấy máu và 01 môi trường cấy máu
- 01 Kim chọc tĩnh mạch rốn
- 01 Kìm vuốt dây rốn, 01 panh kẹp
- 01 Kẹp rốn nhựa và 01 panh kẹp rốn muộn theo quy trình chăm sóc sơ sinh thiết yếu sớm
- Gạc vô khuẩn
- 02 Bơm tiêm
- 01 Túi thu thập chuyên dụng lấy máu lưu trữ có chứa chất chống đông (nếu lấy máu lưu trữ)
- Cân bàn để cân túi máu (nếu lấy máu lưu trữ)

5.5. Người bệnh

- Giải thích cho sản phụ và gia đình về các xét nghiệm cần làm, mục đích.
- Thực hiện các xét nghiệm sàng lọc theo quy định (nếu lấy máu lưu trữ).

5.6. Hồ sơ bệnh án

- Chỉ định các xét nghiệm phù hợp chẩn đoán
- Phiếu đồng ý lưu trữ máu cuống rốn (nếu lấy máu lưu trữ).
- Phiếu thông tin sản phụ – trẻ sơ sinh.
- Nhãn nhận dạng túi máu.

5.7. Thời gian thực hiện

- 30 phút

5.8. Địa điểm

- Phòng sinh/ phòng mổ.

5.9. Kiểm tra trước thủ thuật

- Xác nhận đúng sản phụ – trẻ sơ sinh – bộ dụng cụ.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn thủ thuật.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6A. Lấy máu xét nghiệm

Bước 1 - Lựa chọn đối tượng

- Trẻ sơ sinh mắc các bệnh lý trước, trong, sau sinh cần thực hiện xét nghiệm

Bước 2 - Chuẩn bị dụng cụ

- Ghi rõ tên trẻ trên các ống máu, mẫu cấy máu tương ứng
- Sắp xếp ống máu xét nghiệm theo trình tự lấy máu
- Nhân viên rửa tay, đi găng vô khuẩn, đội mũ, đeo khẩu trang.

Bước 3 - Thời điểm thu thập

- Thực hiện ngay sau khi trẻ đã được kẹp và cắt dây rốn, bánh rau còn ở trong tử cung hoặc có thể thực hiện sớm ngay sau khi bánh rau đã bong

Bước 4 - Xác định vị trí chọc kim

- Chọn vị trí chọc kim sát chỗ kẹp dây rốn; sát trùng khu vực 10 cm xung quanh vị trí lựa chọn bằng cồn iod 2.5% hoặc clohexidime

- Xác định vị trí động mạch rốn, tĩnh mạch khi cần lấy khí máu

- Trong trường hợp mạch máu xẹp, có thể vuốt ngược máu từ phía bánh rau dồn về phía xa bánh rau để làm đầy mạch máu, sử dụng panh thứ 2 kẹp một đoạn dây rốn 10 - 15 cm tùy thể tích máu cần lấy.

Bước 5 - Chọc kim và thu máu

- Bỏ nắp kim, đâm kim từ từ, dứt khoát vào mạch máu cần lấy

- Rút lượng máu cần thiết đưa vào ống mẫu hoặc môi trường cấy máu

Bước 6 - Kết thúc lấy máu

- Rút kim

- Xử lý dây rốn và bánh rau theo đúng quy định

- Gửi bệnh phẩm làm xét nghiệm

- Thu dọn dụng cụ, hoàn thiện hồ sơ

Bước 7 - Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng mẹ và trẻ sau thủ thuật.

- Bàn giao ống mẫu, môi trường cấy cho bộ phận xử lý – vận chuyển theo quy định.

- Ghi nhận đầy đủ hồ sơ.



Hình 1: Lấy mẫu máu xét nghiệm



Hình 2: Lấy máu làm khí máu



Hình 3: Vuốt và làm đầy mạch máu

6B. Lấy máu lưu trữ máu cuống rốn

Bước 1 - Lựa chọn đối tượng

- Xác định sản phụ và thai nhi đủ tiêu chuẩn lưu trữ máu dây rốn

Bước 2 - Chuẩn bị dụng cụ

- Ghi rõ tên sản phụ trên túi thu thập, làm sẵn nút thắt.

- Sắp xếp ống máu xét nghiệm theo trình tự lấy máu

- Nhân viên rửa tay, đi găng vô khuẩn, đội mũ, đeo khẩu trang.

Bước 3 - Thời điểm thu thập

- Thực hiện ngay sau khi thai đã được kẹp và cắt dây rốn, bánh rau còn ở trong tử cung đối với trường hợp lưu trữ máu cuống rốn

Bước 4 - Xác định vị trí chọc kim

- Chọn vị trí chọc kim sát chỗ kẹp dây rốn; sát trùng khu vực 10 cm xung quanh vị trí lựa chọn bằng cồn iod

Bước 5 - Chọc kim và thu máu

- Bỏ nắp kim, đâm kim từ từ, dứt khoát vào tĩnh mạch rốn .
- Giữ kim cố định, lắc nhẹ túi để máu chảy đều .

Bước 6 - Kết thúc lấy máu

- Khi máu vào hết: thắt nút túi, rút kim, đậy nắp kim .
- Vuốt dây để trộn đều với chất chống đông .
- Cân túi máu, ghi thể tích, thu dọn dụng cụ, hoàn thiện hồ sơ

Trường hợp đặc biệt

- **Nếu thu thập sau sổ rau:** treo bánh rau lên giá chuyên dụng và tiến hành tương tự như trên.

Bước 7 - Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng mẹ và trẻ sau thủ thuật.
- Bàn giao túi máu cho bộ phận xử lý – vận chuyển theo quy định.
- Lưu trữ đầy đủ hồ sơ.



Hình 4: Lấy máu lưu trữ máu cuống rốn

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện

- Ngoại nhiễm vi khuẩn do không bảo đảm vô khuẩn → xử trí theo phác đồ nhiễm khuẩn.
- Chọc sai mạch, máu không chảy → thay đổi vị trí chọc.

7.2. Tai biến sau thực hiện

- Đông máu trong túi hoặc ống mẫu do trộn chống đông không đều → loại bỏ mẫu.
- Thể tích thu thấp → đánh giá điều kiện thu thập, ghi nhận vào hồ sơ.

PHẦN V. QUY TRÌNH TRONG SẢN- PHỤ KHOA

1. CHÍCH ÁP XE VÚ

1. ĐẠI CƯƠNG

Là tổn thương ổ mủ ở vú do nhiễm trùng hoặc do tắc sữa mà không được điều trị sớm, hoặc đã qua 1 đợt điều trị.

2. CHỈ ĐỊNH: Các áp xe đã thành mủ.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH: Khối viêm đỏ chưa thành mủ.

4. THẬN TRỌNG: Các trường hợp áp xe vú do các nguyên nhân như lao vú, ung thư vú... có thể chảy mủ, rò dịch, khó liền sau khi chích.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Cán bộ thực hiện:

- Thủ thuật viên chính: 01 Bác sĩ
- Thủ thuật viên phụ: 01 Bác sĩ
- Dụng cụ viên: 01 Điều dưỡng/Hộ sinh

5.2. Thuốc: thuốc sát khuẩn và khử trùng, kháng sinh, dịch truyền…

5.3. Thiết bị y tế:

- Bộ dụng cụ phẫu thuật/thủ thuật.
- Kim, chỉ khâu.
- Bơm tiêm, kim tiêm, kim luồn nhựa, dây truyền dịch, khóa ba chạc, ống thông...
- Găng tay vô trùng, mũ khẩu trang vô trùng, gạc y tế tiệt trùng; băng dính…
- Dao điện,…
- Đèn phẫu thuật/thủ thuật, bàn phẫu thuật/thủ thuật, máy hút, thân máy.
- Đồ vải

+ Quần, áo công tác
+ Quần, áo thủ thuật
+ Quần áo người bệnh
+ Săng phẫu thuật / thủ thuật

5.4. Người bệnh:

- Người bệnh và đại diện người bệnh: Được giải thích về bệnh lý và quá trình phẫu thuật/thủ thuật, các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi làm phẫu thuật/thủ thuật, tiên lượng kết quả điều trị… và ký giấy cam đoan đồng ý làm phẫu thuật/thủ thuật.
- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.
- Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật theo quy định.
- Tại phòng thực hiện kỹ thuật:

+ Kiểm tra đúng người bệnh, biên bản hội chẩn, giấy cam kết phẫu thuật/thủ thuật, …
+ Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp, bộc lộ rõ vị trí làm phẫu thuật/thủ thuật.
+ Vô cảm cho người bệnh (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)
+ Thông tiểu (nếu cần)
+ Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.
+ Trải săng vô khuẩn.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Được hoàn thiện theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện: ước tính khoảng 1/4 đến 1/2 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng thủ thuật hoặc phòng phẫu thuật.

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Bước 1: Xác định khối áp xe, tìm chỗ da mềm nhất. Tuỳ theo vị trí của khối áp xe mà có thể rạch da ở vùng ranh giới quầng vú và tổ chức vú hoặc nếp lằn dưới của bầu vú để có thể bảo đảm được tính thẩm mĩ của đường rạch. Nếu không thể làm được các đường rạch thẩm mĩ thì có

thể rạch da ngay trên khối áp xe đường rạch theo đường chéo nan hoa với tâm là núm vú.

6.2. Bước 2: Gây tê tại chỗ theo vị trí đã xác định bằng Lidocain 2%

6.3. **Bước 3:** Sau khi rạch qua da và tổ chức dưới da, đi thẳng vào khối áp xe, tránh làm nát các tổ chức xung quanh gây chảy máu. Dùng panh nhỏ hoặc đầu ngón tay trỏ phá các vách của khối áp xe thông nhau để mủ chảy ra

6.4. Bước 4: Bơm rửa ổ áp xe bằng dung dịch Oxy già rồi đến dung dịch povidone- iodine

6.5. Bước 5: Để da hở, đặt gạc trong ổ áp xe để dẫn lưu mủ ra ngoài và cầm máu, rút sau 12 giờ. Tùy kích thước từng ổ áp xe có thể chèn gạc vuông hoặc gạc mèche với số lượng cụ thể

7. THEO DÕI

- Người bệnh được dùng thuốc giảm đau và kháng sinh uống hoặc tiêm trong 5 đến 7 ngày, thuốc chống phù nề.

- Theo dõi chảy máu tại vết rạch.

8. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu: chảy máu tại vùng rạch da hoặc trong ổ áp xe, khâu chỗ chảy máu dùng tiếp kháng sinh

- Không thoát mủ: mở thông lại, dùng kháng sinh tiêm

2. PHẪU THUẬT CẮT ÂM HỘ

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật cắt âm hộ là phẫu thuật cắt toàn bộ âm hộ bao gồm vùng gò mu, các môi lớn, môi bé, tiền đình xuống tận mép sau âm hộ.

2. CHỈ ĐỊNH

- Ung thư âm hộ

- Vết trắng âm hộ điều trị nội không kết quả

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

Ung thư âm hộ giai đoạn tiến xa xâm lấn trực tràng, niệu đạo và thành chậu.

4. THẬN TRỌNG

Đang có bệnh nội khoa, bệnh về máu, đang nhiễm khuẩn, cần điều trị trước phẫu thuật.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên chính: 01 Bác sĩ

- Phẫu thuật viên phụ: 02 Bác sĩ

- Dụng cụ viên: 01 Điều dưỡng/ Hộ sinh

- Điều dưỡng/hộ sinh: 01

5.2. Thuốc: thuốc sát khuẩn và khử trùng, kháng sinh, dịch truyền…

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật/thủ thuật.

- Kim, chỉ khâu.

- Bơm tiêm, kim tiêm, kim luồn nhựa, dây truyền dịch, khóa ba chạc, ống thông...

- Găng tay vô trùng, mũ khẩu trang vô trùng, gạc y tế tiệt trùng; băng dính…

- Dao điện,…

- Đèn phẫu thuật/thủ thuật, bàn phẫu thuật/thủ thuật, máy hút, thân máy.

- Đồ vải

+ Quần, áo công tác

+ Quần, áo thủ thuật

+ Quần áo người bệnh

+ Săng phẫu thuật / thủ thuật

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và đại diện người bệnh: Được giải thích về bệnh lý và quá trình phẫu thuật/thủ thuật, các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi làm phẫu thuật/thủ thuật, tiên lượng kết quả điều trị… và ký giấy cam đoan đồng ý làm phẫu thuật/thủ thuật.

- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.

- Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật theo quy định.

- Tại phòng thực hiện kỹ thuật:

+ Kiểm tra đúng người bệnh, biên bản hội chẩn, giấy cam kết phẫu thuật/thủ thuật, …

+ Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp, bộc lộ rõ vị trí làm phẫu thuật/thủ thuật.

+ Vô cảm cho người bệnh (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)

+ Thông tiểu (nếu cần)

+ Sát khuẩn vùng phẫu thuật.

+ Trải săng vô khuẩn.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Được hoàn thiện theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện: Ước tính khoảng 01 - 03 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật.

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Vết trắng âm hộ:

- Bước 1: Cắt bỏ hết da vùng vết trắng âm hộ, không lấy tổ chức dưới da.

- Bước 2: Cầm máu bằng dao điện.

- Bước 3: Khâu lại âm hộ bằng chỉ tiêu hoặc không tiêu mũi rời.

6.2. Ung thư âm hộ:

- Bước 1: Đường rạch da cắt hết toàn bộ 2 môi lớn, 2 môi bé, tiền đình và âm vật.

- Bước 2: Đường rạch bên trong theo mép màng trinh. Lấy hết tổ chức liên kết bên dưới đến sát cân xương chậu.

- Bước 3: Khâu lại tổ chức dưới da bằng chỉ tiêu, khâu da chỉ không tiêu mũi rời.

- Bước 4: Có thể đặt dẫn lưu dưới da.

6.3. Kết thúc quy trình:

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.

- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

- Đặt sonde bàng quang 2 - 5 ngày

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến ngay trong khi thực hiện kỹ thuật

- Tổn thương niệu đạo: Mời chuyên khoa ngoại tiết niệt

- Tổn thương trực tràng: Mời chuyên khoa ngoại tiêu hóa.

7.2. Tai biến sau phẫu thuật:

Toác vết mổ thường do nhiễm khuẩn, chăm sóc và khâu thì 2.

7.3 Tai biến muộn:

Hẹp lỗ âm đạo, giảm khoái cảm và đau đớn khi quan hệ tình dục.

3. PHẪU THUẬT CẮT TỬ CUNG HOÀN TOÀN

1. 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, có thể cắt hoặc để lại hai phần phụ.

2. CHỈ ĐỊNH

2.1. 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, rau cài răng lược xuống sâu tận cổ tử cung gây chảy máu mà thắt động mạch hạ vị không cầm máu được.

- Vỡ TC ở đoạn dưới TC và CTC

- Thai ở ống cổ tử cung bị sảy, chảy máu, sau khi can thiệp các thủ thuật cầm máu như khâu vòng CTC, chèn bóng… mà không có kết quả.

2.2. Bệnh lý liên quan đến phụ khoa

- U xơ cơ TC.

- Bệnh tuyến cơ tử cung điều trị nội khoa không kết quả.

- Quá sản nội mạc tử cung điều trị nội không kết quả.

- Rong kinh, rong huyết điều trị nội không kết quả.

- 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, u nguyên bào nuôi, chửa trứng lớn tuổi…)

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Chống chỉ định trong một số trường hợp bệnh lý toàn thân không cho phép tiến hành phẫu thuật,

4. THẬN TRỌNG

Đang có bệnh nội khoa, bệnh về máu, đang nhiễm khuẩn, cần điều trị trước phẫu thuật.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên chính: 01 Bác sĩ

- Phẫu thuật viên phụ: 02 Bác sĩ

- Dụng cụ viên: 01 Điều dưỡng/ Hộ sinh

5.2. Thuốc: thuốc sát khuẩn và khử trùng, kháng sinh, dịch truyền…

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật/thủ thuật.

- Kim, chỉ khâu.

- Bơm tiêm, kim tiêm, kim luồn nhựa, dây truyền dịch, khóa ba chạc, ống thông...

- Găng tay vô trùng, mũ khẩu trang vô trùng, gạc y tế tiệt trùng; băng dính…

- Dao điện, dao siêu âm, dao hàn mạch,…

- Đèn phẫu thuật/thủ thuật, bàn phẫu thuật/thủ thuật, máy hút, thân máy.

- Đồ vải

+ Quần, áo công tác

+ Quần, áo thủ thuật

+ Quần áo người bệnh

+ Săng phẫu thuật / thủ thuật

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và đại diện người bệnh: Được giải thích về bệnh lý và quá trình phẫu thuật/thủ thuật, các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi làm phẫu thuật/thủ thuật, tiên lượng kết quả điều trị… và ký giấy cam đoan đồng ý làm phẫu thuật/thủ thuật.

- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.

- Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật theo quy định.

- Tại phòng thực hiện kỹ thuật:

+ Kiểm tra đúng người bệnh, biên bản hội chẩn, giấy cam kết phẫu thuật/thủ thuật, …

+ Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp, bộc lộ rõ vị trí làm phẫu thuật/thủ thuật.

+ Vô cảm cho người bệnh (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)

+ Thông tiểu (nếu cần)

+ Sát khuẩn vùng phẫu thuật.

+ Trải săng vô khuẩn.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Được hoàn thiện theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện: Ước tính khoảng 01-03 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật.

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Bước 1: Mở thành bụng

- Thường sử dụng đường rạch Pfannenstiel.

- Đối với trường hợp cấp cứu, có sẹo mổ cũ đường dọc hoặc tiên lượng phẫu thuật khó khăn thì sử dụng đường trắng giữa dưới rốn.

6.2. Bước 2: Cắt các dây chằng

- Kẹp và cắt dây chằng tròn.

- Kẹp và cắt dây chằng thắt lưng - buồng trứng trong trường hợp cắt 2 phần phụ hoặc 2 dây chằng tử cung - buồng trứng nếu bảo tồn buồng trứng.

- Khâu lại các cuống mạch và mỏm cắt.

6.3. Bước 3: Tách và cắt phúc mạc tử cung - bàng quang, phúc mạc mặt sau

- Dùng kéo mở phúc mạc ngang với chỗ bám di động ở eo tử cung.

- Dùng gạc đẩy phúc mạc xuống sâu, giúp đẩy bàng quang xuống, bộc lộ cổ tử cung và túi cùng âm đạo trước.

- Tách phúc mạc sau tới ngang dây chằng TC - cùng

6.4. Bước 4: 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.

6.5. Bước 5: Cắt dây chằng tử cung - cùng.

- 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

6.6. Bước 6: Cắt âm đạo

- Tay trái phẫu thuật viên kéo mạnh tử cung lên trên, tay phải dùng kéo mở cùng đồ sau hoặc cùng đồ trước.

- Dùng kẹp cặp mép âm đạo để giữ.

- Tiếp tục cắt vòng quanh sát với chỗ bám âm đạo và cổ tử cung từ phía sau sang phải, ra trước và qua trái.

6.7. Bước 7: Đóng âm đạo, phủ phúc mạc mỏm cắt

- Khâu thành âm đạo bằng mũi khâu vắt hoặc mũi rời chữ X.

- Phủ phúc mạc mỏm cắt

6.8. Bước 8: Kiểm tra ổ bụng

Lau bụng và kiểm tra các cuống mạch, kiểm tra bàng quang, niệu quản

6.9. Bước 9: Đóng thành bụng theo các lớp giải phẫu

6.10. Kết thúc quy trình:

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.

- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

- Đặt sonde bàng quang 2-5 ngày

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Theo dõi

- Theo dõi mạch, huyết áp, toàn trạng, nhiệt độ, nước tiểu, tình trạng ổ bụng.

- Theo dõi vết mổ thành bụng: chảy máu, tụ máu, nhiễm khuẩn

- Ra máu âm đạo

Chăm sóc:

- Vệ sinh âm hộ âm đạo, tránh nhiễm trùng từ âm đạo ngược lên.

- Ngồi dậy sớm để tránh biến chứng tắc mạch, nhiễm trùng, dính.

7.1. Tai biến ngay trong khi thực hiện kỹ thuật

- Tổn thương niệu đạo, bàng quang: Mời chuyên khoa ngoại tiết niệt

- Tổn thương trực tràng: Mời chuyên khoa ngoại tiêu hóa.

- Tổn thương các mạch máu: Mời chuyên khoa mạch máu.

7.2. Tai biến sau phẫu thuật

- Chảy máu sau mổ: có thể do tuột chỉ hoặc lỏng nút buộc. Dấu hiệu choáng tụt huyết áp, tình trạng thiếu máu cấp, ổ bụng có dịch... phải mổ lại để cầm máu đồng thời hồi sức tích cực, điều chỉnh rối loạn đông máu, bồi phụ thể tích tuần hoàn.

- Nhiễm trùng: Sử dụng kháng sinh điều trị.

- Viêm phúc mạc sau mổ hiếm gặp, phải tiến hành hồi sức, điều trị bằng kháng sinh phối hợp, liều cao và mổ lại để rửa ổ bụng, dẫn lưu.

- Tắc mạch vùng hố chậu hoặc tĩnh mạch chi dưới

7.3. Tai biến muộn:

Rò bàng quang - mỏm cắt âm đạo: phẫu thuật đóng rò

4. PHẪU THUẬT CẮT HOẶC BÓC U BUỒNG TRỨNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật cắt hoặc bóc u buồng trứng là phẫu thuật mở ổ bụng để cắt; bóc khối u ra khỏi buồng trứng và để lại phần buồng trứng lành.

2. CHỈ ĐỊNH

U buồng trứng không nghi ngờ ác tính và không có chỉ định mổ nội soi.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH VÀ THẬN TRỌNG

Trì hoãn phẫu thuật khi:

- Đang mắc các bệnh nhiễm khuẩn hoặc các bệnh về máu

- Các bệnh nội khoa cần được điều trị trước phẫu thuật.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên chính: 01 bác sĩ.

- Phẫu thuật viên phụ: 02 bác sĩ.

- Dụng cụ viên: 01 điều dưỡng/ hộ sinh.

4.2. Thuốc: thuốc sát khuẩn và khử trùng, kháng sinh, dịch truyền…

4.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật/thủ thuật.

- Kim, chỉ khâu.

- Bơm tiêm, kim tiêm, kim luồn nhựa, dây truyền dịch, khóa ba chạc, ống thông...

- Găng tay vô trùng, mũ khẩu trang vô trùng, gạc y tế tiệt trùng; băng dính…

- Dao điện, dao siêu âm, dao hàn mạch,…

- Đèn phẫu thuật/thủ thuật, bàn phẫu thuật/thủ thuật, máy hút, thân máy.

- Đồ vải

+ Quần, áo công tác

+ Quần, áo thủ thuật

+ Quần áo người bệnh

+ Săng phẫu thuật / thủ thuật

4.4. Người bệnh

- Người bệnh và đại diện người bệnh: Được giải thích về bệnh lý và quá trình phẫu thuật/thủ thuật, các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi làm phẫu thuật/thủ thuật, tiên lượng kết quả điều trị… và ký giấy cam đoan đồng ý làm phẫu thuật/thủ thuật.

- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.

- Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật theo quy định.

- Tại phòng thực hiện kỹ thuật:

+ Kiểm tra đúng người bệnh, biên bản hội chẩn, giấy cam kết phẫu thuật/thủ thuật, …

+ Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp, bộc lộ rõ vị trí làm phẫu thuật/thủ thuật.

+ Vô cảm cho người bệnh (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)

+ Thông tiểu (nếu cần)

+ Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.

+ Trải săng vô khuẩn.

4.5. Hồ sơ bệnh án: Được hoàn thiện theo quy định.

4.6. Thời gian thực hiện: Ước tính khoảng 0,5 - 1,5 giờ

4.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật.

5. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN KỸ THUẬT

5.1. Thì 1: Mở thành bụng

Rạch thành bụng theo đường ngang trên vệ nếu có khối u nhỏ, dễ bóc tách, hoặc đường dọc giữa dưới rốn trong trường hợp khối u to, dính hoặc có sẹo cũ đường dọc.

5.2. Thì 2: Kiểm tra buồng trứng, vòi TC, TC và các tạng xung quanh

- Quan sát tử cung, hai phần phụ, tiểu khung, kiểm tra dạ dày và gan.

- Đánh giá khối u buồng trứng: kích thước, số lượng, vị trí, mặt ngoài của khối u buồng trứng, đánh giá mức độ dính vào các tạng xung quanh.

- Quan sát kỹ buồng trứng đối diện.

- Nếu dính thì phải gỡ dính, trong khi gỡ dính tránh để khối u bị vỡ.

5.3. Thì 3: Cắt; bóc u buồng trứng

5.3.1. Bóc u nang buồng trứng

- 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 nơi có ít mạch máu nhất; dùng kéo cong đầu tù kết hợp với đầu ngón tay để bóc tách phần u buồng trứng ra khỏi phần lành

- Cầm máu diện bóc tách bằng dao điện hoặc khâu bằng chỉ vicryl số 2.0.

5.3.2. Cắt buồng trứng có u

- Dùng một (hoặc 2) kìm Kocher có răng to, chắc khỏe, cặp cuống khối u dọc theo mạc treo buồng trứng, càng sát khối u càng tốt. Cắt dây chằng tử cung - buồng trứng.

- 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 bằng mũi thông thường hay mũi khâu số 8 bằng chỉ Vicryl số 1.0.

Chú ý:

- Nếu khối u to, sau khi bọc lót kỹ, có thể dùng 2 hoặc 3 kìm kocher 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 bóc, cắt khối u như trên.

- Kiểm tra buồng trứng bên đối diện.

- Nếu nghi ngờ khối u là ung thư buồng trứng thì cần hội chẩn chuyên khoa Ung thư, Giải phẫu bệnh và xử trí theo tổn thương.

5.4. Thì 4: Lấy bệnh phẩm, gửi giải phẫu bệnh lý (GPBL)

5.5. Thì 5: Kiểm tra, cầm máu

- Lau sạch ổ bụng

- Kiểm tra diện khâu bóc u hoặc cuống buồng trứng 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.

5.6. Thì 6: Đóng bụng

- Đóng bụng theo các lớp, đóng da mũi rời hoặc trong da
- Sát khuẩn lại và băng vết thương

6. THEO DÕI SAU MỔ

- Theo dõi mạch, huyết áp, toàn trạng, nhiệt độ, nước tiểu, tình trạng ổ bụng.
- Theo dõi vết mổ thành bụng: chảy máu, tụ máu, nhiễm khuẩn

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- **Chảy máu sau mổ:** có dấu hiệu choáng tụt huyết áp, tình trạng thiếu máu cấp, ổ bụng có dịch... phải mổ lại để cầm máu, đồng thời hồi sức tích cực, điều chỉnh rối loạn đông máu, bồi phụ thể tích tuần hoàn.
- **Tổn thương hệ tiêu hóa, hệ tiết niệu:** hội chẩn chuyên khoa Ngoại, xử trí theo tổn thương.
- **Viêm phúc mạc sau mổ** hiếm gặp, phải tiến hành hồi sức, điều trị bằng kháng sinh phối hợp, liều cao và mổ lại để rửa ổ bụng, dẫn lưu.

5. PHẪU THUẬT CẮT PHẦN PHỤ

1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật mở ổ bụng để cắt phần phụ (gồm cả buồng trứng và vòi tử cung).

2. CHỈ ĐỊNH

- U buồng trứng ở người bệnh đã mãn kinh.
- U nhầy buồng trứng.
- Xoắn phần phụ có biến chứng hoại tử.
- Ung thư vú có chỉ định cắt buồng trứng.
- Ung thư buồng trứng ở người bệnh trẻ tuổi, chưa có con.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định.

4. THẬN TRỌNG: Trì hoãn phẫu thuật trong trường hợp

- Đang mắc các bệnh nhiễm khuẩn hoặc các bệnh về máu.
- Đang mắc các bệnh nội khoa cần được điều trị trước phẫu thuật.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên chính: 01 bác sĩ.
- Phẫu thuật viên phụ: 02 bác sĩ.
- Dụng cụ viên: 01 điều dưỡng/ hộ sinh.

5.2. Thuốc: thuốc sát khuẩn và khử trùng, kháng sinh, dịch truyền…

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật/thủ thuật.
- Kim, chỉ khâu.
- Bơm tiêm, kim tiêm, kim luồn nhựa, dây truyền dịch, khóa ba chạc, ống thông...
- Găng tay vô trùng, mũ khẩu trang vô trùng, gạc y tế tiệt trùng; băng dính…
- Dao điện, dao siêu âm, dao hàn mạch,…
- Đèn phẫu thuật/thủ thuật, bàn phẫu thuật/thủ thuật, máy hút, thân máy.
- Đồ vải

+ Quần, áo công tác
+ Quần, áo thủ thuật

+ Quần áo người bệnh

+ Săng phẫu thuật / thủ thuật

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và đại diện người bệnh: Được giải thích về bệnh lý và quá trình phẫu thuật/thủ thuật, các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi làm phẫu thuật/thủ thuật, tiên lượng kết quả điều trị… và ký giấy cam đoan đồng ý làm phẫu thuật/thủ thuật.

- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.

- Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật theo quy định.

- Tại phòng thực hiện kỹ thuật:

+ Kiểm tra đúng người bệnh, biên bản hội chẩn, giấy cam kết phẫu thuật/thủ thuật, …

+ Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp, bộc lộ rõ vị trí làm phẫu thuật/thủ thuật.

+ Vô cảm cho người bệnh (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)

+ Thông tiểu (nếu cần)

+ Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.

+ Trải săng vô khuẩn.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Được hoàn thiện theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện: Ước tính khoảng 0,5 - 1,5 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật.

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Bước 1: Mở thành bụng

Rạch thành bụng theo đường ngang nếu có khối u nhỏ, không nghi ngờ ung thư; hoặc đường dọc giữa dưới rốn (trong trường hợp khối u to, nghi ngờ ung thư hoặc đã có sẹo cũ đường trắng giữa dưới rốn).

6.2. Bước 2: Kiểm tra buồng trứng, vòi TC, TC và các tạng xung quanh

- Quan sát tử cung, hai phần phụ, tiểu khung, kiểm tra dạ dày và gan.

- Đánh giá khối u buồng trứng: kích thước, số lượng, vị trí, mặt ngoài của khối u buồng trứng, đánh giá mức độ dính vào các tạng xung quanh.

- Quan sát kỹ buồng trứng đối diện.

- Nếu dính thì phải gỡ dính, trong khi gỡ dính, tránh để khối u bị vỡ.

- Hội chẩn chuyên khoa Giải phẫu bệnh và chuyên khoa Ung thư phụ khoa trong trường hợp nghi ngờ là u nhầy BT hoặc ung thư buồng trứng.

6.3. Bước 3: Cắt phần phụ

- Dùng một kìm Kocher 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 bằng chỉ Vicryl số 1.0.

Chú ý:

- Nếu khối u to, sau khi bọc lót kỹ, có thể dùng 2 hoặc 3 kìm kocher cặp lôi khối u lên, chọc một lỗ để hút bớt dịch trong khối u, sau đó dùng kìm kẹp cắt phần phụ như mô tả ở trên.

- Trong trường hợp có chỉ định cắt hai phần phụ thì cắt phần phụ còn lại theo cách tương tự như mô tả ở trên.

- Sinh thiết buồng trứng bên đối diện trong trường hợp hội chẩn GPBL là ung thư buồng trứng ở người bệnh trẻ tuổi, chưa có con.

6.4. Bước 4: Lấy bệnh phẩm, gửi GPBL

6.5. Bước 5: Kiểm tra, cầm máu

- Lau sạch ổ bụng.

- Kiểm tra diện khâu cuống phần phụ 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.

6.6. Bước 6: Đóng bụng

- Đóng bụng theo các lớp, đóng da mũi rời hoặc trong da.
- Sát khuẩn lại và băng vết thương.

6.7. Kết thúc quy trình:

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến ngay trong khi thực hiện kỹ thuật

- **Tổn thương hệ tiêu hóa, hệ tiết niệu:** hội chẩn chuyên khoa Ngoại, xử trí theo tổn thương.

7.2. Tai biến sau phẫu thuật

- **Chảy máu sau mổ:** có dấu hiệu choáng tụt huyết áp, tình trạng thiếu máu cấp, ổ bụng có dịch... phải mổ lại để cầm máu đồng thời hồi sức tích cực, điều chỉnh rối loạn đông máu, bồi phụ thể tích tuần hoàn.
- **Viêm phúc mạc sau mổ** hiếm gặp, phải tiến hành hồi sức, điều trị bằng kháng sinh phối hợp, liều cao và mổ lại để rửa ổ bụng, dẫn lưu.

7.3. Biến chứng muộn

- Suy buồng trứng, giảm khả năng sinh sản.

6. PHẪU THUẬT CẮT HOẶC BÓC NANG NƯỚC CẠNH VÒI TRỨNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Là một phương pháp điều trị ngoại khoa nhằm bóc, cắt bỏ phần nang nước cạnh vòi trứng (bảo tồn vòi trứng) qua đường mở bụng.

2. CHỈ ĐỊNH

Nang nước cạnh vòi trứng mà việc tiếp cận nội soi quá khó khăn như dính nhiều vùng tiểu khung, phẫu thuật ở bụng nhiều lần...hoặc có chống chỉ định khác của mổ nội soi.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Trì hoãn phẫu thuật trong trường hợp:

- 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.
- Đang mắc các bệnh nội khoa cần được điều trị trước phẫu thuật.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên chính: 01 bác sĩ.
- Phẫu thuật viên phụ: 02 bác sĩ.
- Dụng cụ viên: 01 điều dưỡng/ Hộ sinh

4.2. Thuốc: thuốc sát khuẩn và khử trùng, kháng sinh, dịch truyền…

4.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật/thủ thuật.
- Kim, chỉ khâu.
- Bơm tiêm, kim tiêm, kim luồn nhựa, dây truyền dịch, khóa ba chạc, ống thông...
- Găng tay vô trùng, mũ khẩu trang vô trùng, gạc y tế tiệt trùng; băng dính…
- Dao điện, dao siêu âm, dao hàn mạch,…
- Đèn phẫu thuật/thủ thuật, bàn phẫu thuật/thủ thuật, máy hút, thân máy.
- Đồ vải

+ Quần, áo công tác

+ Quần, áo thủ thuật

+ Quần áo người bệnh

+ Săng phẫu thuật / thủ thuật

4.4. Người bệnh

- Người bệnh và đại diện người bệnh: Được giải thích về bệnh lý và quá trình phẫu thuật/thủ thuật, các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi làm phẫu thuật/thủ thuật, tiên lượng kết quả điều trị… và ký giấy cam đoan đồng ý làm phẫu thuật/thủ thuật.

- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.

- Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật theo quy định.

- Tại phòng thực hiện kỹ thuật:

+ Kiểm tra đúng người bệnh, biên bản hội chẩn, giấy cam kết phẫu thuật/thủ thuật, …

+ Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp, bộc lộ rõ vị trí làm phẫu thuật/thủ thuật.

+ Vô cảm cho người bệnh (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)

+ Thông tiểu (nếu cần)

+ Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.

+ Trải săng vô khuẩn

4.5. Hồ sơ bệnh án: Được hoàn thiện theo quy định.

4.6. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật

5. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN KỸ THUẬT

5.1. Thì 1: Mở thành bụng

Rạch thành bụng theo đường ngang hoặc đường dọc giữa dưới rốn.

5.2. Thì 2: Kiểm tra vòi trứng, buồng trứng, TC và các tạng xung quanh

- Quan sát tử cung, hai phần phụ, tiểu khung.

- Quan sát kỹ 2 buồng trứng.

- Đánh giá nang cạnh vòi trứng: kích thước, số lượng, vị trí (nang có cuống dính vào vòi trứng hay nang nằm trong mạc treo vòi trứng) đánh giá mức độ dính vào các tạng xung quanh.

- Nếu dính thì phải gỡ dính, trong khi gỡ dính tránh để nang cạnh vòi bị vỡ.

5.3. Thì 3: Cắt, bóc nang cạnh vòi trứng.

3.1. Bóc nang cạnh vòi trứng

- Dùng dao rạch trên mạc treo vòi trứng ở vị trí của nang cạnh vòi trứng chiều dài đường rạch vừa đủ để bóc được nang (chú ý cố gắng không để vỡ nang vì khi nang chưa vỡ sẽ dễ bóc tách hơn).

- Dùng kẹp răng chuột cặp một bên mép của vết rạch.

- Phẫu thuật viên ngón tay trỏ bóc tách dần khối u khỏi mạc treo vòi trứng. Cặp ở cuống khối u rồi dùng kéo hoặc dao một cực cắt cuống khối u (chú ý để làm tránh tổn thương vòi trứng).

- Cầm máu diện bóc tách bằng dao điện hoặc khâu bằng chỉ vicryl số 2.0.

3.2. Cắt nang cạnh vòi trứng

- Áp dụng trong trường hợp nang cạnh vòi trứng có cuống

- Dùng kẹp Kocher không răng cặp cuống khối u (chú ý để làm tránh tổn thương vòi trứng).

- Dùng kéo hoặc dao một cực cắt cuống khối u.

5.4. Thì 4: Lấy bệnh phẩm, gửi GPBL

5.5. Thì 5: Kiểm tra, cầm máu

- Lau sạch ổ bụng

- Kiểm tra diện bóc tách, vị trí khâu ở mạc treo vòi trứng 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.

5.6. Thì 6: Đóng bụng

- Đóng bụng theo các lớp, đóng da mũi rời hoặc trong da

- Sát khuẩn lại và băng vết thương

6. THEO DÕI SAU MỔ

- Theo dõi mạch, huyết áp, toàn trạng, nhiệt độ, nước tiểu, tình trạng ổ bụng.

- Theo dõi vết mổ thành bụng: chảy máu, tụ máu, nhiễm khuẩn

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

7.1. Chảy máu sau mổ: có dấu hiệu choáng tụt huyết áp, tình trạng thiếu máu cấp, ổ bụng có dịch... phải mổ lại để cầm máu, đồng thời hồi sức tích cực, điều chỉnh rối loạn đông máu, bồi phụ thể tích tuần hoàn.

7.2. Tổn thương hệ tiêu hóa, hệ tiết niệu: hội chẩn chuyên khoa Ngoại, xử trí theo tổn thương.

7.3. Viêm phúc mạc sau mổ hiếm gặp, phải tiến hành hồi sức, điều trị bằng kháng sinh phối hợp, liều cao và mổ lại để rửa ổ bụng, dẫn lưu.

7. PHẪU THUẬT CẮT KHỐI THAI NGOÀI TỬ CUNG

1. ĐỊNH NGHĨA

Chửa ngoài tử cung là hiện tượng trứng đã thụ tinh làm tổ ở ngoài buồng tử cung (ở vòi trứng, buồng trứng, ổ bụng,…). Khi thai phát triển to lên, vòi trứng, buồng trứng sẽ nứt vỡ gây chảy máu trong ổ bụng gọi là chửa ngoài tử cung vỡ, cần phải phẫu thuật cấp cứu.

Các vị trí của chửa ngoài tử cung: vòi tử cung (chủ yếu), buồng trứng, ống cổ tử cung, ổ bụng, sau phúc mạc.

Trong trường hợp chửa ngoài tử cung vỡ cần mổ cấp cứu, hồi sức tích cực trước, trong và sau phẫu thuật.

2. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có choáng hoặc huyết động không ổn định.

- Việc tiếp cận nội soi quá khó khăn như dính nhiều vùng tiểu khung.

- Khối chửa ngoài tử cung nằm ở các vị trí khó để phẫu thuật nội soi như: chửa kẽ VTC, huyết tụ thành nang, chửa ống CTC, chửa trong ổ bụng, chửa sau phúc mạc.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định.

4. THẬN TRỌNG

- Đang mắc các bệnh nhiễm khuẩn hoặc các bệnh về máu.

- Đang mắc các bệnh nội khoa có thể ảnh hưởng đến gây mê và phẫu thuật.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

+ Phẫu thuật viên chính: 01 bác sĩ.

+ Phẫu thuật viên phụ: 02 bác sĩ.

+ Dụng cụ viên: 01 điều dưỡng/ hộ sinh.

5.2. Thuốc: thuốc sát khuẩn và khử trùng, kháng sinh, dịch truyền…

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật/thủ thuật.

- Kim, chỉ khâu.

- Bơm tiêm, kim tiêm, kim luồn nhựa, dây truyền dịch, khóa ba chạc, ống thông...

- Găng tay vô trùng, mũ khẩu trang vô trùng, gạc y tế tiệt trùng; băng dính…

- Dao điện, dao siêu âm, dao hàn mạch,…

- Đèn phẫu thuật/thủ thuật, bàn phẫu thuật/thủ thuật, máy hút, thân máy.

- Đồ vải

+ Quần, áo công tác

+ Quần, áo thủ thuật

+ Quần áo người bệnh

+ Săng phẫu thuật / thủ thuật

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và đại diện người bệnh: Được giải thích về bệnh lý và quá trình phẫu thuật/thủ thuật, các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi làm phẫu thuật/thủ thuật, tiên lượng kết quả điều trị… và ký giấy cam đoan đồng ý làm phẫu thuật/thủ thuật.

- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.

- Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật theo quy định.

- Tại phòng thực hiện kỹ thuật:

+ Kiểm tra đúng người bệnh, biên bản hội chẩn, giấy cam kết phẫu thuật/thủ thuật, …

+ Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp, bộc lộ rõ vị trí làm phẫu thuật/thủ thuật.

+ Vô cảm cho người bệnh (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)

+ Thông tiểu (nếu cần)

+ Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.

+ Trải săng vô khuẩn.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Được hoàn thiện theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện: Ước tính thời gian 1 - 3 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật.

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Bước 1. Mở bụng:

- Rạch bụng đường giữa dưới rốn hoặc đường ngang trên vệ, qua các lớp da, cân, cơ, phúc mạc để vào ổ bụng.

6.2. Bước 2. Xác định lượng máu mất và xác định tổn thương:

- Dùng 2 panh kẹp nhấc phúc mạc lên cao và mở phúc mạc. Kiểm tra xem có máu trong ổ bụng, máu màu gì?

- Cho tay vào tìm đáy tử cung, kẹp kéo lên cao kiểm tra 2 bên vòi tử cung, buồng trứng, tìm chỗ vòi trứng tổn thương, kẹp lại cầm máu.

6.3. Bước 3. Lấy bỏ khối chửa:

- Mở rộng thành bụng bằng hai Harmann kéo sang hai bên, nếu vòi tử cung bị vỡ, máu chảy nhiều nên cắt bỏ vòi tử cung cầm máu, dùng kìm có mấu kẹp sát với tử cung, nơi mạc treo vòi ít mạch máu, dùng kéo cắt khối chửa tới sát tai vòi tử cung.

- Nếu tổn thương ở vòi tử cung có thể bảo tồn thì khâu phục hồi vòi trứng khi người bệnh trẻ, chưa đủ con.

- Khâu cuống mạch bên vòi tử cung bị cắt bằng chỉ tự tiêu và buộc chặt cầm máu.

- Nếu chửa ở đoạn kẽ vòi tử cung (khối chửa nằm ngoài dây chằng tròn) thì rạch cơ tử cung lấy khối chửa rồi khâu phục hồi cơ tử cung.

- Nếu chửa ngoài tử cung ở buồng trứng thì cắt vùng buồng trứng tổn thương, khâu cầm máu bằng chỉ tự tiêu vắt cầm máu.

6.4. Bước 4. Kiểm tra, lau rửa ổ bụng

- Cho nằm đầu cao, lau sạch ổ bụng, kiểm tra lại tiểu khung, vòi tử cung.

6.5. Bước 5. Đóng bụng:

- Đóng thành bụng theo lớp giải phẫu..

- Truyền máu hoặc dịch thay máu nếu cần.

6.6 Kết thúc quy trình:

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật

- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phần tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến ngay trong khi thực hiện kỹ thuật

- Tổn thương đường tiêu hoá, tiết niệu: xử trí theo tổn thương, có thể mời chuyên khoa Ngoại khoa cũng phối hợp.

- Trường hợp chửa ngoài tử cung vỡ có thể gây sốc mất máu, giảm thể tích tuần hoàn, gây ngừng tim, cần có đội ngũ và phương tiện hồi sức tích cực trong khi thực hiện kỹ thuật.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu sau phẫu thuật: trong 6 giờ đầu phải theo dõi mạch, huyết áp và toàn trạng tại phòng hồi tỉnh (chăm sóc cấp I). Nếu mạch nhanh, huyết áp giảm, bụng gõ đục, siêu âm có nhiều dịch tự do, phải nghĩ đến chảy máu trong. Cần phải phẫu thuật lại ngay để cầm máu.

- Chảy máu thành bụng: Các trường hợp mất máu cấp số lượng lớn rất dễ gây rối loạn đông máu, do đó cần theo dõi vết mổ thành bụng để phát hiện chảy máu, bầm tụ máu và có phương án xử trí phù hợp.

- Nhiễm khuẩn: trong khi phẫu thuật phải lau sạch lấy hết máu đọng và máu cục trong ổ bụng để tránh nhiễm khuẩn. Tuy nhiên tránh lau kỹ quá gây dính ổ bụng vì thanh mạc bị tổn thương. Phải cho kháng sinh toàn thân liều điều trị để dự phòng nhiễm khuẩn.

7.3. Biến chứng muộn

- Nguyên bào nuôi tồn tại sau mổ**:** điều trị MTX phối hợp.

- Tắc ruột sau mổ

8. CẮT POLYPE CỔ TỬ CUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

- Polype cổ tử cung (CTC) 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.

- Có 2 loại: polype xơ và polype tuyến

- Thường lành tính, nhưng khoảng 1% các ca có chuyển dạng ác tính.

- Phẫu thuật cắt polype CTC nhằm loại bỏ polype và để lại CTC.

2. CHỈ ĐỊNH

Polype CTC có kích thước > 3 cm, nằm sâu trong ống CTC, cuống polype rộng > 1 cm.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Tổn thương tiền ung thư CTC hoặc ung thư CTC

4. THẬN TRỌNG

- Viêm âm đạo, viêm cổ tử cung cấp.

- Bệnh lý nội khoa không cho phép làm phẫu thuật

- Đang mang thai

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

+ Thủ thuật viên chính: 01 bác sĩ

+ Thủ thuật viên phụ: 01 bác sĩ

+ Dụng cụ viên: 01 điều dưỡng/hộ sinh

5.2. Thuốc: thuốc sát khuẩn và khử trùng, kháng sinh, dịch truyền…

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật/thủ thuật.

- Kim, chỉ khâu.

- Bơm tiêm, kim tiêm, kim luồn nhựa, dây truyền dịch, khóa ba chạc, ống thông...

- Găng tay vô trùng, mũ khẩu trang vô trùng, gạc y tế tiệt trùng; băng dính…

- Dao điện,…

- Đèn phẫu thuật/thủ thuật, bàn phẫu thuật/thủ thuật, máy hút, thân máy.

- Đồ vải

+ Quần, áo công tác

+ Quần, áo thủ thuật

+ Quần áo người bệnh

+ Săng phẫu thuật / thủ thuật

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và đại diện người bệnh: Được giải thích về bệnh lý và quá trình phẫu thuật/thủ thuật, các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi làm phẫu thuật/thủ thuật, tiên lượng kết quả điều trị… và ký giấy cam đoan đồng ý làm phẫu thuật/thủ thuật.

- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.

- Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật theo quy định.

- Tại phòng thực hiện kỹ thuật:

+ Kiểm tra đúng người bệnh, biên bản hội chẩn, giấy cam kết phẫu thuật/thủ thuật, …

+ Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp, bộc lộ rõ vị trí làm phẫu thuật/thủ thuật.

+ Vô cảm cho người bệnh (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)

+ Thông tiểu (nếu cần)

+ Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.

+ Trải săng vô khuẩn.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Được hoàn thiện theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện: Ước tính thời gian khoảng 0,2 - 0,5 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng thủ thuật hoặc phòng phẫu thuật

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Bước 1: Bộc lộ cổ tử cung, xác định chân polype.

6.2. Bước 2:

Vì polype có chân rộng hoặc xơ nằm sâu trong ống CTC nên:

- Rạch CTC vị trí 12 giờ

- Cắt polype, đốt điện hoặc khâu chân polype.

- Khâu lại CTC bằng chỉ Vicryl 1.0 hoặc 2.0

6.3. Bước 3:

Sát khuẩn lại âm đạo. Chèn meches nếu cần.

6.4. Bước 4: Gửi bệnh phẩm xét nghiệm mô bệnh học.

6.5. Kết thúc quy trình:

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật

- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI, TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

7.1. Theo dõi

7.1.1. Tại cơ sở y tế

- Theo dõi toàn trạng, mạch, huyết áp.

- Theo dõi tình trạng chảy máu qua âm đạo

- Rút meches âm đạo sau 6 - 12 giờ

- Chăm sóc vệ sinh: lau âm hộ, âm đạo bằng dung dịch povidone-iodine hoặc các dung dịch sát trùng khác

7.1.2. Dặn dò:

- Làm việc nhẹ, nghỉ ngơi nhiều, ăn uống đầy đủ.

- Kiêng quan hệ tình dục trong tối thiểu 1 tuần.

- Các dấu hiệu không bệnh lý thường gặp sau thủ thuật: ra huyết âm đạo ít từ 3 - 5 ngày ngay sau thủ thuật, có thể ra dịch vàng/ít huyết âm đạo sau 2 tuần (thường xảy ra đối với thủ thuật cắt

polypee bằng dao điện.

- Các dấu hiệu cần phải khám lại ngay: sốt kéo dài, ra huyết âm đạo lượng nhiều, hoặc kéo dài, đau bụng dưới.

7.2. Tai biến ngay trong khi thực hiện thủ thuật

Chảy máu chân polype:

- 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 soi cầm máu nếu chân polype nằm sâu trong ống CTC.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện thủ thuật

Nhiễm trùng hoặc chảy máu kéo dài:

- Kháng sinh toàn thân.

- Khâu hoặc chèn gạc tại chỗ hay đốt điện cầm máu.

9. PHẪU THUẬT CẮT U ÂM HỘ

1. ĐẠI CƯƠNG

Các khối u âm hộ bao gồm các khối u lành tính và ác tính xuất phát từ âm hộ. Kỹ thuật này chỉ giới hạn đối với các u lành tính.

2. CHỈ ĐỊNH

Các khối u lành tính ở âm hộ gây cảm giác khó chịu, ảnh hưởng đến thẩm mỹ, sinh hoạt hàng ngày hoặc có kích thước lớn.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh quá già, yếu, có nhiều bệnh phối hợp, không đủ điều kiện phẫu thuật, gây mê hồi sức.

- Ung thư âm hộ.

4. THẬN TRỌNG

Đang có bệnh nội khoa, bệnh về máu, đang nhiễm khuẩn, cần điều trị trước phẫu thuật.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

+ Phẫu thuật viên chính: 01 bác sĩ

+ Phẫu thuật viên phụ: 01 - 02 bác sĩ

+ Dụng cụ viên: 01 điều dưỡng/hộ sinh

5.2. Thuốc: thuốc sát khuẩn và khử trùng, kháng sinh, dịch truyền…

5.3. Thiết bị y tế:

- Bộ dụng cụ phẫu thuật/thủ thuật.

- Kim, chỉ khâu.

- Bơm tiêm, kim tiêm, kim luồn nhựa, dây truyền dịch, khóa ba chạc, ống thông...

- Găng tay vô trùng, mũ khẩu trang vô trùng, gạc y tế tiệt trùng; băng dính…

- Dao điện,…

- Đèn phẫu thuật/thủ thuật, bàn phẫu thuật/thủ thuật, máy hút, thân máy.

- Đồ vải

+ Quần, áo công tác

+ Quần, áo thủ thuật

+ Quần áo người bệnh

+ Săng phẫu thuật / thủ thuật

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và đại diện người bệnh: Được giải thích về bệnh lý và quá trình phẫu thuật/thủ thuật, các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi làm phẫu thuật/thủ thuật, tiên lượng kết quả điều trị… và ký giấy cam đoan đồng ý làm phẫu thuật/thủ thuật.

- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.

- Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật theo quy định.

- Tại phòng thực hiện kỹ thuật:

+ Kiểm tra đúng người bệnh, biên bản hội chẩn, giấy cam kết phẫu thuật/thủ thuật, …

+ Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp, bộc lộ rõ vị trí làm phẫu thuật/thủ thuật.

+ Vô cảm cho người bệnh (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)

+ Thông tiểu (nếu cần)

+ Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.

+ Trải săng vô khuẩn.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Được hoàn thiện theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện: Ước tính thời gian khoảng 1 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật.

6. Các bước tiến hành

6.1. Bước 1: Thăm dò đánh giá khối u: loại u, vị trí, kích thước, liên quan với niệu đạo, hậu môn.

6.2. Bước 2:

- Rạch âm hộ tại vị trí khối u. Đường rạch phụ thuộc vào kích thước khối u.

- Bóc tách lấy hết tổ chức u.

6.3. Bước 3: Đốt điện cầm máu.

6.4. Bước 4:

- Khâu phục hồi diện cắt bằng chỉ tiêu mũi rời.

- Bệnh phẩm gửi GPBL.

6.5. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.

- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến ngay trong khi thực hiện kỹ thuật

Chảy máu: do tuột chỉ cuống mạch, khâu cầm máu không tốt, do rối loạn đông máu: mổ lại, đốt điện hoặc khâu cầm máu.

Tổn thương đường tiết niệu (niệu đạo, bàng quang): mời chuyên khoa ngoại tiết niệu xử trí.

Thủng trực tràng do u ở vách trực tràng âm đạo: mời chuyên khoa ngoại tiêu hóa xử trí.

7.2. Tai biến sau phẫu thuật

Chảy máu sau mổ: có dấu hiệu choáng, tụt huyết áp, tình trạng thiếu máu cấp, ổ bụng có dịch... Phải mổ lại để cầm máu đồng thời hồi sức tích cực, điều chỉnh rối loạn đông máu, bồi phụ thể tích tuần hoàn.

Nhiễm trùng: sử dụng kháng sinh điều trị.

10. PHẪU THUẬT CẮT U ÂM ĐẠO

1. ĐẠI CƯƠNG

Các khối u âm đạo bao gồm các khối u lành tính và ác tính xuất phát từ âm đạo. Kỹ thuật này chỉ giới hạn đối với các u lành tính.

2. CHỈ ĐỊNH

Các khối u lành tính ở âm đạo gây cảm giác khó chịu, ảnh hưởng đến thẩm mỹ, sinh hoạt hàng ngày hoặc có kích thước lớn.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh quá già, yếu, có nhiều bệnh phối hợp, không đủ điều kiện phẫu thuật, gây mê hồi sức.

- Ung thư âm đạo.

4. THẬN TRỌNG: Đang có bệnh nội khoa, bệnh về máu, đang nhiễm khuẩn cần điều trị trước phẫu thuật.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

+ Phẫu thuật viên chính: 01 bác sĩ

+ Phẫu thuật viên phụ: 02 bác sĩ

+ Dụng cụ viên: 01 điều dưỡng/Hộ sinh

5.2. Thuốc: thuốc sát khuẩn và khử trùng, kháng sinh, dịch truyền…

5.3. Thiết bị y tế:

- Bộ dụng cụ phẫu thuật/thủ thuật.

- Kim, chỉ khâu.

- Bơm tiêm, kim tiêm, kim luồn nhựa, dây truyền dịch, khóa ba chạc, ống thông...

- Găng tay vô trùng, mũ khẩu trang vô trùng, gạc y tế tiệt trùng; băng dính…

- Dao điện,…

- Đèn phẫu thuật/thủ thuật, bàn phẫu thuật/thủ thuật, máy hút, thân máy.

- Đồ vải

+ Quần, áo công tác

+ Quần, áo thủ thuật

+ Quần áo người bệnh

+ Săng phẫu thuật / thủ thuật

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và đại diện người bệnh: Được giải thích về bệnh lý và quá trình phẫu thuật/thủ thuật, các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi làm phẫu thuật/thủ thuật, tiên lượng kết quả điều trị… và ký giấy cam đoan đồng ý làm phẫu thuật/thủ thuật.

- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.

- Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật theo quy định.

- Tại phòng thực hiện kỹ thuật:

+ Kiểm tra đúng người bệnh, biên bản hội chẩn, giấy cam kết phẫu thuật/thủ thuật, …

+ Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp, bộc lộ rõ vị trí làm phẫu thuật/thủ thuật.

+ Vô cảm cho người bệnh (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)

+ Thông tiểu (nếu cần)

+ Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.

+ Trải săng vô khuẩn.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Được hoàn thiện theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện: Ước tính khoảng 1 - 2 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Phẫu thuật cắt u âm đạo

- Thăm dò đánh giá khối u: loại u, vị trí, kích thước, liên quan với bàng quang, niệu đạo, trực tràng, có dính vào thành âm đạo do viêm nhiễm kéo dài không.

- Phẫu thuật cắt bỏ u và khâu phục hồi thành âm đạo.

- Bệnh phẩm gửi GPBL. Chèn meche nếu cần thiết.

6.2. Nang âm đạo

6.2.1. Nang nhỏ

Bước 1: Đường rạch ngang theo hình vòng cung quanh nang. Tách xuống sâu quá đáy nang và cặp cắt đơn giản.

Bước 2: Khâu lại thành âm đạo sau khi đã cầm máu bằng chỉ tiêu.

6.2.2. Nang lớn

Bước 1: Nang lớn, ở sâu cần chú ý rạch ở chỗ lồi của nang và đường rạch đủ rộng để bóc tách vòng xuống dưới nang, đảm bảo đủ niêm mạc lúc khâu kín khoang bóc tách.

Bước 2: Khâu phục hồi theo các lớp giải phẫu, tránh tạo đường hầm để ép 2 thành bên âm đạo với nhau.

6.2.3. Nang nằm giữa vách âm đạo-trực tràng

Bước 1: Rạch rộng tầng sinh môn. Bóc tách nang 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.

Bước 2: Khâu phục hồi theo các lớp giải phẫu tránh tạo đường hầm để ép 2 thành bên âm đạo với nhau.

6.3. U xơ cơ âm đạo

6.3.1. U xơ cơ nhỏ

Rạch quanh khối u, bóc tách tận đáy u và cắt như trường hợp bóc nang.

6.3.2. U xơ cơ có cuống

Bước 1: Rạch vòng quanh cuống và cắt sâu đáy cuống khối u.

Bước 2: 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.

6.3.3. U xơ cơ to

U xơ to phát triển rộng, choán hết cả âm đạo, làm âm đạo phồng lên, thay đổi giải phẫu của bàng quang, niệu đạo, niệu quản và trực tràng nên phẫu thuật khó khăn hơn.

Bước 1: Rạch vòng quanh khối u. Dùng ngón tay vạch quanh khối u,vừa gỡ dính vừa thăm dò khối u và các tạng lân cận.

Bước 2: Dùng dao cắt khối u thành từng mảnh để dễ dàng tách và lấy hết đáy cuống khối u khỏi âm đạo.

Bước 3: Khâu phục hồi theo các lớp giải phẫu tránh tạo đường hầm để ép 2 thành bên âm đạo với nhau.

6.4. Kết thúc quy trình

Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.

Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.

Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến ngay trong khi thực hiện kỹ thuật

Chảy máu: do tuột chỉ cuống mạch, khâu cầm máu không tốt, do rối loạn đông máu: mổ lại, đốt điện hoặc khâu cầm máu.

Tổn thương đường tiết niệu (niệu đạo, bàng quang): mời chuyên khoa ngoại tiết niệu xử trí.

Thủng trực tràng do u ở vách trực tràng âm đạo:mời chuyên khoa ngoại tiêu hóa xử trí.

7.2. Tai biến sau phẫu thuật

Chảy máu sau mổ: có dấu hiệu choáng, tụt huyết áp, tình trạng thiếu máu cấp, ổ bụng có dịch... Phải mổ lại để cầm máu đồng thời hồi sức tích cực, điều chỉnh rối loạn đông máu, bồi phụ thể tích tuần hoàn.

Nhiễm trùng: sử dụng kháng sinh điều trị.

11. PHẪU THUẬT KHÂU PHỤC HỒI TẦNG SINH MÔN

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật làm lại tầng sinh môn và cơ vòng hậu môn là phương pháp khâu phục hồi tầng sinh môn và cơ vòng hậu môn theo đúng giải phẫu đã bị rách trong cuộc đẻ

2. CHỈ ĐỊNH

Rách tầng sinh môn phức tạp bao gồm cả rách cơ vòng hậu môn

3. CHUẨN BỊ

3.1. Người thực hiện

+ Phẫu thuật viên chính: 01 bác sĩ

+ Phẫu thuật viên phụ: 02 bác sĩ

+ Dụng cụ viên: 01 điều dưỡng/hộ sinh

3.2. Thuốc: thuốc sát khuẩn và khử trùng, kháng sinh, dịch truyền…

3.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật/thủ thuật.

- Kim, chỉ khâu.

- Bơm tiêm, kim tiêm, kim luồn nhựa, dây truyền dịch, khóa ba chạc, ống thông...

- Găng tay vô trùng, mũ khẩu trang vô trùng, gạc y tế tiệt trùng; băng dính…

- Dao điện, dao siêu âm, dao hàn mạch,…

- Đèn phẫu thuật/thủ thuật, bàn phẫu thuật/thủ thuật, máy hút, thân máy.

- Đồ vải

+ Quần, áo công tác

+ Quần, áo thủ thuật

+ Quần áo người bệnh

+ Săng phẫu thuật / thủ thuật

3.4. Người bệnh

- Người bệnh và đại diện người bệnh: Được giải thích về bệnh lý và quá trình phẫu thuật/thủ thuật, các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi làm phẫu thuật/thủ thuật, tiên lượng kết quả điều trị… và ký giấy cam đoan đồng ý làm phẫu thuật/thủ thuật.

- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.

- Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật theo quy định.

- Tại phòng thực hiện kỹ thuật:

+ Kiểm tra đúng người bệnh, biên bản hội chẩn, giấy cam kết phẫu thuật/thủ thuật, …

+ Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp, bộc lộ rõ vị trí làm phẫu thuật/thủ thuật.

+ Vô cảm cho người bệnh (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)

+ Thông tiểu (nếu cần)

+ Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.

+ Trải săng vô khuẩn.

3.5. Hồ sơ bệnh án: Được hoàn thiện theo quy định.

3.6. Thời gian thực hiện: Ước tính thời gian 1 - 3 giờ.

3.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật.

4. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

4.1. Bước 1:

Bóc tách thành sau âm đạo.

- Cặp 2 pince allice 2 bên mép âm môn để định hướng đường rạch âm đạo.

- Dùng dao rạch vòng cung phía trên đường ranh giới giữa hậu môn và âm đạo khoảng 15-25 mm, từ hai mép bên rạch thẳng vào âm đạo tạo thành hình thang, đỉnh tròn.

- Mép phải và trái đường rạch xuống gần mặt bên hậu môn để có thể tách vào hố bên hậu môn tìm hai đầu cơ bị đứt cửa cơ vòng hậu môn

4.2. Bước 2

Bóc tách mảnh niêm mạc âm đạo đến mặt trước cơ nâng hậu môn ở phía trên và đầu đứt của

vòng hậu môn phía dưới

4.3. Bước 3: Tìm 2 đầu cơ thắt âm môn.

- Khâu nối 2 đầu cơ tận tận. Khâu lại tầng sinh môn.
- Khâu cơ vòng hậu môn bằng hai mũi chỉ tiêu (catgut crôm hoặc chỉ vicryl…) hình chữ U.

4.4. Bước 4: Cắt mảnh niêm mạc âm đạo và khâu tầng sinh môn sau

- Khâu bờ trong và sâu của hai bó cơ nâng hậu môn bằng chỉ không tiêu
- Khâu niêm mạc âm đạo từ trên xuống bằng chỉ vicryl mũi rời.
- Khâu tổ chức dưới da và cân tầng sinh môn bằng chỉ vicryl số 2.0
- Mũi khâu tăng cường cuối cùng bằng chỉ vicryl xuyên từ da qua tổ chức dưới da đến hai đầu cơ vòng bị đứt, sẽ làm tăng độ chắc của cơ vòng hậu môn.

4.5. Kết thúc quy trình:

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận hồi sức sau mổ.

5. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Theo dõi

Rút sonde tiểu và mèche âm đạo sau 24 giờ.

Dùng kháng sinh 7 ngày.

Làm thuốc âm đạo hàng ngày.

5.1. Tai biến trong thực hiện phẫu thuật

Chảy máu: Mổ lại cầm máu.

5.2. Tai biến sau thực hiện phẫu thuật

Nhiễm trùng: Điều trị kháng sinh đường tĩnh mạch

12. PHẪU THUẬT LÀM LẠI THÀNH ÂM ĐẠO, TẦNG SINH MÔN

1. ĐẠI CƯƠNG

- Âm đạo rộng làm ảnh hưởng đến chất lượng quan hệ vợ chồng. Có nhiều phương pháp như phẫu thuật, chiếu laser nhưng phương pháp phẫu thuật rất nhanh gọn và hiệu quả.
- Thời điểm phẫu thuật tốt nhất là sau sạch kinh và người bệnh không có thai.

2. CHỈ ĐỊNH

- Âm đạo rộng.
- Có nhu cầu làm lại tầng sinh môn và không có chống chỉ định nội khoa và gây mê.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có tổn thương cũ ở đường âm đạo.
- Rách phức tạp.
- Đóng dò phễu trực tràng - âm đạo.
- Bệnh lý nội khoa không phẫu thuật được (rối loạn đông máu, bệnh lý van tim...)

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

+ Phẫu thuật viên chính: 01 bác sĩ

+ Phẫu thuật viên phụ: 02 bác sĩ

+ Dụng cụ viên: 01 điều dưỡng/hộ sinh

4.2. Thuốc: thuốc sát khuẩn và khử trùng, kháng sinh, dịch truyền…

4.3.Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật/thủ thuật.
- Kim, chỉ khâu.

- Bơm tiêm, kim tiêm, kim luồn nhựa, dây truyền dịch, khóa ba chạc, ống thông...
- Găng tay vô trùng, mũ khẩu trang vô trùng, gạc y tế tiệt trùng; băng dính…
- Dao điện, dao siêu âm, dao hàn mạch,…
- Đèn phẫu thuật/thủ thuật, bàn phẫu thuật/thủ thuật, máy hút, thân máy.
- Đồ vải

+ Quần, áo công tác
+ Quần, áo thủ thuật
+ Quần áo người bệnh
+ Săng phẫu thuật / thủ thuật

4.4. Người bệnh

- Người bệnh và đại diện người bệnh: Được giải thích về bệnh lý và quá trình phẫu thuật/thủ thuật, các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi làm phẫu thuật/thủ thuật, tiên lượng kết quả điều trị… và ký giấy cam đoan đồng ý làm phẫu thuật/thủ thuật.
- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.
- Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật theo quy định.
- Tại phòng thực hiện kỹ thuật:

+ Kiểm tra đúng người bệnh, biên bản hội chẩn, giấy cam kết phẫu thuật/thủ thuật, …
+ Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp, bộc lộ rõ vị trí làm phẫu thuật/thủ thuật.
+ Vô cảm cho người bệnh (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)
+ Thông tiểu (nếu cần)
+ Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.
+ Trải săng vô khuẩn.

4.5. Hồ sơ bệnh án: Được hoàn thiện theo quy định.

4.6. Thời gian thực hiện: Ước tính thời gian 1 - 3 giờ.

4.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật.

5. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

5.1. Bước 1:

- Cặp 2 pince Alice gần 2 mốc màng trinh. Cần xác định kích thước cần thu hẹp trước đó.
- Rạch tầng sinh môn hình V.
- Dùng kéo bóc tách âm đạo tới gần cổ tử cung.
- Cắt bớt phần âm đạo bóc tách.
- Khâu vắt âm đạo bằng chỉ vicryl 2/0

5.2. Bước 2: Khâu cơ nâng hậu môn và cơ vòng âm môn bằng chỉ vicryl 1.0 sau khi bộc lộ.

5.3. Bước 3:Khâu lại tầng sinh môn bằng chỉ vicryl 2/0.

5.4. Kết thúc quy trình:

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận hồi sức sau mổ.

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Theo dõi:

- Rút sonde tiểu và meches sau 24 giờ.
- Dùng kháng sinh 5 ngày.
- Làm thuốc âm đạo hàng ngày.

-Thời gian quan hệ sau phẫu thuật: khoảng 6 tuần dùng bôi trơn trong lần quan hệ đầu. Nếu không quan hệ được thì khám lại.

6.1. Tai biến trong thực hiện phẫu thuật:

- Chảy máu: Khâu cầm máu
- Tổn thương trực tràng cần hội chẩn chuyên khoa ngoại.

6.2. Tai biến sau thực hiện kỹ thuật:

- Tụ máu âm đạo tầng sinh môn: phẫu thuật lấy khối máu tụ.

- Nhiễm trùng: Điều trị kháng sinh đường tĩnh mạch, sát trùng âm đạo.

13. LÀM LẠI VẾT MỔ THÀNH BỤNG (BỤC; TỤ MÁU; NHIỄM KHUẨN...) SAU PHẪU THUẬT SẢN PHỤ KHOA

1. 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.

2. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp sau mổ sản phụ khoa có toác vết mổ, tụ máu, nhiễm trùng thành bụng

3. THẬN TRỌNG: Các vết mổ có đường rò, có thể có liên quan với rò tiêu hóa.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

+ Phẫu thuật viên chính: 01 bác sĩ

+ Phẫu thuật viên phụ: 02 bác sĩ

+ Dụng cụ viên: 01 điều dưỡng/hộ sinh

4.2. Thuốc: thuốc sát khuẩn và khử trùng, kháng sinh, dịch truyền…

4.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật/thủ thuật.

- Kim, chỉ khâu.

- Bơm tiêm, kim tiêm, kim luồn nhựa, dây truyền dịch, khóa ba chạc, ống thông...

- Găng tay vô trùng, mũ khẩu trang vô trùng, gạc y tế tiệt trùng; băng dính…

- Dao điện,…

- Đèn phẫu thuật/thủ thuật, bàn phẫu thuật/thủ thuật, máy hút, thân máy.

- Đồ vải

+ Quần, áo công tác

+ Quần, áo thủ thuật

+ Quần áo người bệnh

+ Săng phẫu thuật / thủ thuật

4.4. Người bệnh:

- Người bệnh và đại diện người bệnh: Được giải thích về bệnh lý và quá trình phẫu thuật/thủ thuật, các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi làm phẫu thuật/thủ thuật, tiên lượng kết quả điều trị… và ký giấy cam đoan đồng ý làm phẫu thuật/thủ thuật.

- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.

- Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật theo quy định.

- Tại phòng thực hiện kỹ thuật:

+ Kiểm tra đúng người bệnh, biên bản hội chẩn, giấy cam kết phẫu thuật/thủ thuật, …

+ Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp, bộc lộ rõ vị trí làm phẫu thuật/thủ thuật.

+ Vô cảm cho người bệnh (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)

+ Thông tiểu (nếu cần)

+ Sát khuẩn vùng phẫu thuật.

+ Trải săng vô khuẩn.

4.5. Hồ sơ bệnh án: Được hoàn thiện theo quy định.

4.6. Thời gian thực hiện: Ước tính thời gian khoảng 1 - 3 giờ

4.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Bước 1: Kiểm tra, đánh giá tình trạng vết mổ ở vị trí bị toác và xác định phương án khâu phục hồi lại vết mổ:

- Với những trường hợp tụ máu, toác vết mổ chưa qua lớp cân

+ Mở rộng vết mổ, lấy hết máu tụ. Trường hợp nhiễm khuẩn vết mổ thành bụng phải được tách rộng và đánh rửa vết mổ hàng ngày cho đến khi lên tổ chức hạt

+ Làm sạch vết mổ: Lấy hết tổ chức giả mạc và vùng da đã tổn thương hoại tử, bộc lộ cân cơ nếu cần thiết, kiểm tra tình trạng tổ chức hạt sau thời gian đánh rửa vết mổ hàng ngày

+ Khâu lại thành bụng: Khâu lại vết mổ bằng chỉ vicryl số 1, khoảng cách mỗi mũi khâu 1,5 - 2 cm. Đặt sonde dẫn lưu hút liên tục ở đáy vết mổ nếu cần.

- Với những trường hợp toác vết mổ qua lớp cân cơ

+ Bóc tách, gỡ dính, lấy hết máu cục hoặc tổ chức hoại tử, mủ.

+ Thăm dò ổ bụng.

+ Lấy dịch, bệnh phẩm làm vi sinh, kháng sinh đồ.

+ Lau rửa ổ bụng, đặt dẫn lưu

+ Khâu phục hồi lớp cân cơ.

+ Khâu da một lớp mũi rời chỉ số 1.0.

+ Đặt sonde dẫn lưu vết mổ.

5.2. Bước 2: Sát trùng, băng ép vết mổ, tạo áp lực âm hút liên tục sonde dẫn lưu nếu có.

6. 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…

7. 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.

14. CẮT POLYPE ĐƯỜNG ÂM ĐẠO

1. ĐẠI CƯƠNG

- Polype 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 hoặc cổ ngoài cổ tử cung, kích thước có thể thay đổi từ vài mm đến vài cm.

- Có 2 loại: polype xơ và polype tuyến

Thường lành tính, nhưng khoảng 1% các ca có chuyển dạng ác tính.

2. CHỈ ĐỊNH

- Polype cổ tử cung có kích thước < 3 cm, cuống polype < 1 cm.

- Polype cổ tử cung có triệu chứng: khí hư nhiều, ra máu sau rau hợp, rong huyết

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tổn thương tiền ung thư cổ tử cung hoặc ung thư cổ tử cung

- Viêm âm đạo, viêm cổ tử cung cấp

- Bệnh lý nội khoa không cho phép làm thủ thuật

- Phụ nữ có thai

4. THẬN TRỌNG

- Polype cổ tử cung có kích thước > 3 cm, cuống polype rộng > 1 cm, nằm sâu trong ống cổ tử cung

- Polype buồng tử cung tụt xuống nằm trong âm đạo và cổ tử cung

(các trường hợp trên cần làm phẫu thuật cắt polype tại Phòng phẫu thuật)

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

+ Phẫu thuật viên chính: 01 bác sĩ

+ Phẫu thuật viên phụ: 02 bác sĩ

+ Dụng cụ viên: 01 điều dưỡng/hộ sinh

5.2. Thuốc: thuốc sát khuẩn và khử trùng, kháng sinh, dịch truyền…

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật/thủ thuật.

- Kim, chỉ khâu.

- Bơm tiêm, kim tiêm, kim luồn nhựa, dây truyền dịch, khóa ba chạc, ống thông...

- Găng tay vô trùng, mũ khẩu trang vô trùng, gạc y tế tiệt trùng; băng dính…

- Dao điện,…

- Đèn phẫu thuật/thủ thuật, bàn phẫu thuật/thủ thuật, máy hút, thân máy.

- Đồ vải

+ Quần, áo công tác

+ Quần, áo thủ thuật

+ Quần áo người bệnh

+ Săng phẫu thuật / thủ thuật

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và đại diện người bệnh: Được giải thích về bệnh lý và quá trình phẫu thuật/thủ thuật, các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi làm phẫu thuật/thủ thuật, tiên lượng kết quả điều trị… và ký giấy cam đoan đồng ý làm phẫu thuật/thủ thuật.

- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.

- Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật theo quy định.

- Tại phòng thực hiện kỹ thuật:

+ Kiểm tra đúng người bệnh, biên bản hội chẩn, giấy cam kết phẫu thuật/thủ thuật, …

+ Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp, bộc lộ rõ vị trí làm phẫu thuật/thủ thuật.

+ Vô cảm cho người bệnh (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)

+ Thông tiểu (nếu cần)

+ Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.

+ Trải săng vô khuẩn.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Được hoàn thiện theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện: Ước tính khoảng 0,5 - 1 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng thủ thuật hoặc phòng phẫu thuật.

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Bước 1: Cắt polype

- Nếu polype cổ tử cung có cuống nhỏ: dùng kẹp hình tim kẹp polype và xoắn quanh cuống cho đến khi cuống đứt.

- Nếu polype cổ tử cung có cuống rộng: dùng dao điện cắt bỏ polype ở vị trí cuống polype.

6.2. Bước 2: Cầm máu

- Đốt điện hoặc khâu vào vị trí cuống/diện cắt để cầm máu.

- Bôi chất dính Monsel và ép vào vị trị cuống/diện cắt để cầm máu

- Có thể chèn meches âm đạo để cầm máu

6.3. Bước 3: Tháo dụng cụ

- Lau và sát khuẩn lại âm đạo, cổ tử cung bằng 1 kẹp sát khuẩn mới
- Tháo dụng cụ

6.4. Kết thúc quy trình

- Lấy bệnh phẩm gửi giải phẫu bệnh
- Trao đổi với người bệnh và thân nhân về kết quả thủ thuật.
- Ghi chép hồ sơ.
- Chỉ định điều trị thích hợp: kháng sinh…

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

7.1.1. Tại cơ sở y tế

- Theo dõi toàn trạng, mạch, huyết áp
- Theo dõi tình trạng chảy máu qua âm đạo
- Rút meches âm đạo sau 6 - 12 giờ
- Chăm sóc vệ sinh: lau âm hộ, âm đạo bằng dung dịch povidone-iodine hoặc các dung dịch sát trùng khác

7.1.2. Dặn dò

- Làm việc nhẹ, nghỉ ngơi nhiều, ăn uống đầy đủ
- Kiêng quan hệ tình dục trong tối thiểu 1 tuần
- Các dấu hiệu không bệnh lý thường gặp sau thủ thuật: ra huyết âm đạo ít từ 3 - 5 ngày ngay sau thủ thuật, có thể ra dịch vàng/ít huyết âm đạo sau 2 tuần (thường xảy ra đối với thủ thuật cắt polype bằng dao điện)
- Các dấu hiệu cần phải khám lại ngay: sốt kéo dài, ra huyết âm đạo lượng nhiều, hoặc kéo dài, đau bụng dưới

7.2. Tai biến ngay trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu chân polype:

Đốt điểm chảy máu

Khâu cầm máu

7.3. Tai biến sau phẫu thuật

- Nhiễm trùng chảy máu kéo dài:

Kháng sinh toàn thân.

Khâu hoặc chèn gạc tại chỗ hay đốt điện cầm máu

15. LẤY DỊ VẬT ÂM ĐẠO

1. ĐẠI CƯƠNG

Dị vật âm đạo có thể xảy ra ở bất kỳ lứa tuổi nào, từ phụ nữ trưởng thành đến bé gái chưa quan hệ tình dục. Nếu không được xử lý kịp thời có thể gây viêm nhiễm, tổn thương âm đạo và cổ tử cung. Lấy dị vật âm đạo cần được thực hiện càng sớm càng tốt.

2. CHỈ ĐỊNH

- Dị vật trong âm đạo.
- Trường hợp nghi ngờ có dị vật âm đạo (bé gái, thiếu nữ chưa quan hệ tình dục ra khí hư kéo dài)

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên chính: 01 bác sĩ
- Dụng cụ viên: 01 điều dưỡng/hộ sinh

5.2. Thuốc: Thuốc sát khuẩn và khử trùng, kháng sinh, dịch truyền…

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật/thủ thuật.
- Kim, chỉ khâu.
- Bơm tiêm, kim tiêm, kim luồn nhựa, dây truyền dịch, khóa ba chạc, ống thông...
- Găng tay vô trùng, mũ khẩu trang vô trùng, gạc y tế tiệt trùng; băng dính…
- Đèn phẫu thuật/thủ thuật, bàn phẫu thuật/thủ thuật.
- Đồ vải

+ Quần, áo công tác
+ Quần, áo thủ thuật
+ Quần áo người bệnh
+ Săng phẫu thuật / thủ thuật

5.4. Người bệnh.

- Người bệnh và đại diện người bệnh: Được giải thích về bệnh lý và quá trình phẫu thuật/thủ thuật, các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi làm phẫu thuật/thủ thuật, tiên lượng kết quả điều trị… và ký giấy cam đoan đồng ý làm phẫu thuật/thủ thuật.
- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.
- Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật theo quy định.
- Tại phòng thực hiện kỹ thuật:

+ Kiểm tra đúng người bệnh, biên bản hội chẩn, giấy cam kết phẫu thuật/thủ thuật, …
+ Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp, bộc lộ rõ vị trí làm phẫu thuật/thủ thuật.
+ Vô cảm cho người bệnh (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)
+ Thông tiểu (nếu cần)
+ Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.
+ Trải săng vô khuẩn.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Được hoàn thiện theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện: Ước tính khoảng 1 - 2 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng thủ thuật hoặc phòng phẫu thuật.

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Bước 1: Quan sát trực tiếp dị vật, dùng panh lấy dị vật, đánh giá các tổn thương nếu có.

6.2. Bước 2: Sát trùng lại âm đạo, tháo mỏ vịt.

6.3. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Theo dõi 30 phút sau phẫu thuật.
- Cho kháng sinh dự phòng nhiễm trùng 5 ngày.
- Hẹn khám lại khi có các dấu hiệu bất thường: đau bụng nhiều, ra máu âm đạo nhiều hay kéo dài, sốt, ra dịch âm đạo hôi...
- Lấy dị vật âm đạo thường ít xảy ra các tai biến.

16. KHÂU RÁCH CÙNG ĐỒ ÂM ĐẠO

1. ĐẠI CƯƠNG

Khoang nằm giữa mặt sau cổ tử cung và âm đạo gọi là cùng đồ sau. Cùng đồ sau là 1 khoang ngăn cách âm đạo và bên trong ổ bụng

Nguyên nhân của rách cùng độ âm đạo thường xảy ra sau giao hợp không đúng cách, lần đầu giao hợp, phụ nữ mãn kinh hay giao hợp bằng dụng cụ,...

Rách cùng đồ có 2 thể:

- Thể nhẹ: âm đạo bị rách nhưng không bị thủng hoàn toàn, không thông với ổ bụng

- Thể nặng: âm đạo bị thủng hoàn toàn thông vào ổ bụng, có thể nhìn qua âm đạo mà thấy được các cấu trúc trong bụng như ruột non, mạc nối vòi vào trong âm đạo.

2. CHỈ ĐỊNH: Rách cùng đồ

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH: Các bệnh lý toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật

4. THẬN TRỌNG: Đang mắc các bệnh nội khoa cần được điều trị trước phẫu thuật

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

+ Phẫu thuật viên chính: 01 bác sĩ

+ Phẫu thuật viên phụ: 02 bác sĩ

+ Dụng cụ viên: 01 điều dưỡng/hộ sinh

5.2. Thuốc: thuốc sát khuẩn và khử trùng, kháng sinh, dịch truyền…

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật/thủ thuật.

- Kim, chỉ khâu, bóng Foley.

- Bơm tiêm, kim tiêm, kim luồn nhựa, dây truyền dịch, khóa ba chạc, ống thông...

- Găng tay vô trùng, mũ khẩu trang vô trùng, gạc y tế tiệt trùng; băng dính…

- Dao điện,…

- Đèn phẫu thuật/thủ thuật, bàn phẫu thuật/thủ thuật, máy hút, thân máy.

- Đồ vải

+ Quần, áo công tác

+ Quần, áo thủ thuật

+ Quần áo người bệnh

+ Săng phẫu thuật / thủ thuật

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và đại diện người bệnh: Được giải thích về bệnh lý và quá trình phẫu thuật/thủ thuật, các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi làm phẫu thuật/thủ thuật, tiên lượng kết quả điều trị… và ký giấy cam đoan đồng ý làm phẫu thuật/thủ thuật.

- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.

- Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật theo quy định.

- Tại phòng thực hiện kỹ thuật:

+ Kiểm tra đúng người bệnh, biên bản hội chẩn, giấy cam kết phẫu thuật/thủ thuật, …

+ Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp, bộc lộ rõ vị trí làm phẫu thuật/thủ thuật.

+ Vô cảm cho người bệnh (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)

+ Thông tiểu (nếu cần)

+ Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.

+ Trải săng vô khuẩn.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Được hoàn thiện theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện: Ước tính thời gian khoảng 1 - 2 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật.

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Bước 1: Kiểm tra, đánh giá tổn thương

Đặt van âm đạo kiểm tra vị trí, kích thước tổn thương. Đánh giá xem âm đạo bị rách có thông với ổ bụng không

- Thể nhẹ: âm đạo bị rách nhưng không bị thủng hoàn toàn không thông với ổ bụng. Trường

hợp này được xử trí khâu lại vết thương cầm máu bằng chỉ tự tiêu mũi rời hoặc mũi vắt.

- Thể nặng: âm đạo bị thủng hoàn toàn thông vào ổ bụng, có thể nhìn qua âm đạo mà thấy được các cấu trúc trong bụng như ruột non, mạc nối vòi vào trong âm đạo. Đây là trường hợp phức tạp cần phải phẫu thuật thực sự, kết hợp nội soi ổ bụng và mổ đường âm đạo đồng thời.

6.2. Bước 2. Soi ổ bụng và khâu vết rách dưới hướng dẫn của nội soi (trong trường hợp âm đạo thông với ổ bụng)

6.2.1. Chọc Trocar và bơm CO_2

- Có thể chọc Trocar đèn soi trực tiếp ở ngay mép rốn sau đó bơm CO_2. Bơm CO_2 đến áp lực mong muốn (khoảng 12mmHg)

- Chọc Trocar phẫu thuật ở 2 bên hố chậu (chú ý chọc Trocar ở phía ngoài của di tích động mạch rốn và tránh chọc vào mạch máu thượng vị nông)

Trong một số trường hợp có sẹo mổ cũ, người bệnh thừa cân…có nguy cơ tổn thương các tạng trong bụng khi chọc Trocar trực tiếp thì có thể dùng kim bơm CO_2 trước hoặc nội soi mở:

Điểm chọc kim bơm CO_2 thường ở ngay mép dưới rốn cũng là nơi chọc Trocar đèn soi (đây là điểm chọc phổ biến nhất).Trong ca có sẹo mổ cũ đường trắng giữa. Dưới rốn thì có thể chọc kim ở vị trí hạ sườn trái hoặc nội soi mở.

6.2.2. Kiểm tra toàn bộ ổ bụng, vết thương ở cùng đồ.

- Kiểm tra xem trong bụng có dị vật không (ví dụ như sextoy…). Nếu có phải lấy ra khỏi bụng (thường lấy qua vị trí vết rách ở cùng đồ).

- Kiểm tra xem có tổn thương trực tràng không. Nếu có cần phải phối hợp với chuyên khoa Ngoại.

6.2.3. Khâu lại vết rách qua đường âm đạo dưới giám sát của nội soi

6.2.4. Rửa sạch ổ bụng. Kiểm tra lại vị trí khâu.

6.2.5. Rút Trocar, khâu da.

6.3. Bước 3. Khâu vết rách đường âm đạo (trong trường hợp vết rách không thông với ổ bụng)

6.4. Kết thúc quy trình:

Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.

Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.

Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

Đặt sonde bàng quang 2 - 5 ngày

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

Theo dõi toàn trạng, mạch, huyết áp, ra máu âm đạo

Thay khuôn nong hoặc meche hàng ngày, vệ sinh âm đạo

7.2. Tai biến ngay trong khi thực hiện kỹ thuật

Thủng trực tràng, niệu đạo: phối hợp bác sỹ chuyên khoa khâu lại tổn thương

Chảy máu: chèn meches hoặc chèn bóng Foley cầm máu

7.3. Tai biến sau phẫu thuật: Nhiễm khuẩn: sử dụng kháng sinh dự phòng

7.4. Biến chứng muộn: Dính âm đạo - cổ tử cung sau phẫu thuật

17. CHÍCH RẠCH TỤ MÁU TẦNG SINH MÔN

1. ĐẠI CƯƠNG

Tụ máu âm đạo, tầng sinh môn là một trong những biến chứng thường gặp sau sinh, đặc biệt ở các sản phụ sinh con so, sinh nhanh, có cắt tầng sinh môn, tăng sinh mạch máu vùng tầng sinh môn và rối loạn đông máu.

2. CHỈ ĐỊNH

- Đứt các mạch máu lớn, khối máu tụ to nhanh lên nhiều.

- Đau nhiều, sản phụ không chịu được
- Khối máu tụ bị nhiễm khuẩn, có lỗ rò
- Khối máu tụ cản trở khi bóc rau nhân tạo hay kiểm soát tử cung

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nếu có rối loạn đông máu phải điều chỉnh rối loạn đông máu

4. THẬN TRỌNG

- Các trường hợp khối máu tụ phức tạp, lan lên trên cao, lan ra phía sau khoang phúc mạc
- Các trường hợp người bệnh rối loạn đông máu

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Thủ thuật viên chính: 01 bác sĩ
- Thủ thuật viên phụ: 01 - 02 bác sĩ
- Dụng cụ viên: 01 điều dưỡng/hộ sinh

5.2. Thuốc: thuốc sát khuẩn và khử trùng, kháng sinh, dịch truyền…

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật/thủ thuật.
- Kim, chỉ khâu.
- Bơm tiêm, kim tiêm, kim luồn nhựa, dây truyền dịch, khóa ba chạc, ống thông...
- Găng tay vô trùng, mũ khẩu trang vô trùng, gạc y tế tiệt trùng; băng dính…
- Dao điện,…
- Đèn phẫu thuật/thủ thuật, bàn phẫu thuật/thủ thuật, máy hút, thân máy.
- Đồ vải

+ Quần, áo công tác
+ Quần, áo thủ thuật
+ Quần áo người bệnh
+ Săng phẫu thuật / thủ thuật

5.4 Người bệnh

- Người bệnh và đại diện người bệnh: Được giải thích về bệnh lý và quá trình phẫu thuật/thủ thuật, các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi làm phẫu thuật/thủ thuật, tiên lượng kết quả điều trị… và ký giấy cam đoan đồng ý làm phẫu thuật/thủ thuật.
- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.
- Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật theo quy định.
- Tại phòng thực hiện kỹ thuật:

+ Kiểm tra đúng người bệnh, biên bản hội chẩn, giấy cam kết phẫu thuật/thủ thuật, …
+ Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp, bộc lộ rõ vị trí làm phẫu thuật/thủ thuật.
+ Vô cảm cho người bệnh (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)
+ Thông tiểu (nếu cần)
+ Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.
+ Trải săng vô khuẩn.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Được hoàn thiện theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện: Ước tính khoảng 1 - 2 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng thủ thuật hoặc phòng phẫu thuật

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Bước 1: Rạch khối máu tụ: đường rạch cần đảm bảo đủ rộng để tiếp cận dễ dàng vào khối máu tụ và đảm bảo thẩm mỹ

Bước 2: Lấy khối máu tụ: Lấy hết máu cục ra ngoài, bơm rửa Povidone-iodine, khi đến đáy khối máu tụ thường sẽ thấy một vùng có máu loang ra đều khắp bề mặt.

Bước 3: Cầm máu: Tìm điểm chảy máu nếu có, khâu buộc cầm máu hoặc đốt điện kỹ để tránh

tái phát.

Bước 4: Khâu phục hồi thương tổn: Khâu phục hồi theo các lớp giải phẫu

Bước 5: Kiểm tra lại sau khâu: Cho 1 ngón tay vào hậu môn kiểm tra xem có khâu vào trực tràng không, nếu có phải cắt chỉ khâu lại. Chèn gạc hoặc có thể đặt sonde dẫn lưu dịch vào vị trí khối máu tụ nếu cần thiết. Nên đặt gạc nhẹ nhàng và cẩn thận để tránh làm tuột chỉ buộc vùng máu tụ và tránh gây sang chấn thêm.

7. THEO DÕI

Theo dõi toàn trạng, các dấu hiệu sinh tồn đặc biệt trong 24 giờ đầu sau thực hiện thủ thuật

Theo dõi tình trạng ra máu âm đạo.

Chăm sóc vệ sinh: Lau âm đạo, tầng sinh môn bằng dung dịch povidone-iodine hoặc các dung dịch sát trùng khác

Chế độ ăn: Cho ăn lỏng sớm

8. XỬ TRÍ TAI BIẾN

Chảy máu, tụ máu lại: Cần phải cầm máu kỹ.

Rối loạn đông máu: theo dõi, phát hiện, can thiệp kịp thời (truyền máu đúng chỉ định).

Nhiễm trùng: Nên đặt thông bàng quang sau phẫu thuật 72 giờ để giữ sạch vết mổ. Cho kháng sinh, sát trùng âm đạo hàng ngày.

18. CHÍCH ÁP XE TUYẾN BARTHOLIN

1. ĐẠI CƯƠNG

Áp xe tuyến Bartholin là do nhiễm trùng tuyến Bartholin tạo thành ổ mủ.

2. CHỈ ĐỊNH

Áp xe tuyến Bartholin

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Nang tuyến Bartholin đang trong giai đoạn viêm chưa hóa mủ (sưng, nóng, đỏ, đau)

4. THẬN TRỌNG

- Các trường hợp khối áp xe ở vị trí khác thường: khối áp xe ở gần niệu đạo, khối áp xe lan sâu vào thành âm đạo hoặc thành chậu 2 bên.

- Các trường hợp có nghi ngờ rò liên quan đến hậu môn, trực tràng

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Thủ thuật viên chính: 01 bác sĩ

- Dụng cụ viên: 01 điều dưỡng/hộ sinh

5.2. Thuốc: thuốc sát khuẩn và khử trùng, kháng sinh, dịch truyền…

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật/thủ thuật.

- Kim, chỉ khâu.

- Bơm tiêm, kim tiêm, kim luồn nhựa, dây truyền dịch, khóa ba chạc, ống thông...

- Găng tay vô trùng, mũ khẩu trang vô trùng, gạc y tế tiệt trùng; băng dính…

- Dao điện,…

- Đèn phẫu thuật/thủ thuật, bàn phẫu thuật/thủ thuật, máy hút, thân máy.

- Đồ vải

+ Quần, áo công tác

+ Quần, áo thủ thuật

+ Quần áo người bệnh

+ Săng phẫu thuật / thủ thuật

5.4. Người bệnh:

- Người bệnh và đại diện người bệnh: Được giải thích về bệnh lý và quá trình phẫu thuật/thủ thuật, các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi làm phẫu thuật/thủ thuật, tiên

lượng kết quả điều trị… và ký giấy cam đoan đồng ý làm phẫu thuật/thủ thuật.

- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.
- Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật theo quy định.
- Tại phòng thực hiện kỹ thuật:

+ Kiểm tra đúng người bệnh, biên bản hội chẩn, giấy cam kết phẫu thuật/thủ thuật, …

+ Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp, bộc lộ rõ vị trí làm phẫu thuật/thủ thuật.

+ Vô cảm cho người bệnh (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)

+ Thông tiểu (nếu cần)

+ Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.

+ Trải săng vô khuẩn.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Được hoàn thiện theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện: Ước tính khoảng 0,5 - 1 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng thủ thuật hoặc phòng phẫu thuật

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Bước 1: Xác định đường rạch: Đường rạch giữa nếp gấp môi lớn và môi bé.

6.2. Bước 2: Dẫn lưu, làm sạch khối áp xe: Lấy hết dịch mủ trong khối áp xe, bơm rửa bằng povidone-iodine

6.3. Bước 3: Khâu vành khăn

- Khâu vành khăn mép vết chích để dẫn lưu khối áp xe bằng chỉ 2.0
- Đặt gạc dẫn lưu nếu khối to, dịch mủ nhiều

7. THEO DÕI

- Sử dụng kháng sinh ít nhất 5 ngày sau khi làm thủ thuật
- Vệ sinh tầng sinh môn bằng dung dịch povidone-iodine hoặc các dung dịch sát trùng khác.
- Theo dõi nguy cơ tụ máu sau khi làm thủ thuật và nguy cơ nhiễm khuẩn

8. XỬ TRÍ TAI BIẾN

Nhiễm trùng: Điều trị kháng sinh, có thể chích lại

Tụ máu: Tuỳ tiến triển khối máu tụ có thể theo dõi hay phá ra cầm máu lại

19. BÓC NANG TUYẾN BARTHOLIN

1. ĐẠI CƯƠNG

Nang tuyến Bartholin là nang âm hộ phổ biến. Đây là dạng nang chứa chất nhầy, nằm ở 2 bên của âm đạo, liên quan đến sự tắc nghẽn ống tuyến Bartholin. Nang tuyến Bartholin có thể gây vướng, gây đau âm hộ, đau khi giao hợp, gây bất đối xứng âm hộ. Nang tuyến Bartholin có thể bị nhiễm khuẩn và tiến triển thành áp xe Bartholin.

2. CHỈ ĐỊNH: Nang tuyến Bartholin.

3. THẬN TRỌNG: Nang nằm sâu, có kích thước nhỏ

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Thủ thuật viên chính: 01 bác sĩ
- Dụng cụ viên: 01 điều dưỡng/hộ sinh

4.2. Thuốc: thuốc sát khuẩn và khử trùng, kháng sinh, dịch truyền…

4.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật/thủ thuật.
- Kim, chỉ khâu.
- Bơm tiêm, kim tiêm, kim luồn nhựa, dây truyền dịch, khóa ba chạc, ống thông...
- Găng tay vô trùng, mũ khẩu trang vô trùng, gạc y tế tiệt trùng; băng dính…
- Dao điện,…
- Đèn phẫu thuật/thủ thuật, bàn phẫu thuật/thủ thuật, máy hút, thân máy.

- Đồ vải

+ Quần, áo công tác

+ Quần, áo thủ thuật

+ Quần áo người bệnh

+ Săng phẫu thuật / thủ thuật

4.4. Người bệnh:

- Người bệnh và đại diện người bệnh: Được giải thích về bệnh lý và quá trình phẫu thuật/thủ thuật, các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi làm phẫu thuật/thủ thuật, tiên lượng kết quả điều trị… và ký giấy cam đoan đồng ý làm phẫu thuật/thủ thuật.

- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.

- Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật theo quy định.

- Tại phòng thực hiện kỹ thuật:

+ Kiểm tra đúng người bệnh, biên bản hội chẩn, giấy cam kết phẫu thuật/thủ thuật, …

+ Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp, bộc lộ rõ vị trí làm phẫu thuật/thủ thuật.

+ Vô cảm cho người bệnh (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)

+ Thông tiểu (nếu cần)

+ Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.

+ Trải săng vô khuẩn.

4.5. Hồ sơ bệnh án: Được hoàn thiện theo quy định.

4.6. Thời gian thực hiện: Ước tính thời gian 0,5-1 giờ

4.7. Địa điểm thực hiện: Phòng thủ thuật hoặc phòng phẫu thuật

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Bước 1: Xác định đường rạch: Đường rạch giữa nếp gấp môi lớn và môi bé

5.2. Bước 2: Bóc tách tuyến: Bóc tách tránh vỡ nang

5.3. Bước 3: Cầm máu: sử dụng dao điện cầm máu hoặc khâu qua đáy khoang bóc tách, cần chú ý kiểm soát được phần cuống của nang là nơi có nguồn mạch nuôi cho nang, nếu bị tụt đầu mạch có thể dẫn đến khối máu tụ (haematome)

5.4. Bước 4: Khâu da: khâu bằng chỉ 2.0

6. THEO DÕI

- Sử dụng kháng sinh ít nhất 5 ngày sau khi làm thủ thuật

- Vệ sinh tầng sinh môn bằng dung dịch Povidone-iodine hoặc các dung dịch sát trùng khác.

- Theo dõi nguy cơ tụ máu sau khi làm thủ thuật và nguy cơ nhiễm khuẩn.

7. XỬ TRÍ TAI BIẾN

Nhiễm trùng: điều trị kháng sinh, có thể chích lại

Tụ máu: xử trí khối

20. NONG CỔ TỬ CUNG HOẶC BUỒNG TỬ CUNG

1. ĐỊNH NGHĨA

Nong cổ tử cung, buồng tử cung là thủ thuật đưa ống nong hoặc ống hút vào buồng tử cung tách dính ống cổ tử cung hoặc buồng tử cung và có thể đặt dụng cụ tử cung tránh thai nằm giữa trong buồng tử cung để 2 mặt không dính lại.

2. CHỈ ĐỊNH

- Dính buồng tử cung độ I sau hút thai hoặc sau tháo dụng cụ tử cung.

- Dính ống cổ tử cung (ứ máu kinh).

- Bế sản dịch sau mổ lấy thai chủ động.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Dính buồng tử cung từ độ II trở lên.

- Bệnh lý nội khoa nặng.

- Thể trạng người bệnh chưa cho phép tiến hành thủ thuật

4. THẬN TRỌNG: Có sẹo mổ đẻ cũ, sẹo bóc nhân xơ tử cung

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Thủ thuật viên chính: 01 bác sĩ
- Dụng cụ viên: 01 điều dưỡng/hộ sinh

5.2. Thuốc: thuốc sát khuẩn và khử trùng, kháng sinh, dịch truyền…

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật/thủ thuật.
- Kim, chỉ khâu.
- Bơm tiêm, kim tiêm, kim luồn nhựa, dây truyền dịch, khóa ba chạc, ống thông...
- Găng tay vô trùng, mũ khẩu trang vô trùng, gạc y tế tiệt trùng; băng dính…
- Dao điện, máy siêu âm, dụng cụ nong cổ tử cung (nến Hegar, ống hút Karmann…)
- Đèn phẫu thuật/thủ thuật, bàn phẫu thuật/thủ thuật.
- Đồ vải

+ Quần, áo công tác
+ Quần, áo thủ thuật
+ Quần áo người bệnh
+ Săng phẫu thuật/thủ thuật

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và đại diện người bệnh: Được giải thích về bệnh lý và quá trình phẫu thuật/thủ thuật, các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi làm phẫu thuật/thủ thuật, tiên lượng kết quả điều trị… và ký giấy cam đoan đồng ý làm phẫu thuật/thủ thuật.
- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.
- Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật theo quy định.
- Tại phòng thực hiện kỹ thuật:

+ Kiểm tra đúng người bệnh, biên bản hội chẩn, giấy cam kết phẫu thuật/thủ thuật, …
+ Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp, bộc lộ rõ vị trí làm phẫu thuật/thủ thuật.
+ Vô cảm cho người bệnh (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)
+ Thông tiểu (nếu cần)
+ Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.
+ Trải săng vô khuẩn.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Được hoàn thiện theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện: Ước tính thời gian 1 - 2 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng thủ thuật

6. TIẾN HÀNH QTKT

Bước 1: **Sát khuẩn**

Sát khuẩn vùng âm hộ, âm đạo.

Đặt van âm đạo: sát khuẩn lại âm đạo, sát khuẩn cổ tử cung.

Bước 2: **Thăm dò buồng tử cung**

Kẹp cổ tử cung vị trí 12 giờ và gây tê cạnh cổ tử cung.

Dùng thước đo thăm dò tư thế tử cung, chiều cao buồng tử cung dưới hướng dẫn của siêu âm.

Bước 3: **Nong buồng tử cung**

Nong buồng tử cung bằng nong Hegar số 5 hoặc 6 hoặc sử dụng ống hút Karmann số 5 - 6 - 7 dưới hướng dẫn của siêu âm.

Có thể đặt dụng cụ tử cung chống dính.

Bước 4: **Kết thúc thủ thuật**

Tháo kẹp Pozzi.

Lau và sát khuẩn lại âm đạo, cổ tử cung bằng 1 kẹp sát khuẩn mới.

7. THEO DÕI

Toàn trạng: mạch, nhiệt độ, huyết áp.

Theo dõi ra máu âm đạo.

Sau thủ thuật: trao đổi với người bệnh kết quả thủ thuật, kháng sinh, vòng kinh nhân tạo, siêu âm bơm nước hoặc chụp lại buồng tử cung sau 1 tháng.

8. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu: loại trừ tổn thương tử cung, dùng thuốc co tử cung và kháng sinh và theo dõi sát. Trong trường hợp có đặt dụng cụ tử cung chống dính kiểm tra dụng cụ tử cung đúng vị trí không nếu ra máu nhiều và kéo dài thì lấy dụng cụ tử cung

- Thủng tử cung: có thể điều trị nội khoa và theo dõi, trong trường hợp chảy máu tiến triển mổ nội soi cấp cứu xử trí theo tổn thương.

- Dụng cụ tử cung tụt vào ổ bụng: mổ nội soi lấy dụng cụ tử cung.

21. HÚT BUỒNG TỬ CUNG

1. ĐẠI CƯƠNG:

Hút buồng tử cung là một thủ thuật đưa ống hút vào buồng tử cung, dưới áp lực âm hút tổ chức từ buồng tử cung ra.

2. CHỈ ĐỊNH

- Rong huyết kéo dài đã loại trừ có thai.
- Mãn kinh ra máu.
- Rong huyết trong u xơ tử cung.
- Rong huyết không rõ nguyên nhân.
- Quá sản niêm mạc tử cung.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

Thiếu máu nặng, thể trạng người bệnh chưa cho phép tiến hành thủ thuật.

4. THẬN TRỌNG:

Bệnh nền khoa chưa kiểm soát được, tăng huyết áp,…

5. CHUẨN BỊ:

5.1. Người thực hiện:

- Thủ thuật viên chính: 01 bác sĩ
- Dụng cụ viên: 01 điều dưỡng/hộ sinh

5.2. Thuốc: Thuốc sát khuẩn và khử trùng, kháng sinh, dịch truyền…

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật/thủ thuật.
- Kim, chỉ khâu.
- Bơm tiêm, kim tiêm, kim luồn nhựa, dây truyền dịch, khóa ba chạc, ống thông...
- Găng tay vô trùng, mũ khẩu trang vô trùng, gạc y tế tiệt trùng; băng dính…
- Dao điện, máy siêu âm, bộ dụng cụ hút chân không…
- Đèn phẫu thuật/thủ thuật, bàn phẫu thuật/thủ thuật.
- Đồ vải

+ Quần, áo công tác
+ Quần, áo thủ thuật
+ Quần áo người bệnh

+ Săng phẫu thuật/thủ thuật

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và đại diện người bệnh: Được giải thích về bệnh lý và quá trình phẫu thuật/thủ thuật, các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi làm phẫu thuật/thủ thuật, tiên lượng kết quả điều trị… và ký giấy cam đoan đồng ý làm phẫu thuật/thủ thuật.

- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.

- Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật theo quy định.

- Tại phòng thực hiện kỹ thuật:

+ Kiểm tra đúng người bệnh, biên bản hội chẩn, giấy cam kết phẫu thuật/thủ thuật, …

+ Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp, bộc lộ rõ vị trí làm phẫu thuật/thủ thuật.

+ Vô cảm cho người bệnh (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)

+ Thông tiểu (nếu cần)

+ Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.

+ Trải săng vô khuẩn.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Được hoàn thiện theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện: Ước tính thời gian 0,2 - 0,5 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng thủ thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Bước 1: Đặt van âm đạo.

Bước 2: Kẹp cổ tử cung. Gây tê tại chỗ, Đo buồng tử cung

Bước 3: Hút buồng tử cung bằng bơm hút dưới hướng dẫn của siêu âm

Bước 4: Lau và sát khuẩn lại âm đạo, cổ tử cung bằng 1 kẹp sát khuẩn mới.

Bước 5: Tháo dụng cụ.

Bước 6: Lấy bệnh phẩm hút ra gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh.

Kết thúc quy trình:

- Trao đổi với người bệnh về kết quả thủ thuật.

- Ghi chép hồ sơ.

- Chỉ định điều trị thích hợp: kháng sinh, thuốc co tử cung

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện thủ thuật:

- Toàn trạng: mạch, nhiệt độ, huyết áp. Theo dõi ra máu âm đạo.

- Chảy máu: dùng thuốc co tử cung Oxytocin, Egotamin, Misoprostol.

- Thủng tử cung: có thể theo dõi điều trị nội khoa hoặc nhập viện theo dõi.

- Sau hút nên dùng thuốc kháng sinh, vòng kinh nhân tạo.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện thủ thuật: Chảy máu, thủng tử cung, nhiễm trùng

7.3. Biến chứng muộn: Dính buồng TC

22. NẠO NIÊM MẠC TỬ CUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Nạo niêm mạc tử cung là thủ thuật dùng để nạo hoặc hút lớp niêm mạc tử cung nhằm mục đích chẩn đoán và/hoặc điều trị.

2. CHỈ ĐỊNH

- Nghi ngờ có bệnh lý về niêm mạc tử cung: ung thư niêm mạc tử cung, quá sản niêm mạc tử cung.

- Mãn kinh ra máu âm đạo, niêm mạc tử cung dày trên 4 mm.

- Rong kinh, rong huyết, băng kinh.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH: Rối loạn đông máu.

4. THẬN TRỌNG

- Viêm nhiễm tại chỗ

- Người bệnh già yếu, có nhiều bệnh lý nội khoa phối hợp không đảm bảo an toàn khi thực hiện thủ thuật.

5. CHUẨN BỊ

5.1 Người thực hiện*:*

- Thủ thuật viên chính: 01 bác sĩ

- Thủ thuật viên phụ: 01 - 02 bác sĩ

- Dụng cụ viên: 01 điều dưỡng/hộ sinh

5.2. Thuốc: thuốc sát khuẩn và khử trùng, kháng sinh, dịch truyền…

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật/thủ thuật.

- Kim, chỉ khâu.

- Bơm tiêm, kim tiêm, kim luồn nhựa, dây truyền dịch, khóa ba chạc, ống thông...

- Găng tay vô trùng, mũ khẩu trang vô trùng, gạc y tế tiệt trùng; băng dính…

- Dao điện,…

- Đèn phẫu thuật/thủ thuật, bàn phẫu thuật/thủ thuật.

- Đồ vải

+ Quần, áo công tác

+ Quần, áo thủ thuật

+ Quần áo người bệnh

+ Săng phẫu thuật / thủ thuật

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và đại diện người bệnh: Được giải thích về bệnh lý và quá trình phẫu thuật/thủ thuật, các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi làm phẫu thuật/thủ thuật, tiên lượng kết quả điều trị… và ký giấy cam đoan đồng ý làm phẫu thuật/thủ thuật.

- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.

- Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật theo quy định.

- Tại phòng thực hiện kỹ thuật:

+ Kiểm tra đúng người bệnh, biên bản hội chẩn, giấy cam kết phẫu thuật/thủ thuật, …

+ Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp, bộc lộ rõ vị trí làm phẫu thuật/thủ thuật.

+ Vô cảm cho người bệnh (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)

+ Thông tiểu (nếu cần)

+ Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.

+ Trải săng vô khuẩn.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Được hoàn thiện theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện: Ước tính khoảng 0,5 - 1 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng thủ thuật.

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Bước 1:

- Đặt mỏ vịt hoặc đặt van âm đạo bộc lộ cổ tử cung.

- Cặp Pozzi vào môi trước hoặc môi sau cổ tử cung, kéo cổ tử cung thẳng trục với thân tử cung.

- Đo buồng tử cung bằng thước đo.

6.2. Bước 2:

- Hút buồng tử cung dưới hướng dẫn siêu âm:

- Nếu dùng Pipel nhỏ: đưa pipel vào buồng tử cung đến tận đáy tử cung, sau đó rút nòng pipel lấy bệnh phẩm.

- Nếu dùng bơm hút chân không: lắp bơm hút, tạo áp lực âm; chọn ống hút có kích cỡ phù hợp đưa vào buồng tử cung đến tận đáy tử cung. Lắp bơm hút vào ống hút, sau đó mở van, xoay nhẹ nhàng để hút bệnh phẩm vào bơm. Khi bơm gần đầy, rút bơm để tháo bệnh phẩm bên trong. Sau đó, lặp lại bước tạo áp lực âm và tiếp tục hút đến khi buồng tử cung sạch, co tốt. Chú ý hút sạch cả 2 góc buồng tử cung.

- Có thể dùng thìa nạo lấy tổ chức buồng tử cung.

- Lấy bệnh phẩm gửi giải phẫu bệnh.

6.3. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.

- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến ngay trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu nhiều do tử cung co kém: hồi sức; dùng thuốc tăng co phù hợp.

- Tổn thương cơ tử cung: dừng thủ thuật; dùng thuốc tăng co tử cung, thuốc cầm máu; dùng kẹp hình tim kẹp cổ tử cung tại vị trí 3h - 9h để kéo cầm máu; chèn bóng vào buồng tử cung hoặc phẫu thuật xử trí tổn thương.

- Rách cổ tử cung: chèn cầm máu bằng mèche hoặc khâu lại.

- Thủng tử cung: dừng thủ thuật, tùy mức độ mà điều trị nội khoa hoặc phẫu thuật.

- Thất bại: không nạo/ hút được bệnh phẩm: cần chuyển sang soi buồng tử cung chẩn đoán.

7.2. Tai biến sau phẫu thuật

- Chảy máu sau mổ: có dấu hiệu choáng, tụt huyết áp, tình trạng thiếu máu cấp, ổ bụng có dịch... Phải mổ lại để cầm máu đồng thời hồi sức tích cực, điều chỉnh rối loạn đông máu, bồi phụ thể tích tuần hoàn.

- Nhiễm trùng: sử dụng kháng sinh điều trị.

7.3. Tai biến muộn

Dính buồng tử cung.

23. NẠO; HÚT THAI TRỨNG

1. ĐẠI CƯƠNG

- Là một thủ thuật đưa ống hút vào buồng tử cung, dưới áp lực âm hút tổ chức trứng, rau thai trong buồng tử cung.

- Nạo, hút thai trứng nguy hiểm hơn hút thai thường vì tử cung to và mềm nên nguy cơ chảy máu và thủng tử cung, sót trứng cao.

2. CHỈ ĐỊNH: Thai trứng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH: Nghi ngờ thai trứng xâm lấn.

4. THẬN TRỌNG

- Rối loạn đông máu

- Viêm nhiễm tại chỗ

- Có nhiều bệnh lý nội khoa phối hợp không đảm bảo an toàn khi thực hiện thủ thuật.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Thủ thuật viên chính: 01 bác sĩ

- Thủ thuật viên phụ: 01 bác sĩ

- Dụng cụ viên: 01 điều dưỡng/hộ sinh

5.2. Thuốc: thuốc sát khuẩn và khử trùng, kháng sinh, dịch truyền…

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật/thủ thuật.

- Kim, chỉ khâu.

- Bơm tiêm, kim tiêm, kim luồn nhựa, dây truyền dịch, khóa ba chạc, ống thông...

- Găng tay vô trùng, mũ khẩu trang vô trùng, gạc y tế tiệt trùng; băng dính…

- Đèn phẫu thuật/thủ thuật, bàn phẫu thuật/thủ thuật, hệ thống hút chân không, thân máy, máy siêu âm,.

- Đồ vải

+ Quần, áo công tác

+ Quần, áo thủ thuật

+ Quần áo người bệnh

+ Săng phẫu thuật / thủ thuật

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và đại diện người bệnh: Được giải thích về bệnh lý và quá trình phẫu thuật/thủ thuật, các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi làm phẫu thuật/thủ thuật, tiên lượng kết quả điều trị… và ký giấy cam đoan đồng ý làm phẫu thuật/thủ thuật.

- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.

- Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật theo quy định.

- Tại phòng thực hiện kỹ thuật:

+ Kiểm tra đúng người bệnh, biên bản hội chẩn, giấy cam kết phẫu thuật/thủ thuật, …

+ Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp, bộc lộ rõ vị trí làm phẫu thuật/thủ thuật.

+ Vô cảm cho người bệnh (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)

+ Thông tiểu (nếu cần)

+ Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.

+ Trải săng vô khuẩn.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Được hoàn thiện theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện: Ước tính thời gian 0,5 - 1 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng thủ thuật

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Bước 1:

- Đặt van âm đạo.

- Kẹp cổ tử cung và đo buồng tử cung.

6.2. Bước 2:

- Hút trứng bằng bơm hoặc máy hút dưới hướng dẫn của siêu âm.

6.3. Bước 3:

- Lau và sát khuẩn lại âm đạo, cổ tử cung bằng 1 kẹp sát khuẩn mới.

- Tháo dụng cụ.

- Lấy bệnh phẩm hút ra gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh.

- Chỉ định điều trị thích hợp: kháng sinh, thuốc co tử cung.

6.4. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.

- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến ngay trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: nếu đang hút thì hồi sức và hút nhanh, lấy hết trứng để tử cung co lại sẽ giảm chảy máu và dùng thuốc co tử cung Oxytocin, Ecgotamin, Misoprostol.

- Thủng tử cung: mổ cấp cứu

- Nếu người bệnh còn nguyện vọng có con: sau khi mở bụng, cầm tử cung trong tay, người

khác tiếp tục hút trứng dưới tay phẫu thuật viên, hút sạch buồng tử cung và khâu lại lỗ thủng.

- Nếu người bệnh không muốn có con nữa: cắt tử cung hoàn toàn, cắt 2 phần phụ nếu người bệnh lớn tuổi.

7.2. Tai biến sau phẫu thuật

- Sót trứng: tiếp tục dùng kháng sinh, thuốc co tử cung và hút lại buồng tử cung

7.3 Tai biến muộn

- Dính buồng tử cung.

24. CHỌC DÒ TÚI CÙNG DOUGLAS

1. ĐẠI CƯƠNG

- Túi cùng Douglas là nơi thấp nhất trong cơ thể (ở ổ phúc mạc). Ở nữ giới, túi cùng Douglas nằm giữa tử cung và trực tràng.

- Theo tính chất sinh lý của phúc mạc, vùng này là tái hấp thu kém nhất trong toàn ổ bụng. Bình thường túi cùng Douglas là một khoang "ảo", có thể có rất ít dịch (trừ những ngày rụng trứng ở nữ). Nếu cơ thể có sự thay đổi như viêm nhiễm, chảy máu trong ổ bụng… thì túi cùng Douglas sẽ có dịch, máu hay mủ đọng lại. Vì vậy, chọc dò túi cùng Douglas là một thủ thuật nhằm xác định túi cùng Douglas có dịch, máu hay mủ, từ đó giúp chẩn đoán một số bệnh lý sản phụ khoa.

2. CHỈ ĐỊNH

- Nghi có máu trong ổ bụng trong trường hợp thai ngoài tử cung rỉ máu, vỡ hay vỡ nang trứng…

- Lấy dịch ổ bụng làm xét nghiệm: trong trường hợp nghi ngờ ung thư buồng trứng, nghi xơ gan cổ trướng

- Tràn dịch ổ bụng do sử dụng thuốc kích buồng trứng, hỗ trợ phòng ngừa và điều trị hội chứng quá kích buồng trứng

- Nghi có ổ áp xe phần phụ hoặc áp xe Douglas

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH: Người bệnh bị rối loạn đông máu, nhiễm khuẩn nặng

4. THẬN TRỌNG: Tử cung gập hẳn ra sau

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Thủ thuật viên chính: 01 bác sĩ
- Thủ thuật viên phụ: 01 - 02 bác sĩ
- Dụng cụ viên: 01 điều dưỡng/hộ sinh

5.2. Thuốc: thuốc sát khuẩn và khử trùng, kháng sinh, dịch truyền…

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật/thủ thuật.
- Kim, chỉ khâu.
- Bơm tiêm, kim tiêm, kim luồn nhựa, dây truyền dịch, khóa ba chạc, ống thông...
- Găng tay vô trùng, mũ khẩu trang vô trùng, gạc y tế tiệt trùng; băng dính…
- Đèn phẫu thuật/thủ thuật, bàn phẫu thuật/thủ thuật.
- Đồ vải

+ Quần, áo công tác
+ Quần, áo thủ thuật
+ Quần áo người bệnh
+ Săng phẫu thuật / thủ thuật

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và đại diện người bệnh: Được giải thích về bệnh lý và quá trình phẫu thuật/thủ

thuật, các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi làm phẫu thuật/thủ thuật, tiên lượng kết quả điều trị… và ký giấy cam đoan đồng ý làm phẫu thuật/thủ thuật.

- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.
- Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật theo quy định.
- Tại phòng thực hiện kỹ thuật:

+ Kiểm tra đúng người bệnh, biên bản hội chẩn, giấy cam kết phẫu thuật/thủ thuật, …

+ Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp, bộc lộ rõ vị trí làm phẫu thuật/thủ thuật.

+ Vô cảm cho người bệnh (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)

+ Thông tiểu (nếu cần)

+ Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.

+ Trải săng vô khuẩn.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Được hoàn thiện theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện: Ước tính thời gian 0,5 - 1 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng thủ thuật hoặc phòng phẫu thuật.

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Bước 1: Chọc dò túi cùng Douglas

- Dùng kìm Pozzi kẹp mép sau cổ tử cung, kéo nhẹ theo hướng ra ngoài và lên trên, bộc lộ túi cùng sau âm đạo
- Lắp kim vào bơm tiêm
- Chọc nhanh kim vào túi cùng sau ở dưới mép sau cổ tử cung (thường không cần phải gây tê)
- Kéo nòng bơm tiêm từ từ để hút dịch ở túi cùng Douglas

6.2. Bước 2: Đánh giá kết quả dịch túi cùng

- Máu đen loãng, không đông: có thể là chảy máu trong do thai ngoài tử cung, vỡ nang trứng…
- Máu đỏ tươi, để ngoài một lúc đông lại: có thể chọc nhầm vào mạch máu (nếu cần có thể chọc lại lần nữa theo hướng khác)
- Dịch vàng trong: có thể đó là thai ngoài tử cung chưa vỡ hoặc dịch viêm ở tiểu khung…
- Dịch mủ: lưu kim lại tại chỗ, tiến hành mở túi cùng để dẫn lưu mủ và gửi xét nghiệm

6.3. Bước 3: Tháo dụng cụ

- Lau và sát khuẩn lại âm đạo, cổ tử cung bằng 1 kẹp sát khuẩn mới
- Tháo dụng cụ

6.4. Kết thúc thủ thuật

- Lấy dịch hút ra gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh
- Trao đổi với người bệnh và thân nhân về kết quả thủ thuật.
- Ghi chép hồ sơ.
- Chỉ định điều trị thích hợp: kháng sinh

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng: mạch, nhiệt độ, huyết áp
- Theo dõi ra máu âm đạo
- Tình trạng ổ bụng

7.2. Tai biến

- Chọc vào mạch máu ở tiểu khung gây tụ máu trong tiểu khung: có thể điều trị bảo tồn, chèn meches theo dõi hoặc mở bụng cầm máu
- Tổn thương tạng: ít khi xảy ra, mời hội chẩn ngoại nếu cần thiết

25. KHÁM PHỤ KHOA

1. ĐẠI CƯƠNG

Khám phụ khoa là khám bộ phận sinh dục (ngoài thời kỳ có thai).

2. CHỈ ĐỊNH

Khám để phát hiện các bệnh lý âm hộ, âm đạo, cổ tử cung, thân tử cung, vòi trứng, buồng trứng đồng thời xem có gì bất thường trong tiểu khung.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH: Khi người bệnh không hợp tác.

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- 01 Bác sỹ sản phụ khoa
- 01 điều dưỡng

5.2. Thuốc:

5.3. Thiết bị y tế

+ Mỏ vịt: 01
+ Kìm kẹp bông: 01
+ Găng tay cao su: 01 đôi.
+ Bông, gạc (củ ấu): 05 miếng
+ Dầu paraphin: 2ml
+ Povidon iodine: 2ml
+ Dung dịch axit axetic 3%
+ Dung dịch lugol 3%

- Đồ vải

+ Quần, áo công tác
+ Quần, áo thủ thuật
+ Quần áo người bệnh
+ Săng phẫu thuật/thủ thuật

5.4. Người bệnh

Thầy thuốc giải thích cho người bệnh: Tư vấn trước khi khám

Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện khám.

Tôn trọng quy tắc 3 người

5.5. Hồ sơ bệnh án: Sổ y bạ, các sổ sách liên quan ghi chép

5.6. Thời gian thực hiện: 15 phút (0,25 giờ).

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng khám phụ khoa.

5.8. Kiểm tra hồ sơ:

Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh.

Đặt tư thế người bệnh: Hướng dẫn người bệnh tư thế khám phụ khoa.

Bệnh phẩm (với các xét nghiệm): đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Bước 1:

Kiểm tra hồ sơ: Khớp tên tuổi, địa chỉ người bệnh.

Hỏi bệnh: tên tuổi, nghề nghiệp, lý do khám, hỏi tiền sử, bệnh sử, lý do khám…

6.2. Bước 2: Nhìn: quan sát toàn thân, da, niêm mạc, giọng nói, dáng người, sẹo mổ cũ, lông mu trên vệ, trên bụng, âm hộ, âm vật, 2 môi lớn, môi bé, tầng sinh môn, 2 vú.

6.3. Bước 3: Thực hiện kỹ thuật

- Sờ nắn vú: khối u, dịch, hạch.

- Khám bằng mỏ vịt

- Đặt mỏ vịt nhẹ nhàng.

- Quan sát âm đạo, niêm mạc âm đạo, dịch âm đạo

- Tính chất khí hư: đặc trắng như bột, xám bọt, xanh loãng, như mủ, máu …

- Kèm với hỏi người bệnh cảm giác khí hư gây ngứa, rát, hôi.

- Các tổn thương phối hợp: nang nước, mụn nước, sùi, nhân di căn (chorio) dị tật bẩm sinh (vách ngăn), chấn thương sau đẻ, các lỗ rò bàng quang âm đạo, lỗ rò âm đạo trực tràng.

- Chú ý không đặt mỏ vịt ở người chưa giao hợp.

- Quan sát cổ tử cung với dung dịch Axit axetic 3-5% hoặc Lugol 5% (VIA/VILI test)

- Đánh giá 2 môi cổ tử cung

- Bình thường niêm mạc cổ tử cung nhẵn, hồng nhạt, khi có thai màu nâu hơi tím

- Đánh giá thương tổn cổ tử cung: vết trắng, lấm tấm đỏ, nang Naboth, polype cổ tử cung hay polype trong buồng tử cung, sùi, loét (nếu có)

- Lấy khi hư trong âm đạo để soi tươi tìm vi khuẩn, nấm (nếu cần thiết)

- Lấy khí hư nuôi cấy vi khuẩn, làm kháng sinh đồ nếu người bệnh đã viêm nhiễm nhiều lần

- Lấy dịch trong ống cổ tử cung để xét nghiệm clamydia, lậu cầu (nếu cần thiết).

- Tư vấn xét nghiệm sàng lọc ung thư cổ tử cung; lấy bệnh phẩm gửi xét nghiệm sàng lọc theo nhu cầu của người bệnh.

- Tư vấn sàng lọc ung thư vú.

- Lấy pank kẹp gạc củ ấu vệ sinh lại cho người bệnh.

- Thăm khám âm đạo kết hợp nắn bụng (nếu cần thiết) để:

+ Xác định thể tích tử cung, tư thế tử cung, mật độ tử cung, di động tử cung.

+ Nắn 2 bên phần phụ để phát hiện u, cục, nề, đau.

+ Khám các cùng đồ 2 bên, cùng đồ sau phát hiện đau, có dịch.

- Gõ bụng khi nghi có dịch cổ trướng, máu ở tư thế nghiêng phải, nghiêng trái.

6.4. Kết thúc quy trình:

- Hướng dẫn và tư vấn người bệnh làm xét nghiệm lâm sàng.

- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Trong quá trình khám theo dõi nét mặt người bệnh và phản ứng của người bệnh khi thăm khám.

- Khi người bệnh đau hay chảy máu âm đạo (Nếu khám thô bạo).

26. SOI CỔ TỬ CUNG

1. ĐẠI CƯƠNG:

Soi cổ tử cung là phương pháp chẩn đoán các tổn thương tiền ung thư và K cổ tử cung bằng máy soi cổ tử cung.

2. CHỈ ĐỊNH

- Các trường hợp xét nghiệm tế bào học cổ tử cung có một trong các tổn thương sau đây: Tế bào vảy không điển hình chưa loại trừ tổn thương nội biểu mô vảy độ cao (ASC-H)

- Tế bào tuyến không điển hình (AGUS)

- Tổn thương nội biểu mô vảy độ thấp (LSIL)

- Tổn thương nội biểu mô vảy độ cao (HSIL)

- Hoặc tế bào ung thư biểu mô vảy hoặc tuyến.

- Những trường hợp xét nghiệm tế bào không phân loại được hoặc có xu hướng tiến triển bệnh nặng hơn.

- Các trường hợp có tổn thương loét, sùi, chảy máu, vết trắng, HPV dương tính các typ 16, 18.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- 01 thủ thuật viên chính
- 01 Điều dưỡng hoặc 01 hộ sinh

5.2. Thuốc

5.3. Thiết bị y tế

- Povidon iodine: 10ml
- A xit acetic 3%: 10ml
- Dầu Paraphin: 2ml
- Nước muối sinh lý: 10ml
- Găng tay: 2 cái
- Meche: 1 miếng
- Bông hoặc gạc sát khuẩn: 7 miếng
- Lọ đựng bệnh phẩm: 2 lọ
- Dụng cụ:

+ Mỏ vịt: 1
+ Kẹp cổ tử cung: 1 cái
+ Thìa nạo buồng CTC: 1 cái
+ Kìm kẹp bông: 2 cái
+ Dụng cụ làm phiến đồ: Phiến kính, que gỗ để lấy bệnh phẩm
+ Bộ dụng cụ lấy bệnh phẩm xét nghiệm tế bào học cổ tử cung, HPV

- Hóa chất: Các hóa chất phải đựng vào lọ có nắp để không bị khô và giữ được đậm độ cần thiết

+ Axit axetic 3%
+ Lugol 3%
+ Nitrat bạc 3% hay 5%
+ Dung dịch xịt cố định tế bào
+ Dung dịch Bouin để ngâm bệnh phẩm

- Máy soi Cổ tử cung: 01
- Đồ vải

+ Quần, áo công tác
+ Quần, áo thủ thuật
+ Quần áo người bệnh
+ Săng phẫu thuật/thủ thuật

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích và tư vấn về phương pháp, sự cần thiết, hiệu quả, tai biến cho người bệnh.
- Tâm lý ổn định, sẵn sàng điều trị.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện soi cổ tử cung: Kiểm tra người bệnh

+ Hỏi bệnh: tên tuổi, nghề nghiệp, lí do khám, tiền sử sản khoa, tiền sử kinh nguyệt, tiền sử phụ khoa, tiền sử toàn thân, sức khỏe, khí hư …
+ Kiểm tra người bênh, đúng người, đúng xét nghiệm, đúng chỉ định
+ Người bệnh nằm tư thế phụ khoa
+ Nhìn: quan sát toàn thân, da, niêm mạc, giọng nói, dáng người, sẹo mổ cũ, lông mu trên vệ, trên bụng, âm hộ, âm vật, 2 môi lớn, môi bé, tần sinh môn

5.5. Hồ sơ bệnh án Sổ y bạ, các sổ sách liên quan ghi chép

5.6. Thời gian thực hiện: 15 phút (0.25 giờ).

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng thủ thuật hoặc phòng khám phụ khoa.

5.8. Kiểm tra hồ sơ

a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh:đúng người bệnh, đúng tên, đúng tuổi, đúng địa chỉ người bệnh, các kết quả xét nghiệm đã có.

b) Thực hiện bảng kiểm an toàn thủ thuật.

c) Hướng dẫn người bệnh tư thế nằm phụ khoa.

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Bước 1: Kỹ thuật viên chuẩn bị máy soi cổ tử cung:

- Người bệnh nằm tư thế phụ khoa
- Bác sĩ đi găng tay mũ, khẩu trang.

6.2. Bước 2: Thực hiện kỹ thuật

- Nhúng mỏ vịt vào nước sạch, hạn chế dùng dầu trơn Paraphin
- Đặt mỏ vịt loại mỏ vịt 2 van, kích thước trung bình (Cusco), quan sát âm đạo
- Soi cổ tử cung không chuẩn bị
- Quan sát cổ tử cung và vòm âm đạo
- Lấy khí hư xét nghiệm, lau nhẹ nhàng bằng NaCl 0.9%
- Soi CTC để phát hiện các hình ảnh nghi ngờ loại sừng hóa, các mạch máu bất thường (soi bằng kính lọc màu xanh)
- Soi bằng axit acetic 3 % bôi vào cổ tử cung sau 20 - 30s các hình ảnh soi rõ nét, các tuyến đang chế tiết thì thu nhỏ lại do các chất nhày bị se lại vì protein của chất nhày đông đặc
- Đánh giá quan sát tổn thương cổ tử cung
- Soi cổ tử cung sau khi bôi lugol mạnh
- Nhận định lại các hình ảnh đã thấy khi soi chứa acid acetic
- Phát hiện các vùng không bắt màu lugol
- Đánh giá tình trạng tiếp nhận oestrogen của biểu mô cổ tử cung và mức độ thuần thục của biểu mô
- Nhận định rõ ranh giới của các thương tổn
- Cắt sinh thiết khi soi cổ tử cung có tổn thương nghi ngờ làm xét nghiệm giải phẫu bệnh.

6.3. Kết thúc quy trình:

- Ghi chép kết quả soi cổ tử cung trên giấy hoặc dưới dạng điện tử
- Chụp ảnh kết quả, trả cho người bệnh và lưu lại trên máy tính
- Chèn meche vào chỗ sinh thiết
- Dặn người bệnh rút meche trước 24 giờ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Phân loại các hình ảnh trong trường hợp soi CTC khiến người bệnh đau hoặc chảy máu nhiều ở chỗ sinh thiết khoảng 30 phút hoặc tùy tình trạng người bệnh

- Choáng do đau
- Chảy máu: chèn meche
- Dị ứng acid acetic, lugol …

27. LÀM THUỐC ÂM HỘ; ÂM ĐẠO

1. ĐẠI CƯƠNG

Làm thuốc âm hộ, âm đạo là kỹ thuật làm sạch âm hộ, âm đạo đối với người bệnh có nguy cơ nhiễm khuẩn âm hộ, âm đạo.

2. CHỈ ĐỊNH

Viêm âm hộ, âm đạo.

Chuẩn bị cho người bệnh trước khi mổ phụ khoa, trước khi mổ lấy thai.

Người bệnh sau mổ cắt tử cung.

Người bệnh sau mổ lấy thai, sau đẻ thường có nhiễm khuẩn hậu sản.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH: Toàn trạng người bệnh chưa ổn định.

4. THẬN TRỌNG

Trong quá trình thực hiện làm thuốc âm hộ, âm đạo, thao tác cần nhẹ nhàng, tránh gây chảy máu hoặc tổn thương thêm.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ hoặc điều dưỡng hoặc hộ sinh: 01 người.

5.2. Thuốc: Dung dịch làm sạch tầng sinh môn: Povidon iodine 10% 20 ml; nước chín 500ml; Natriclorua 0,9% 100ml; Parafin 5ml.

5.3. Thiết bị y tế

- Thiết bị y tế tiêu hao

+ 2 kẹp Kose (25 cm), 2 cốc đựng dung dịch.

+ 5 bông cầu, 5 ấu vô khuẩn, 2 đôi găng vô khuẩn, 3 săng vô khuẩn.

+ 2 bộ mũ, khẩu trang dùng 1 lần, 1 tạp dề nilon.

- 1 xe dụng cụ 2 tầng, 1 khay đựng dụng cụ.

- 1 ấm inox 5 lít.

5.4. Người bệnh

Có chỉ định của bác sĩ.

Thầy thuốc giải thích về việc sẽ làm cho sản phụ và người nhà: mục đích, các bước tiến hành.

5.5. Hồ sơ bệnh án

Bác sỹ ghi chỉ định vào hồ sơ bệnh án.

Điều dưỡng/ hộ sinh ghi phiếu chăm sóc.

5.6. Thời gian thực hiện: Ước tính 15 - 20 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng thủ thuật hoặc phòng khám phụ khoa

5.8. Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng chỉ định, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật. Thực hiện bảng kiểm an toàn thủ thuật

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá toàn trạng, mạch, huyết áp, nhiệt độ

6.2. Thực hiện kỹ thuật

- Hướng dẫn người bệnh nằm theo tư thế phụ khoa, bộc lộ vùng sinh dục.

- Rửa tay thường quy.

- Trải săng sạch dưới mông người bệnh.

- Mang găng tay.

- Dùng panh kẹp bông cầu rửa âm hộ bằng nước chín pha povidone-iodine theo thứ tự (trên - dưới, trong - ngoài, hai bên đùi, hậu môn).

- Lau khô (theo trình tự như rửa âm hộ).

- Sát trùng âm hộ bằng povidon iodine.

- Đặt mỏ vịt vào âm đạo nhẹ nhàng, mở mỏ vịt.

- Dùng panh kẹp ấu lau nhẹ nhàng các thành của âm đạo và các cùng đồ bằng nước muối sinh lý, xoay mỏ vịt để quan sát toàn bộ âm đạo.

- Sát khuẩn âm đạo bằng povidon iodine.

- Tháo mỏ vịt.

- Dùng panh kẹp củ ấu lau khô bên ngoài âm hộ.
- Hướng dẫn người bệnh ngồi dậy, xuống khỏi bàn khám, mặc váy.
- Thu dọn, xử lý dụng cụ, săng, rác thải y tế theo đúng quy trình.
- Tháo găng, rửa tay thường quy.

6.3. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Dặn dò, hướng dẫn người bệnh vệ sinh bộ phận sinh dục ngoài.
- Đưa người bệnh về giường bệnh.
- Hoàn thiện, ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Tai biến trong quá trình làm thuốc âm hộ, âm đạo
- Đau nhiều, choáng: dùng thuốc giảm đau, hồi sức.
- Chảy máu tại chỗ: chèn gạc, dùng thuốc cầm máu

28. CHÍCH RẠCH MÀNG TRINH DO Ứ MÁU KINH

1. ĐẠI CƯƠNG

Vị trí tiếp nối của ống Muller và xoang niệu sinh dục là vị trí nguyên thủy của màng trinh. Trong quá trình hình thành, màng trinh sẽ tự tiêu một phần để mở thông âm đạo. Trong trường hợp màng trinh tồn tại nguyên vẹn thì màng trinh sẽ không thủng, dẫn tới âm đạo bị bịt kín và ứ máu kinh.

Phẫu thuật trích rạch tạo lỗ thủng màng trinh với mục đích dẫn lưu máu kinh, giảm đau, nhiễm trùng do ứ máu kinh và làm quá trình giao hợp trở nên thuận lợi hơn.

2. CHỈ ĐỊNH

- Màng trinh không có lỗ
- Ứ máu kinh trong âm đạo - buồng tử cung
- Ứ máu kinh trong âm đạo - cổ tử cung
- Ứ máu kinh trong buồng tử cung và lan ra hai vòi tử cung
- Giao hợp khó khăn: màng trinh có lỗ thủng nhỏ hoặc không thủng

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân nặng: nhiễm khuẩn nặng, rối loạn đông máu nặng

4. THẬN TRỌNG

- Viêm nhiễm cấp tính vùng âm hộ

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên chính: 01 bác sĩ
- Phẫu thuật viên phụ: 02 bác sĩ
- Dụng cụ viên: 01 điều dưỡng/hộ sinh

5.2. Thuốc: thuốc sát khuẩn và khử trùng, kháng sinh, dịch truyền…

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật/thủ thuật.
- Kim, chỉ khâu.
- Bơm tiêm, kim tiêm, kim luồn nhựa, dây truyền dịch, khóa ba chạc, ống thông...
- Găng tay vô trùng, mũ khẩu trang vô trùng, gạc y tế tiệt trùng; băng dính…
- Đèn phẫu thuật/thủ thuật, bàn phẫu thuật/thủ thuật.
- Đồ vải

+ Quần, áo công tác
+ Quần, áo thủ thuật

+ Quần áo người bệnh

+ Săng phẫu thuật / thủ thuật

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và đại diện người bệnh: Được giải thích về bệnh lý và quá trình phẫu thuật/thủ thuật, các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi làm phẫu thuật/thủ thuật, tiên lượng kết quả điều trị… và ký giấy cam đoan đồng ý làm phẫu thuật/thủ thuật.

- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.

- Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật theo quy định.

- Tại phòng thực hiện kỹ thuật:

+ Kiểm tra đúng người bệnh, biên bản hội chẩn, giấy cam kết phẫu thuật/thủ thuật, …

+ Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp, bộc lộ rõ vị trí làm phẫu thuật/thủ thuật.

+ Vô cảm cho người bệnh (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)

+ Thông tiểu (nếu cần)

+ Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.

+ Trải săng vô khuẩn.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Được hoàn thiện theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện: ước tính khoảng 1 - 2 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng thủ thuật hoặc phòng khám phụ khoa.

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Bước 1: Thăm dò màng trinh: xác định vị trí, độ dày của màng trinh

6.2. Bước 2: Rạch màng trinh theo hình chữ thập

- Đường rạch qua lỗ chọc kim thăm dò

- Lau sạch máu kinh ở âm đạo

- Cắt các mảnh màng trinh để tạo thành lỗ màng trinh

- Tách niêm mạc để khâu kín mép theo hình vành khăn, tránh dính

6.3. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật

- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo

7. TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG

7.1 Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu âm đạo: cầm máu

7.2 Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Nhiễm trùng sau mổ

29. CHỌC HÚT DỊCH DO MÁU TỤ SAU MỔ

1. ĐẠI CƯƠNG

Chọc hút dịch do tụ máu sau mổ nhằm dẫn lưu dịch trong khối máu tụ, giảm áp lực và làm giảm nguy cơ nhiễm trùng và vỡ khối tụ dịch thứ phát

2. CHỈ ĐỊNH Các ổ tụ máu ở nông, xác định được vị trí bằng khám lâm sàng

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý rối loạn đông máu

- Ổ tụ máu nằm sát các vị trí có nguy cơ cao gây tổn thương mạch máu lớn, thần kinh

- Ổ tụ máu nằm ở vị trí sâu không xác định được trên lâm sàng

- Đang có tình trạng nhiễm khuẩn cấp

4. THẬN TRỌNG

- Các ca mổ khó, có biểu hiện dính nhiều

- Các trường hợp mổ liên quan đến nhiều chuyên khoa

5. CHUẨN BỊ

5.1. Cán bộ thực hiện quy trình

- Thủ thuật viên chính: 01 bác sĩ

- Dụng cụ viên: 01 điều dưỡng/hộ sinh

5.2. Thuốc: thuốc sát khuẩn và khử trùng, kháng sinh, dịch truyền…

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật/thủ thuật.

- Kim, chỉ khâu.

- Bơm tiêm, kim tiêm, kim luồn nhựa, dây truyền dịch, khóa ba chạc, ống thông...

- Găng tay vô trùng, mũ khẩu trang vô trùng, gạc y tế tiệt trùng; băng dính…

- Đèn phẫu thuật/thủ thuật, bàn phẫu thuật/thủ thuật, thiết bị hút (bơm hút áp lực âm).

- Đồ vải

+ Quần, áo công tác

+ Quần, áo thủ thuật

+ Quần áo người bệnh

+ Săng phẫu thuật / thủ thuật

5.4. Người bệnh:

- Người bệnh và đại diện người bệnh: Được giải thích về bệnh lý và quá trình phẫu thuật/thủ thuật, các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi làm phẫu thuật/thủ thuật, tiên lượng kết quả điều trị… và ký giấy cam đoan đồng ý làm phẫu thuật/thủ thuật.

- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.

- Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật theo quy định.

- Tại phòng thực hiện kỹ thuật:

+ Kiểm tra đúng người bệnh, biên bản hội chẩn, giấy cam kết phẫu thuật/thủ thuật, …

+ Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp, bộc lộ rõ vị trí làm phẫu thuật/thủ thuật.

+ Vô cảm cho người bệnh (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)

+ Thông tiểu (nếu cần)

+ Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.

+ Trải săng vô khuẩn.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Được hoàn thiện theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện: Ước tính khoảng 0,5 - 1 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng thủ thuật.

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Bước 1: Xác định vị trí ổ tụ máu trên lâm sàng và xác định đường dự định chọc hút.

6.2. Bước 2: Sát trùng da ở vị trí đường vào bằng dung dịch Povidon iodine, trải săng vô khuẩn có lỗ hoặc săng vô khuẩn thường

6.4. Bước3: Chọc hút ổ tụ máu theo hướng đã xác định trước hoặc dưới hướng dẫn của siêu âm

6.5. Bước 4: Hút dịch tại ổ tụ máu, vừa hút, vừa kết hợp với quan sát, thăm khám lâm sàng. Hút đến khi nào ổ tụ máu hết hoặc không thể hút được nữa.

6.6. Bước 6: Sát khuẩn, băng lại vị trí chọc hút

7. THEO DÕI

- Chỉ số theo dõi: mạch, huyết áp, tình trạng chảy máu, chảy dịch tại chỗ.

- Theo dõi các tai biến và tác dụng phụ có thể xảy ra (bên dưới) sau 24 h

8. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Đau tăng sau khi chọc hút, có thể bổ sung giảm đau paracetamol.

- Chảy máu sau chọc hút, cần băng ép chặt.

- Chảy dịch hoặc mủ tại vị trí chọc hút cần làm khô cho tới hết. Băng lại vết chọc. Thay băng hàng ngày.

30. PHẪU THUẬT ÁP XE VÚ

1. ĐẠI CƯƠNG

Là tổn thương ổ mủ ở vú do nhiễm trùng hoặc do tắc sữa mà không được điều trị sớm, hoặc đã qua 1 đợt điều trị.

2. CHỈ ĐỊNH:

Các áp xe đã thành mủ.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

Khối viêm đỏ chưa thành mủ.

4. THẬN TRỌNG:

Các trường hợp áp xe vú do các nguyên nhân như lao vú, ung thư vú... có thể chảy mủ, rò dịch, khó liền sau khi chích.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- Thủ thuật viên chính: 01 bác sĩ
- Thủ thuật viên phụ: 01 - 02 bác sĩ
- Dụng cụ viên: 01 điều dưỡng/hộ sinh

5.2. Thuốc: thuốc sát khuẩn và khử trùng, kháng sinh, dịch truyền…

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật/thủ thuật.
- Kim, chỉ khâu.
- Bơm tiêm, kim tiêm, kim luồn nhựa, dây truyền dịch, khóa ba chạc, ống thông...
- Găng tay vô trùng, mũ khẩu trang vô trùng, gạc y tế tiệt trùng; băng dính…
- Dao điện,…
- Đèn phẫu thuật/thủ thuật, bàn phẫu thuật/thủ thuật, máy hút, thân máy.
- Đồ vải

+ Quần, áo công tác
+ Quần, áo thủ thuật
+ Quần áo người bệnh
+ Săng phẫu thuật/thủ thuật

5.4. Người bệnh:

- Người bệnh và đại diện người bệnh: Được giải thích về bệnh lý và quá trình phẫu thuật/thủ thuật, các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi làm phẫu thuật/thủ thuật, tiên lượng kết quả điều trị… và ký giấy cam đoan đồng ý làm phẫu thuật/thủ thuật.
- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.
- Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật theo quy định.
- Tại phòng thực hiện kỹ thuật:

+ Kiểm tra đúng người bệnh, biên bản hội chẩn, giấy cam kết phẫu thuật/thủ thuật, …
+ Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp, bộc lộ rõ vị trí làm phẫu thuật/thủ thuật.
+ Vô cảm cho người bệnh (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)
+ Thông tiểu (nếu cần)
+ Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.
+ Trải săng vô khuẩn.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Được hoàn thiện theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện: ước tính khoảng 0,5 - 1 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng thủ thuật hoặc phòng phẫu thuật.

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Bước 1:

Xác định khối áp xe, tìm chỗ da mềm nhất. Tùy theo vị trí của khối áp xe mà có thể rạch da ở vùng ranh giới quầng vú và tổ chức vú hoặc nếp lằn dưới của bầu vú để có thể bảo đảm được tính thẩm mỹ của đường rạch. Nếu không thể làm được các đường rạch thẩm mỹ thì có thể rạch da ngay trên khối áp xe, đường rạch theo đường chéo nan hoa với tâm là núm vú.

6.2. Bước 2: Sau khi rạch qua da và tổ chức dưới da đi thẳng vào khối áp xe tránh làm nát các tổ chức xung quanh gây chảy máu. Dùng panh nhỏ hoặc đầu ngón tay trỏ phá các vách của khối áp xe thông nhau để mủ chảy ra

6.3. Bước 3: Bơm rửa ổ áp xe bằng dung dịch oxy già rồi đến dung dịch povidon iodine

6.4. Bước 4: Để da hở, đặt gạc trong ổ áp xe để dẫn lưu mủ ra ngoài và cầm máu, rút sau 12 giờ. Tùy kích thước từng ổ áp xe có thể chèn gạc vuông hoặc gạc mèche với số lượng cụ thể

7. THEO DÕI

- Người bệnh được dùng thuốc giảm đau và kháng sinh uống hoặc tiêm trong 5 đến 7 ngày, thuốc chống phù nề.

- Theo dõi chảy máu tại vết rạch.

8. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu: chảy máu tại vùng rạch da hoặc trong ổ áp xe, khâu chỗ chảy máu dùng tiếp kháng sinh

- Không thoát mủ: mở thông lại, dùng kháng sinh tiêm.

31. PHẪU THUẬT TRIỆT SẢN NỮ

1.ĐẠI CƯƠNG

- Phẫu thuật triệt sản nữ là biện pháp tránh thai vĩnh viễn hiệu quả nhất, không làm ảnh hưởng đến sức khỏe và quan hệ tình dục.

- Nguyên tắc chung: làm tắc vòi tử cung bằng cách thắt và cắt vòi tử cung.

2. CHỈ ĐỊNH

- Phụ nữ ở độ tuổi sinh đẻ đã có đủ số con mong muốn, tự nguyện dùng một biện pháp tránh thai vĩnh viễn và không thể phục hồi.

- Phụ nữ bị các bệnh chống chỉ định có thai.

- Phụ nữ muốn phẫu thuật triệt sản nhưng có chống chỉ định với nội soi ổ bụng.

Thời điểm thực hiện:

+ Khi không có thai.

+ Kết hợp triệt sản khi phẫu thuật ổ bụng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Đang có thai.

4. THẬN TRỌNG

- Nghi ngờ có thai.

- Có bệnh lý nội khoa, nhiễm khuẩn sinh dục hoặc toàn thân cấp.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên chính: 01 bác sĩ

- Phẫu thuật viên phụ: 02 bác sĩ

- Dụng cụ viên: 01 điều dưỡng/hộ sinh

5.2. Thuốc: thuốc sát khuẩn và khử trùng, kháng sinh, dịch truyền…

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật

- Kim, chỉ khâu.

- Bơm tiêm, kim tiêm, kim luồn nhựa, dây truyền dịch, khóa ba chạc, ống thông...
- Găng tay vô trùng, mũ khẩu trang vô trùng, gạc y tế tiệt trùng; băng dính…
- Dao điện, dao siêu âm, dao hàn mạch,…
- Đèn phẫu thuật/thủ thuật, bàn phẫu thuật/thủ thuật, máy hút, thân máy.
- Đồ vải

+ Quần, áo công tác

+ Quần, áo thủ thuật

+ Quần áo người bệnh

+ Săng phẫu thuật / thủ thuật

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và đại diện người bệnh: Được giải thích về bệnh lý và quá trình phẫu thuật/thủ thuật, các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi làm phẫu thuật/thủ thuật, tiên lượng kết quả điều trị… và ký giấy cam đoan đồng ý làm phẫu thuật/thủ thuật.
- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.
- Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật theo quy định.
- Tại phòng thực hiện kỹ thuật:

+ Kiểm tra đúng người bệnh, biên bản hội chẩn, giấy cam kết phẫu thuật/thủ thuật, …

+ Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp, bộc lộ rõ vị trí làm phẫu thuật/thủ thuật.

+ Vô cảm cho người bệnh (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)

+ Thông tiểu (nếu cần)

+ Sát khuẩn vùng phẫu thuật

+ Trải săng vô khuẩn.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Được hoàn thiện theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện: Ước tính khoảng 1 - 3 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật.

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Bước 1: Mở bụng

- Đường mở bụng nhỏ (minilap).
- Đường mở bụng lớn khi kết hợp phẫu thuật khác và triệt sản.

Bước 2: Bộc lộ vòi tử cung

- Bộc lộ vòi tử cung bằng cần nâng tử cung, có thể đặt vào buồng tử cung trước khi phẫu thuật để nâng đáy tử cung sát thành bụng trước để bộc lộ vòi tử cung được dễ dàng.

Bước 3: Thắt và cắt vòi tử cung theo phương pháp Pomeroy

- Tìm và xác định hai vòi tử cung đi từ sừng tử cung tới loa vòi tử cung.
- Cặp kéo vòi tử cung lên thắt và cắt đoạn eo vòi tử cung và một phần mạc treo bằng sợi chỉ tiêu. Hai đầu vòi trứng đã thắt sẽ dần dần xa nhau sau khi chỉ tiêu đi.
- Thực hiện kỹ thuật tương tự cho vòi tử cung bên đối diện.

Bước 4: Kiểm tra và đóng bụng

- Sau khi kiểm tra đủ gạc, đóng bụng theo từng lớp.

Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận hậu phẫu.

THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Tổn thương tạng: Có thể tổn thương bàng quang, ruột, xảy ra khi tách dính, cần phát hiện và xử trí kịp thời, để muộn có thể gây viêm phúc mạc.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu sau mổ: có dấu hiệu choáng, tụt huyết áp, tình trạng thiếu máu

cấp, ổ bụng có dịch... Phải mổ lại để cầm máu đồng thời hồi sức tích cực, điều chỉnh rối loạn đông máu, bồi phụ thể tích tuần hoàn.

- Nhiễm trùng: sử dụng kháng sinh điều trị.

- Viêm phúc mạc sau mổ:hiếm gặp, phải tiến hành hồi sức, điều trị bằng kháng sinh phối hợp, liều cao và mổ lại để rửa ổ bụng, dẫn lưu.

7.3. Tai biến muộn

- Tắc ruột sau mổ do dính các tạng trong ổ bụng.

32. LÀM THUỐC TẨNG SINH MÔN SAU ĐẺ

1. ĐỊNH NGHĨA

- Làm thuốc tẩng sinh môn sau đẻ là kỹ thuật làm sạch âm hộ, tẩng sinh môn.

- Đây là công việc thường quy tại cơ sở y tế trong chăm sóc, điều trị cho sản phụ sau đẻ đường âm đạo hoặc sau mổ lấy thai. Làm thuốc tẩng sinh môn còn được chỉ định phối hợp với làm thuốc âm hộ, âm đạo cho các sản phụ sau sinh có nhiễm khuẩn hậu sản hoặc có nguy cơ nhiễm khuẩn hậu sản.

2. CHỈ ĐỊNH

- Sản phụ sau đẻ đường âm đạo.

- Sản phụ sau mổ lấy thai.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Toàn trạng sản phụ chưa ổn định.

4. THẬN TRỌNG

Trong quá trình thực hiện làm thuốc tẩng sinh môn, thao tác cần nhẹ nhàng, tránh gây chảy máu hoặc tổn thương thêm.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- Thủ thuật viên chính: 01 bác sĩ

- Dụng cụ viên: 01 điều dưỡng/hộ sinh

5.2. Thuốc: Thuốc sát khuẩn và khử trùng, kháng sinh, dịch truyền…

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật/thủ thuật.

- Kim, chỉ khâu.

- Bơm tiêm, kim tiêm, kim luồn nhựa, dây truyền dịch, khóa ba chạc, ống thông...

- Găng tay vô trùng, mũ khẩu trang vô trùng, gạc y tế tiệt trùng; băng dính…

- Đèn phẫu thuật/thủ thuật, bàn phẫu thuật/thủ thuật.

- Đồ vải

+ Quần, áo công tác

+ Quần, áo thủ thuật

+ Quần áo người bệnh

+ Săng phẫu thuật / thủ thuật

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và đại diện người bệnh: Được giải thích về bệnh lý và quá trình phẫu thuật/thủ thuật, các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi làm phẫu thuật/thủ thuật, tiên lượng kết quả điều trị… và ký giấy cam đoan đồng ý làm phẫu thuật/thủ thuật.

- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.

- Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật theo quy định.

- Tại phòng thực hiện kỹ thuật:

+ Kiểm tra đúng người bệnh, biên bản hội chẩn, giấy cam kết phẫu thuật/thủ thuật, …

+ Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp, bộc lộ rõ vị trí làm phẫu thuật/thủ thuật.

+ Vô cảm cho người bệnh (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)

+ Thông tiểu (nếu cần)

+ Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.

+ Trải săng vô khuẩn.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Được hoàn thiện theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện: Ước tính thời gian 0,1 - 0,2 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng thủ thuật hoặc phòng khám phụ khoa.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Thực hiện kỹ thuật

- Dùng panh kẹp bông cầu rửa âm hộ, tầng sinh môn bằng nước chín pha povidone- iodine theo thứ tự (trên - dưới, trong - ngoài, hai bên đùi, hậu môn).

- Lau khô (như trình tự rửa tầng sinh môn).

- Sát khuẩn vết khâu tầng sinh môn (nếu có).

- Bỏ bô, cho sản phụ nằm nghiêng để lau khô mông.

- Giúp sản phụ nằm ngửa lại. Đóng băng vệ sinh, mặc váy.

- Thu dọn, xử lý dụng cụ, săng, rác thải y tế theo đúng quy trình.

- Tháo găng, rửa tay thường quy.

6.2. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng sản phụ sau thực hiện kỹ thuật.

- Dặn dò, hướng dẫn sản phụ vệ sinh bộ phận sinh dục ngoài.

- Đưa sản phụ về giường bệnh.

- Hoàn thiện, ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Tai biến trong quá trình làm thuốc tầng sinh môn

- Đau nhiều, choáng: dùng thuốc giảm đau, hồi sức.

- Chảy máu tại chỗ: chèn gạc, dùng thuốc cầm máu.

33. KHÁM THAI

1. ĐẠI CƯƠNG

Khám thai được thực hiện với mục đích nhằm kiểm tra và theo dõi sự phát triển của thai nhi trong bụng mẹ. Thông qua hoạt động này sẽ giúp phát hiện kịp thời các bất thường thai kỳ, từ đó nhanh chóng xử lý sớm để tránh làm ảnh hưởng tới sức khỏe của cả mẹ và con.

2. CHỈ ĐỊNH

Tất cả phụ nữ có thai

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH Không có

4. THẬN TRỌNG

Trong trường hợp thai phụ có những bệnh lý cấp tính hoặc mãn tính kèm theo

5. CHUẨN BỊ

5.1 Người thực hiện

- Bác sĩ hoặc điều dưỡng hoặc hộ sinh có phạm vi hành nghề chuyên khoa sản phụ khoa: 01 - 02 người.

5.2 Thuốc

Không có

5.3 Thiết bị y tế

+ Cân điện tử: 01 cái
+ Ống nghe tim phổi: 01 cái
+ Thước dây: 01 cái
+ Nhiệt kế điện tử: 01 cái
+ Máy đo huyết áp: 1 bộ
+ Doppler nghe tim thai (nếu có): 1 cái
- Đồ vải
+ Quần, áo công tác
+ Quần, áo thủ thuật
+ Quần áo người bệnh
+ Săng phẫu thuật / thủ thuật

5.4 Người bệnh

- Tư vấn trước khi khám
- Tôn trọng quy tắc 3 người

5.5 Hồ sơ bệnh án: Sổ y bạ, các sổ sách liên quan ghi chép

5.6 Thời gian thực hiện: 15 phút (0,25 giờ)

5.7 Địa điểm thực hiện: Phòng khám thai

5.8 Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh,

Thực hiện bảng kiểm khám thai

Đặt tư thế người bệnh: tư thế nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH

Bước 1. Hỏi tiền sử

- Hỏi tiền sử bệnh tật của bản thân thai phụ: các bệnh nội khoa, ngoại khoa
- Hỏi tiền sử sản khoa, phụ khoa, tiền sử gia đình

Bước 2. Hỏi bệnh sử

- Hỏi ngày đầu tiên của kỳ kinh cuối cùng, ngày chuyển phôi hoặc bơm tinh trùng vào buồng tử cung (IUI).
- Hỏi diễn biến trong quá trình mang thai, các biểu hiện bất thường và các thuốc được dùng, tiêm chủng.

Bước 3. Khám toàn thân

- Đo chiều cao, cân nặng.
- Khám da, niêm mạc xem có thiếu máu hay phù không.
- Đo huyết áp: tư thế nằm hoặc ngồi
- Khám tim phổi
- Khám vú.
- Khám các bộ phận khác, nếu bất thường chuyển khám chuyên khoa.

Bước 4. Khám sản khoa

Khám thai 3 tháng đầu (tham khảo Sơ đồ 1)

Mục đích:

- Xác định có thai, vị trí thai, số lượng thai, tình trạng thai.
- Tính tuổi thai, xác định ngày dự kiến sinh.
- Sàng lọc trước sinh các bệnh lý của mẹ và thai.

Khám lâm sàng:

- Xem có vết sẹo phẫu thuật bụng dưới hay không
- Đặt mỏ vịt kiểm tra âm đạo, cổ tử cung, có viêm nhiễm hay dị dạng sinh dục
- Thăm âm đạo nếu các dấu hiệu có thai chưa rõ, cần xác định thêm

Chỉ định cận lâm sàng:

Xét nghiệm máu (chỉ định khi xác định rõ có thai qua siêu âm):

+ Tổng phân tích máu, nhóm máu, Rh, đông máu cơ bản, sinh hóa

+ Tư vấn, xét nghiệm sàng lọc HIV, Viêm gan B và giang mai

+ Sàng lọc đái tháo đường thai kỳ theo hướng dẫn của Bộ Y tế (nếu có điều kiện).

+ Sàng lọc Thalassemia, CMV, Toxoplasma, Rubella nếu có chỉ định.

- Siêu âm thai

- Sàng lọc tiền sản giật (nếu có điều kiện)

- Sàng lọc các bệnh bẩm sinh (nếu có điều kiện)

- Soi dịch âm đạo nếu có viêm âm đạo

Tính tuổi thai, xác định ngày dự kiến sinh

Khám thai 3 tháng giữa (tham khảo Sơ đồ 2)

Mục đích:

- Theo dõi sự phát triển của thai.

- Phát hiện những trường hợp thai nghén bất thường

- Sàng lọc trước sinh cho thai.

Khám lâm sàng:

- Đo chiều cao tử cung

- Đo nhịp tim thai

- Nếu nghi ngờ viêm nhiễm đường sinh dục, dị dạng sinh dục hoặc ra máu âm đạo, đặt mỏ vịt kiểm tra âm đạo, cổ tử cung.

Chỉ định cận lâm sàng:

- Xét nghiệm tổng phân tích nước tiểu (nếu có điều kiện).

- Sàng lọc các bệnh bẩm sinh (nếu có điều kiện)

- Sàng lọc đái tháo đường thai kỳ theo hướng dẫn của Bộ Y tế (nếu có điều kiện).

- Nếu nghi ngờ viêm âm đạo làm xét nghiệm vi sinh

- Siêu âm hình thái thai ở tuổi thai 20-24 tuần (nếu có điều kiện)

Khám thai 3 tháng cuối (tham khảo Sơ đồ 3)

Mục đích:

- Theo dõi sự phát triển của thai, trọng lượng thai.

- Phát hiện những trường hợp thai nghén có nguy cơ cao

- Tiên lượng cuộc đẻ.

Khám lâm sàng:

- Đo chiều cao tử cung, vòng bụng.

- Xác định ngôi thai, đo nhịp tim thai

- Đặt mỏ vịt kiểm tra âm đạo, cổ tử cung

Chỉ định cận lâm sàng:

- Theo dõi nhịp tim thai bằng monitor sản khoa (nếu có điều kiện)

- Xét nghiệm tổng phân tích nước tiểu(nếu có điều kiện).

- Sàng lọc đái tháo đường thai nghén ở tuổi thai 32 tuần đối với những người có nguy cơ cao (nếu có điều kiện).

- XN tìm vi khuẩn liên cầu B (nếu có điều kiện)

- Siêu âm hình thái thai ở tuổi thai 32 tuần (nếu có điều kiện).

Bước 5. Tiêm phòng uốn ván: Theo lịch tiêm chủng mở rộng

Bước 6. Cung cấp thuốc thiết yếu: acid folic, sắt, canxi; Tư vấn bổ sung vi chất (nếu cần thiết).

Bước 7. Tư vấn giáo dục sức khỏe và chăm sóc thai

Bước 8. Hẹn khám lại

Khám định kỳ hàng tháng

Sau 36 tuần hoặc nếu có bất thường khám lại theo chỉ định của bác sĩ

Bước 9. Ghi hồ sơ

Kết thúc quy trình:

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau quy trình
- Hoàn thiện hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ
- Tư vấn giải thích hẹn khám lại hoặc chuyển bộ phận tiếp theo nếu người bệnh cần theo dõi tại bệnh viện hoặc nhập viện.

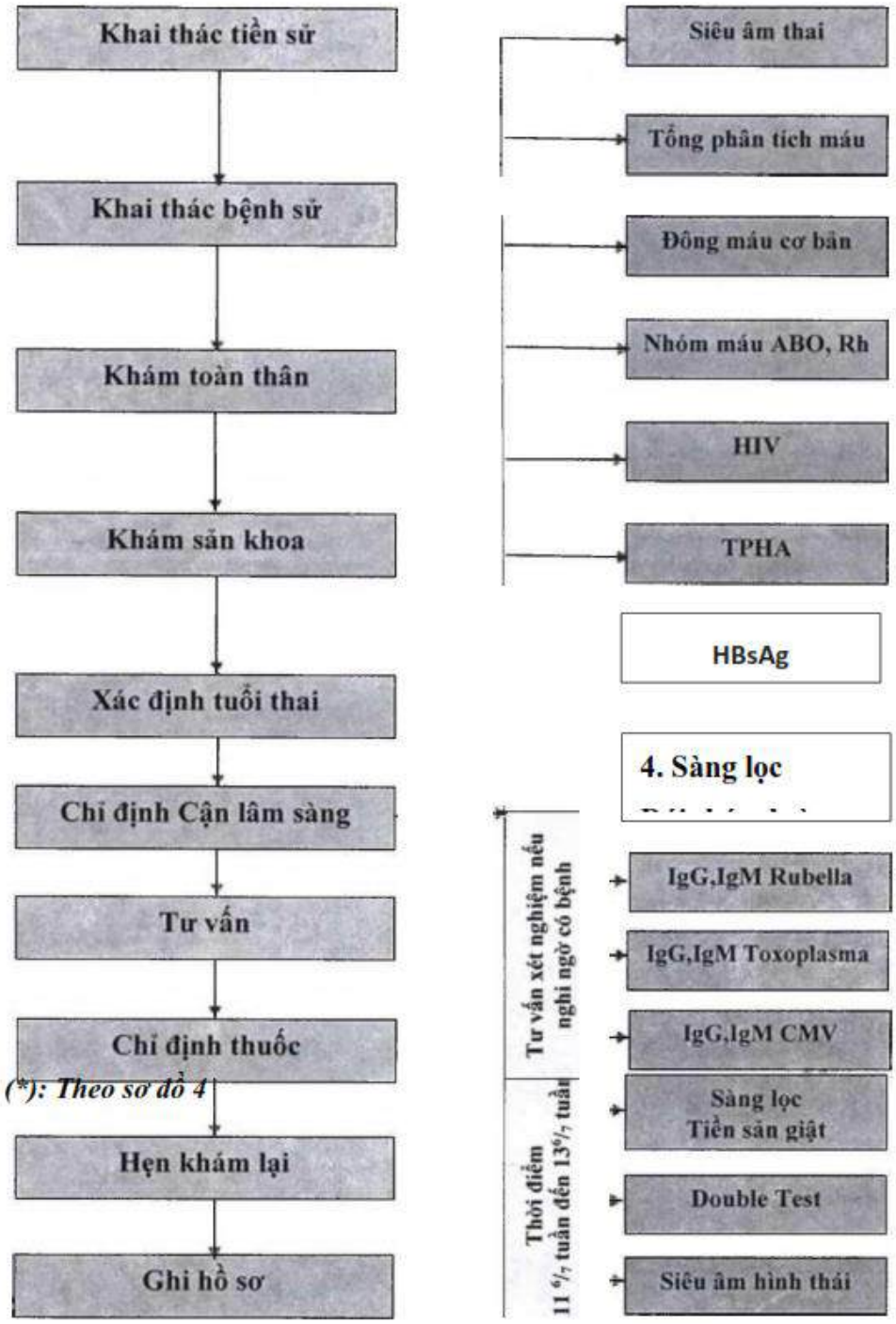
7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1 Tai biến trong khi thực hiện quy trình kỹ thuật khám thai: Không có

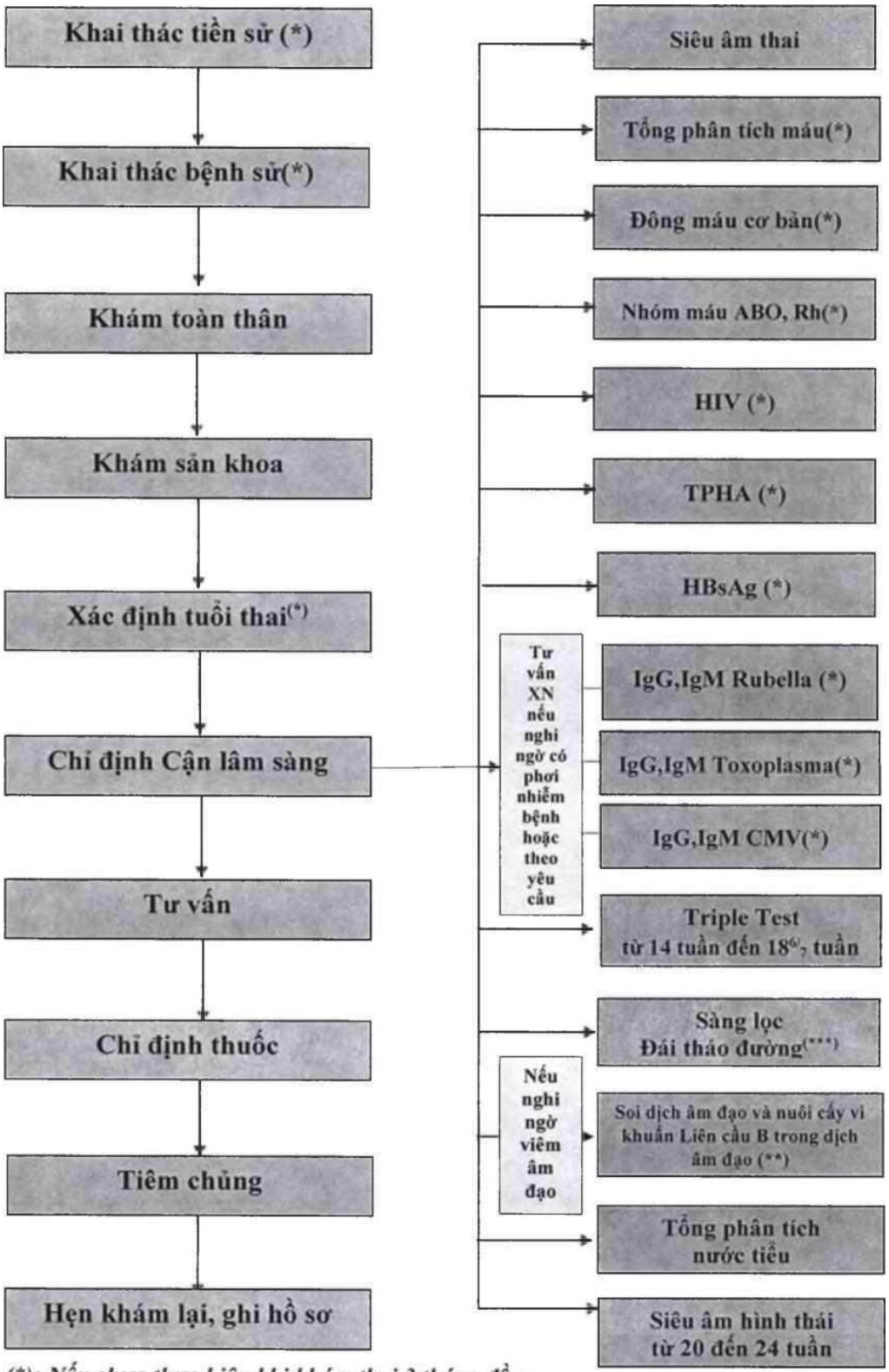
7.2 Tai biến sau khi thực hiện quy trình kỹ thuật: Không có

7.3 Biến chứng muộn: Không có

SƠ ĐỒ 1: QUY TRÌNH KHÁM THAI 3 THÁNG ĐẦU



SƠ ĐỒ 2: QUY TRÌNH KHÁM THAI 3 THÁNG GIỮA

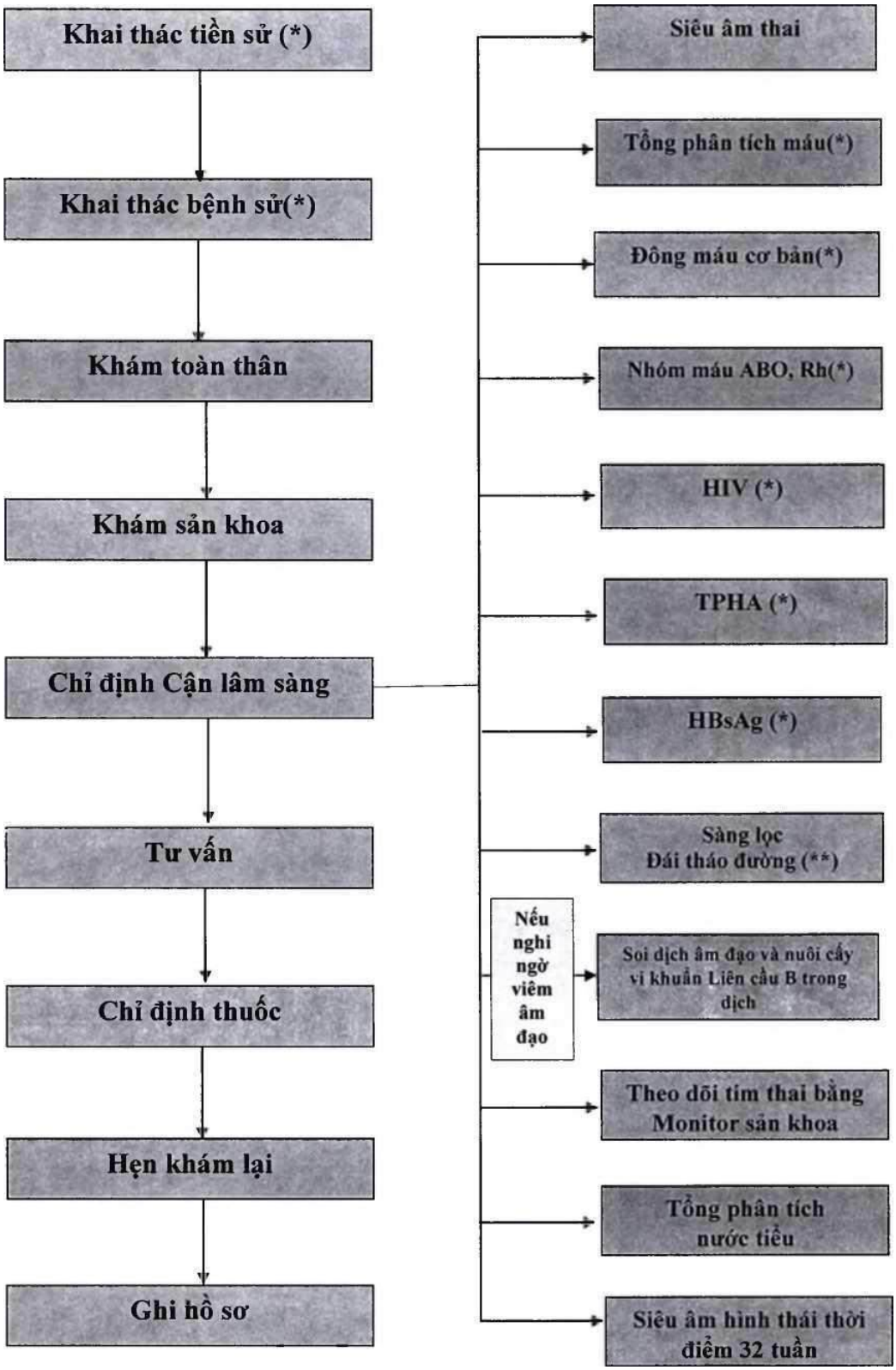


(*): Nếu chưa thực hiện khi khám thai 3 tháng đầu

(**): Chỉ định xét nghiệm nếu có viêm âm đạo

(***): Theo hướng dẫn của Bộ Y tế

SƠ ĐỒ 3: QUY TRÌNH KHÁM THAI 3 THÁNG CUỐI



(*): Nếu chưa thực hiện khi khám thai 3 tháng đầu và 3 tháng giữa.

(**): Sàng lọc theo sơ đồ 5 nếu sản phụ có nguy cơ cao.

34. THEO DÕI NHỊP TIM THAI VÀ CƠN CO TỬ CUNG BẰNG MONITOR SẢN KHOA

1. ĐỊNH NGHĨA

- Theo dõi liên tục cơn co tử cung và nhịp tim thai là phương pháp theo dõi tình trạng thai và hoạt động của tử cung nhằm mục đích phát hiện thai suy trong thai kỳ và trong chuyển dạ đồng thời phát hiện cơn co tử cung bất thường và sự đáp ứng của tim thai với cơn co tử cung.

- Có hai phương thức theo dõi chính:

+ Test không kích thích: theo dõi nhịp tim thai đơn thuần, không cần tạo nên cơn co tử cung.

+ Test có kích thích: theo dõi nhịp tim thai tương ứng với cơn co tử cung hay là thử nghiệm chịu đựng của thai đối với cơn co tử cung tạo nên do kích thích núm vú.

- Nguyên lý:

Mục đích kỹ thuật: theo dõi nhịp tim thai và cơn co nhằm phát hiện bất thường trong quá trình mang thai và chuyển dạ để xử trí kịp thời.

2. CHỈ ĐỊNH

2.1. Test không kích thích

- Áp dụng cho các trường hợp thai nghén có nguy cơ cao

- Trong chuyển dạ

2.2. Test có kích thích

- Chỉ làm khi tuổi thai sau 34 tuần (thai có chỉ định gây chuyển dạ).

- Chỉ áp dụng ở những cơ sở có điều kiện mổ lấy thai.

- Thai nghén có nguy cơ cao cần đánh giá sức chịu của thai đối với cơn co tử cung.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH (đối với test có kích thích)

3.1. Chống chỉ định tuyệt đối

- Tử cung có sẹo mổ cũ, rau tiền đạo, rỉ ối, thai non tháng chưa có chỉ định gây chuyển dạ.

3.2. Chống chỉ định tương đối: đa ối, tiền sử đẻ non, đa thai.

4. THẬN TRỌNG

Đối với thai phụ có bệnh lý tim mạch mức độ nặng, tư thế người bệnh cần phù hợp khi thực hiện quy trình kỹ thuật.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

01 bác sỹ sản khoa

01 hộ sinh hoặc điều dưỡng

5.2. Thuốc Gel bôi đầu dò

5.3. Thiết bị y tế

- Săng sạch: 1 tấm

- Máy: Monitoring sản khoa ghi cơn co tử cung và nhịp tim thai

- Giấy in: Giấy in tiêu chuẩn theo từng loại máy monitoring sản khoa

- Đồ vải

+ Quần, áo công tác

+ Quần, áo thủ thuật

+ Quần áo người bệnh

+ Săng phẫu thuật / thủ thuật

5.4. Người bệnh

Sản phụ được giải thích về mục đích theo dõi thai bằng máy và cách thức tiến hành, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng….

Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật: thai phụ đi tiểu trước theo dõi máy.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Có chỉ định của bác sĩ sản khoa, có sổ khám bệnh ngoại trú.

5.6. Thời gian thực hiện: ước tính 0,4 - 0,7 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng khám thai

5.8. Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra người bệnh: đối chiếu xác định đúng người bệnh

Thực hiện bảng kiểm an toàn thủ thuật

Đặt tư thế người bệnh: nghiêng trái hoặc tư thế thoải mái

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Đối với test không kích thích

Bước 1: Sản phụ nằm ngửa đầu cao hoặc nằm nghiêng trái

Bước 2: Khám ngoài để xác định ngôi thai.

Bước 3: Xác định vị trí của ổ tim thai bằng ống nghe gỗ hoặc Doppler.

Bước 4: Đầu dò ghi nhịp tim thai được phủ gel siêu âm sau đó đặt vào vị trí nghe tim thai rõ nhất. Đầu dò ghi cơn co tử cung đặt ở ngang mức đáy tử cung.

Bước 5: Ghi những thông tin cần thiết về sản phụ trên giấy ghi của máy, đặt chế độ máy

(tốc độ chạy 1 cm/phút, bấm nút trở về số 0).

Bước 6: Theo dõi và ghi giấy tối thiểu 30 phút và có thể kéo dài hơn tùy theo kết quả của biểu đồ đã ghi.

6.2. Đối với test có kích thích (*Thử nghiệm kích thích đầu vú)*

Bước 1: Sản phụ nằm ngửa đầu cao hoặc nằm nghiêng trái

Bước 2: Khám ngoài để xác định ngôi thai.

Bước 3: Xác định vị trí của ổ tim thai bằng ống nghe gỗ hoặc Doppler.

Bước 4: Đầu dò ghi nhịp tim thai được phủ gel siêu âm sau đó đặt vào vị trí nghe tim thai rõ nhất. Đầu dò ghi cơn co tử cung đặt ở ngang mức đáy tử cung.

Bước 5: Ghi những thông tin cần thiết về sản phụ trên giấy ghi của máy, đặt chế độ máy (tốc độ chạy 1 cm/phút, bấm nút trở về số 0).

Bước 6: Theo dõi không kích thích trong 10 phút, nếu không có cơn co tử cung và nhịp tim thai đáp ứng thì tiến hành làm test.

Bước 7: Hướng dẫn thai phụ tự kích thích vào 2 đầu vú, khi xuất hiện cơn co tử cung và đạt được 3 cơn co trong vòng 10 phút thì tiếp tục trong 20 phút. Ngừng kích thích núm vú và tiếp tục ghi cho đến khi hết cơn co tử cung thì dừng lại.

Bước 8: Tháo máy, lấy biểu đồ để phân tích kết quả

6.3. Kết thúc quy trình:

Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.

Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.

Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

Choáng do tư thế nằm ngửa của mẹ: nằm nghiêng trái, thở oxy.

Suy thai: Nếu nhịp tim thai suy, không cải thiện phải tìm cách lấy thai ra nhanh nhất.

Hộ sinh/ điều dưỡng theo dõi xem kết quả nhịp tim ghi trên giấy, nếu xuất hiện nhịp tim thai hay cơn co tử cung bất thường cần báo lại cho bác sĩ sản khoa ngay để có thái độ xử trí kịp thời.

Đứng cạnh máy theo dõi hoặc tối thiểu theo dõi 10 phút 1 lần.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

Choáng, suy thai

7.3. Tai biến muộn

Choáng, suy thai

35. GÂY CHUYỂN DẠ BẰNG THUỐC

1. ĐỊNH NGHĨA

- Gây chuyển dạ hay khởi phát chuyển dạ là chủ động gây ra cơn co tử cung trước khi chuyển dạ tự nhiên bằng các phương pháp nội khoa hoặc ngoại khoa.

- Các phương pháp gây chuyển dạ đều hướng tới mục tiêu gây được cơn co tử cung, làm cho cổ tử cung xóa và mở, ngôi thai lọt xuống và cuối cùng thai nhi được đẻ qua đường âm đạo một cách an toàn.

- Hiện nay có hai phương pháp gây chuyển dạ bằng thuốc chủ yếu và an toàn là truyền Oxytocin tĩnh mạch và đặt Prostaglandin E2.

2. CHỈ ĐỊNH

- Ối vỡ non
- Thai quá ngày sinh
- Ối giảm có chỉ định đình chỉ thai nghén
- Thai chậm phát triển trong tử cung có chỉ định đình chỉ thai nghén
- Thai bất thường có chỉ định đình chỉ thai nghén
- Thai lưu
- Bệnh lý của mẹ cần đình chỉ thai nghén: ung thư, tiền sản giật, tăng huyết áp, đái tháo đường...

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Chống chỉ định về phía mẹ
+ Khung chậu hẹp
+ Sẹo mổ cũ ở thân tử cung
+ Herpes sinh dục đang hoạt động
+ Bệnh lý mạn tính trầm trọng
- Chống chỉ định về phía thai và phần phụ của thai
+ Ngôi vai
+ Thai suy
+ Rau tiền đạo
- Cơ sở không có phẫu thuật

4. THẬN TRỌNG

- Ung thư cổ tử cung
- Sẹo mổ lấy thai ngang đoạn dưới tử cung
- Đa thai
- Đẻ nhiều lần
- Ngôi mông
- Thai to
- Rau bám thấp
- Ối vỡ non, ối vỡ sớm (với prostaglandin E2)

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Thủ thuật viên chính: 01 bác sĩ
- Dụng cụ viên: 01 điều dưỡng/hộ sinh

5.2. Thuốc: Thuốc sát khuẩn và khử trùng, kháng sinh, dịch truyền, thuốc gây chuyển dạ (Dinoprostone, Misoprostol, Oxytocin…).

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật/thủ thuật.
- Kim, chỉ khâu.
- Bơm tiêm, kim tiêm, kim luồn nhựa, dây truyền dịch, khóa ba chạc, ống thông...
- Găng tay vô trùng, mũ khẩu trang vô trùng, gạc y tế tiệt trùng; băng dính…
- Đèn phẫu thuật/thủ thuật, bàn phẫu thuật/thủ thuật.
- Đồ vải
+ Quần, áo công tác
+ Quần, áo thủ thuật
+ Quần áo người bệnh
+ Săng phẫu thuật / thủ thuật

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và đại diện người bệnh: Được giải thích về bệnh lý và quá trình phẫu thuật/thủ thuật, các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi làm phẫu thuật/thủ thuật, tiên

lượng kết quả điều trị… và ký giấy cam đoan đồng ý làm phẫu thuật/thủ thuật.

- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.

- Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật theo quy định.

- Tại phòng thực hiện kỹ thuật:

+ Kiểm tra đúng người bệnh, biên bản hội chẩn, giấy cam kết phẫu thuật/thủ thuật, …

+ Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp, bộc lộ rõ vị trí làm phẫu thuật/thủ thuật.

+ Vô cảm cho người bệnh (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)

+ Thông tiểu (nếu cần)

+ Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.

+ Trải săng vô khuẩn.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Được hoàn thiện theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện: Ước tính khoảng 0,25 - 0,5 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng thủ thuật hoặc phòng đẻ.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Khám sản phụ

- Kiểm tra mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở, tim phổi

- Xác định ngôi thai, ước trọng lượng thai, khung chậu, đánh giá sự chín muồi của cổ tử cung (chỉ số Bishop).

Điểm	**0**	**1**	**2**	**3**
Độ mở cổ tử cung (cm)	0	<2	2-4	>4
Độ xóa cổ tử cung (%)	0 - 30	40 - 50	60 - 70	≥ 80
Vị trí ngôi thai	-3	-2	-1; 0	+1; +2
Mật độ cổ tử cung	Cứng	Vừa	Mềm	
Tư thế cổ tử cung	Sau	Trung gian	Trước	

Bảng: chỉ số Bishop

6.2. Bước 2: Theo dõi tim thai và cơn co tử cung 30 phút

6.3. Bước 3: Gây chuyển dạ

a/ Gây chuyển dạ bằng Prostaglandin E2 (Dinoprostone, Misoprostol…):

- Sản phụ nằm trên bàn theo tư thế sản khoa.

- Đưa thuốc vào âm đạo: Kẹp đầu chứa thuốc giữa ngón trỏ và ngón giữa, đặt sâu vào cùng đồ sau.

- Chỉnh vị trí: Xoay tay 1/4 theo chiều kim đồng hồ, đẩy đầu chứa thuốc lên cao ở cùng đồ sau, xoay đầu đặt chứa thuốc nằm ngang.

- Sản phụ sau khi được đặt thuốc vào âm đạo sẽ nằm nghiêng trái 30 phút, rồi mắc monitoring sản khoa 60 phút theo dõi tim thai và cơn co tử cung.

- Hướng dẫn sản phụ phát hiện và thông báo ngay những dấu hiệu bất thường

- Định kỳ 4 tiếng một lần thực hiện:

+ Monitoring sản khoa 30 phút: theo dõi tim thai, cơn co tử cung. Nếu có bất thường về cơn co tử cung hoặc tim thai thì phải xử trí ngay bằng mổ lấy thai hoặc đưa sản phụ vào phòng sinh xử trí bằng các phác đồ phù hợp.

+ Khám âm đạo

- Thăm âm đạo: khi thấy sản phụ đau bụng nhiều, cơn co tử cung liên tục, ra dịch hoặc máu âm đạo, hoặc khi nghe tim thai bất thường. Cần chuyển sản phụ vào phòng sinh ngay, sau đó thăm khám, đánh giá và xử trí bằng các phác đồ phù hợp.

- Tháo thuốc khi CTC mở > 3cm hoặc cơn co tử cung cường tính...

b/ Gây chuyển dạ bằng Oxytocin:

Pha 5 đơn vị Oxytocin trong 500 ml dung dịch Glucose 5% hoặc Ringer Lactat, truyền tĩnh mạch cho người bệnh.

Cách tính nồng độ oxytocin (kim truyền 1ml = 20 giọt):

10 giọt/phút = 30 ml/h

20 giọt/phút = 60 ml/h

30 giọt/phút = 90 ml/h

40 giọt/phút = 120 ml/h

50 giọt/phút = 150 ml/h

6.4. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Theo dõi sát tim thai, cơn co tử cung mỗi 30 phút
- Khám xóa mở cổ tử cung, độ lọt của ngôi thai, đầu ối

7.2 Tai biến và xử trí

- Tai biến: suy thai, cơn co tử cung mau mạnh, ngộ độc nước do truyền oxytocin liều cao kéo dài.
- Xử trí: Lấy bỏ thuốc đặt/ngừng truyền, nằm nghiêng trái, thở oxy, cho thuốc giảm co bóp; mổ lấy thai nếu cần.

36. NGHIỆM PHÁP LỌT NGÔI CHỎM

1. ĐỊNH NGHĨA

- Nghiệm pháp lọt ngôi chỏm là phương pháp đánh giá khả năng cuộc đẻ khi nghi ngờ có bất tương xứng thai nhi và khung chậu, nhằm đưa đến quyết định là thai nhi có thể đẻ được qua đường âm đạo hay phải phẫu thuật lấy thai.

2. CHỈ ĐỊNH

- Khung chậu giới hạn, thai bình thường.
- Khung chậu bình thường, thai to.
- Khung chậu hẹp, thai nhỏ (< 2500g).

Điều kiện thực hiện

- Chỉ thực hiện ở nơi có khả năng phẫu thuật**.**
- Phải là ngôi chỏm.
- Cổ tử cung xóa hết và mở ≥ 4 cm ở sản phụ con rạ và 5 cm trở lên ở sản phụ con so.
- Cơn co tử cung tốt. Nếu cơn co không tốt phải tăng co bằng oxytocin nhỏ giọt tĩnh mạch.
- Phải theo dõi cẩn thận để phát hiện kịp thời những biến chứng xảy ra trong khi làm nghiệm pháp lọt.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Khung chậu hẹp hoàn toàn hoặc hẹp eo giữa và eo dưới.
- Thai suy.
- Các ngôi không phải là ngôi chỏm.

4. THẬN TRỌNG

- Khi có sẹo mổ cũ ở tử cung
- Dị dạng tử cung

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Thủ thuật viên chính: 01 bác sĩ

- Dụng cụ viên: 01 điều dưỡng/hộ sinh

5.2. Thuốc: Thuốc sát khuẩn và khử trùng, kháng sinh, dịch truyền…

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật/thủ thuật.

- Kim, chỉ khâu.

- Bơm tiêm, kim tiêm, kim luồn nhựa, dây truyền dịch, khóa ba chạc, ống thông...

- Găng tay vô trùng, mũ khẩu trang vô trùng, gạc y tế tiệt trùng; băng dính…

- Đèn phẫu thuật/thủ thuật, bàn phẫu thuật/thủ thuật.

- Đồ vải

+ Quần, áo công tác

+ Quần, áo thủ thuật

+ Quần áo người bệnh

+ Săng phẫu thuật / thủ thuật

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và đại diện người bệnh: Được giải thích về bệnh lý và quá trình phẫu thuật/thủ thuật, các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi làm phẫu thuật/thủ thuật, tiên lượng kết quả điều trị… và ký giấy cam đoan đồng ý làm phẫu thuật/thủ thuật.

- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.

- Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật theo quy định.

- Tại phòng thực hiện kỹ thuật:

+ Kiểm tra đúng người bệnh, biên bản hội chẩn, giấy cam kết phẫu thuật/thủ thuật, …

+ Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp, bộc lộ rõ vị trí làm phẫu thuật/thủ thuật.

+ Vô cảm cho người bệnh (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)

+ Thông tiểu (nếu cần)

+ Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.

+ Trải săng vô khuẩn.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Được hoàn thiện theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện: Ước tính khoảng 0,5 - 1 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng đẻ.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Khám sản khoa, tình trạng tim thai, cơn co tử cung, ngôi thai, khung chậu.

6.2. Bước 2: Dùng kim bấm ối khi có cơn co tử cung và xé rộng màng ối để cho ngôi tì vào cổ tử cung. Nếu ngôi thai còn cao phải đề phòng sa dây rốn.

6.3. Bước 3: Ghi rõ giờ bắt đầu bấm ối và diễn biến của cơn co.

6.4. Bước 4: Nếu cơn co tử cung tăng nhiều (trên 3 cơn co trên 10 phút) thì dùng thuốc giảm co. Nếu cơn co tử cung thưa thì truyền oxytocin tĩnh mạch để đảm bảo cơn co tần số 3 trong 10 phút.

6.5. Bước 5: Theo dõi cơn co tử cung, tim thai. Tình trạng cổ tử cung, ngôi thai được khám lại sau một giờ và sau hai giờ làm nghiệm pháp lọt để đánh giá sự tiến triển của chuyển dạ.

Chú ý: Thời gian chờ đợi không nên quá 06 giờ.

6.7. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.

- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Theo dõi sát tim thai, cơn co tử cung mỗi 30 phút

- Khám đánh giá sự xóa mở cổ tử cung, độ lọt của ngôi sau 1h, 2h. Nếu sau 2 giờ làm nghiệm pháp lọt ngôi chỏm mà cổ tử cung mở thêm từ 2 cm trở lên, tim thai bình thường, ngôi thai xuống sâu hơn trong tiểu khung, có thể quyết định cho theo dõi thêm; khi cổ tử cung mở hết đầu lọt thấp, cho sản phụ rặn đẻ.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Sa dây rau: mổ cấp cứu
- Tắc mạch ối: hồi sức tích cực và mổ cấp cứu
- Ngôi bất thường: tùy trường hợp có thể mổ hoặc theo dõi thêm

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

Phẫu thuật cấp cứu lấy thai ngay trong các trường hợp:

- Cơn co tử cung cường tính dù đã ngừng oxytocin và cho thuốc giảm co.
- Sau 2 giờ làm nghiệm pháp, cổ tử cung không mở thêm hoặc rắn hơn hoặc phù nề; ngôi thai vẫn cao
- Đầu không lọt
- Thai suy
- Sa dây rốn

7.3. Biến chứng muộn: không có

37. KỸ THUẬT BẤM ỐI

1. ĐỊNH NGHĨA

- Bấm ối là một thủ thuật được thực hiện trong quá trình chuyển dạ đẻ, khi cổ tử cung đã xóa mở, mục đích làm vỡ màng ối chủ động để nước ối thoát ra ngoài.
- Bấm ối chỉ được thực hiện ở nơi có thể mổ lấy thai

2. CHỈ ĐỊNH

- Màng ối dày, cổ tử cung không tiến triển.
- Gây đẻ chỉ huy, làm nghiệm pháp lọt ngôi chỏm hoặc đẻ thai sau trong đẻ đa thai.
- Rau bám bên, bám mép chảy máu.
- Bấm ối (tia ối) cho nước ối chảy ra từ từ trong trường hợp đa ối khi cổ tử cung từ 4 cm trở lên.
- Bấm ối khi cổ tử cung mở hết.
- Một số bệnh lý của người mẹ cần bấm ối để rút ngắn chuyển dạ, như bệnh tim, tiền sản giật nặng khi cổ tử cung đã mở từ 4 cm trở lên…
- Bấm ối thử thách trong trường hợp sản phụ có sẹo mổ cũ ở tử cung khi cổ tử cung đã mở từ 4 cm trở lên.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Chưa chuyển dạ thực sự.
- Sa dây rốn trong bọc ối.
- Cổ tử cung chưa mở hết trong trường hợp ngôi mông, ngôi mặt, ngôi vai.

4. THẬN TRỌNG

Màng ối sát ngôi thai

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Thủ thuật viên chính: 01 bác sĩ
- Dụng cụ viên: 01 điều dưỡng/hộ sinh

5.2. Thuốc: Thuốc sát khuẩn và khử trùng, kháng sinh, dịch truyền…

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật/thủ thuật.

- Bơm tiêm, kim tiêm, kim luồn nhựa, dây truyền dịch, khóa ba chạc, ống thông...

- Găng tay vô trùng, mũ khẩu trang vô trùng, gạc y tế tiệt trùng; băng dính…

- Đèn phẫu thuật/thủ thuật, bàn phẫu thuật/thủ thuật.

- Đồ vải

+ Quần, áo công tác

+ Quần, áo thủ thuật

+ Quần áo người bệnh

+ Săng phẫu thuật / thủ thuật

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và đại diện người bệnh: Được giải thích về bệnh lý và quá trình phẫu thuật/thủ thuật, các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi làm phẫu thuật/thủ thuật, tiên lượng kết quả điều trị… và ký giấy cam đoan đồng ý làm phẫu thuật/thủ thuật.

- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.

- Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật theo quy định.

- Tại phòng thực hiện kỹ thuật:

+ Kiểm tra đúng người bệnh, biên bản hội chẩn, giấy cam kết phẫu thuật/thủ thuật, …

+ Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp, bộc lộ rõ vị trí làm phẫu thuật/thủ thuật.

+ Vô cảm cho người bệnh (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)

+ Thông tiểu (nếu cần)

+ Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.

+ Trải săng vô khuẩn.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Được hoàn thiện theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện: Ước tính thời gian 0,5 - 1 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng thủ thuật hoặc phòng đẻ.

6. TIẾN HÀNH QUY TRINH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: khám trước khi bấm ối

- Đeo găng vô khuẩn.

- Kiểm tra lại tim thai, có sa dây rốn trong bọc ối không.

6.2. Bước 2: Bấm ối

- Dùng ngón trỏ và ngón nhẫn tay phải làm đường dẫn

- Tay trái cầm dụng cụ để bấm ối đưa vào âm đạo theo lòng 2 ngón tay dẫn đường sao cho đầu trong dụng cụ qua lỗ cổ tử cung tới màng ối thì tiến hành bấm ối.

- Khi bấm ối cần tuân thủ nguyên tắc:

+ Trong ngôi đầu, đầu ối dẹt thì nên bấm trong cơn co tử cung, đầu ối phồng bấm ngoài cơn co.

+ Đối với ngôi mông, nên bấm ối ngoài cơn co tử cung chỉ khi cổ tử cung mở hết, cho nước ối chảy ra từ từ rồi mới xé rộng màng ối.

+ Đối với ngôi vai (thai thứ 2) khi có chỉ định và đủ điều kiện để nội xoay thai thì chọc đầu ối, đưa được cả bàn tay vào buồng tử cung và nắm lấy chân thai nhi làm nội xoay. Vì vậy, sau khi chọc ối và xé màng ối, phải đưa ngay cả bàn tay vào buồng tử cung, vừa tìm chân thai nhi vừa ngăn không cho nước ối chảy ồ ạt ra ngoài.

+ Nếu bấm ối trong rau tiền đạo bám thấp, bám mép, sau khi chọc đầu ối, xé rộng màng ối song song với bờ bánh rau, tránh xé vào bánh rau gây chảy máu.

+ Nếu bấm ối trong đa ối cần để sản phụ nằm đầu thấp, mông hơi cao. Dùng phương pháp tia ối, nghĩa là dùng kim chọc một lỗ nhỏ, chọc ngoài cơn co tử cung, để cho nước ối chảy từ từ, khi nước ối chảy gần hết mới xé rộng màng ối. Trong trường hợp này nếu để nước ối chảy ào ra ngoài, dễ gây bong rau và sa dây rốn hoặc ngôi có thể trở thành bất thường.

6.3. Bước 3: Kiểm tra sau bấm ối

- Sau khi bấm ối phải kiểm tra lại xem có sa dây rốn hay không và ngôi thai có thay đổi gì

không để có hướng xử lý kịp thời.

- Nghe lại tim thai, đánh giá lại cơn cơ tử cung
- Nhận định màu sắc và lượng nước ối.

6.4. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Theo dõi sát tim thai, cơn co tử cung mỗi 30 phút
- Khám xóa mở cổ tử cung, độ lọt của ngôi

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Sa dây rau: mổ cấp cứu
- Ngôi bất thường: tùy trường hợp có thể mổ hoặc theo dõi thêm
- Tổn thương da đầu thai nhi

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Sa dây rau: phải cho sản phụ nằm tư thế đầu gối - ngực (đầu thấp, mông cao), dùng 2 ngón tay đẩy ngôi thai lên tránh đè vào dây rốn và phẫu thuật lấy thai cấp cứu.
- Chảy máu hoặc nước ối có màu bất thường (có máu hoặc lẫn phân su): tìm nguyên nhân để có hướng xử trí

7.3. Biến chứng muộn: không có

38. ĐỠ ĐẺ THƯỜNG NGÔI CHỎM

1. ĐẠI CƯƠNG

Đỡ đẻ thường ngôi chỏm là thủ thuật tác động vào thì sổ thai để giúp cuộc đẻ được an toàn theo đường âm đạo, không cần can thiệp (trừ trường hợp cắt tầng sinh môn).

2. CHỈ ĐỊNH

Thai ngôi chỏm, đầu đã lọt thấp, thập thò ở âm hộ và chuẩn bị sổ.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Thai không có khả năng đẻ được theo đường dưới.

Ngôi chỏm chưa lọt thấp.

4. THẬN TRỌNG

Tử cung có sẹo mổ cũ

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Thủ thuật viên chính: 01 bác sĩ/hộ sinh
- Dụng cụ viên: 01 điều dưỡng/hộ sinh

5.2. Thuốc: Thuốc sát khuẩn và khử trùng, kháng sinh, dịch truyền…

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật/thủ thuật.
- Kim, chỉ khâu.
- Bơm tiêm, kim tiêm, kim luồn nhựa, dây truyền dịch, khóa ba chạc, ống thông...
- Găng tay vô trùng, mũ khẩu trang vô trùng, gạc y tế tiệt trùng; băng dính…
- Đèn phẫu thuật/thủ thuật, bàn phẫu thuật/thủ thuật, túi đong máu.
- Máy monitoring sản khoa.
- Đồ vải

+ Quần, áo công tác

+ Quần, áo thủ thuật

+ Quần áo người bệnh

+ Săng phẫu thuật / thủ thuật

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và đại diện người bệnh: Được giải thích về bệnh lý và quá trình phẫu thuật/thủ thuật, các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi làm phẫu thuật/thủ thuật, tiên lượng kết quả điều trị… và ký giấy cam đoan đồng ý làm phẫu thuật/thủ thuật.

- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.

- Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật theo quy định.

- Tại phòng thực hiện kỹ thuật:

+ Kiểm tra đúng người bệnh, biên bản hội chẩn, giấy cam kết phẫu thuật/thủ thuật, …

+ Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp, bộc lộ rõ vị trí làm phẫu thuật/thủ thuật.

+ Vô cảm cho người bệnh (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)

+ Thông tiểu (nếu cần)

+ Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.

+ Trải săng vô khuẩn.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Được hoàn thiện theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện: Ước tính thời gian 0,5 - 1 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng đẻ.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Điều kiện tiến hành

Người đỡ đẻ chỉ bắt tay vào đỡ khi có đủ các điều kiện sau:

- Cổ tử cung mở hết.

- Ối đã vỡ (chưa vỡ thì bấm ối).

- Ngôi thai đã lọt và thập thò ở âm môn làm tầng sinh môn căng giãn, hậu môn loe rộng.

- Hướng dẫn cho sản phụ chỉ rặn khi có cảm giác mót rặn cùng với sự xuất hiện của cơn co tử cung.

- Các thao tác hầu hết làm trong cơn rặn của sản phụ và cần phải:

- Nhẹ nhàng.

- Giúp cho thai sổ từ từ.

- Kiên nhẫn động viên sản phụ, không thúc ép, giục giã, sốt ruột.

- Nhớ là đỡ đẻ chứ không phải kéo thai.

6.2. Các bước tiến hành

a) Bước 1: Đỡ đầu:

Kỹ thuật đỡ đẻ ngôi chỏm kiểu chẩm vệ.

- Giúp đầu cúi tốt: ấn nhẹ nhàng vào vùng chẩm trong mỗi cơn co tử cung.

- Nếu cần thì cắt tầng sinh môn ở vị trí 7 giờ hoặc 5 giờ (ít làm), vào lúc tầng sinh môn giãn căng.

- Khi hạ chẩm tì dưới khớp vệ: sản phụ ngừng rặn hoặc rặn nhẹ nhàng, một tay giữ tầng sinh môn, một tay giúp đầu ngửa dần, mắt, mũi, miệng, cằm sẽ lần lượt sổ ra ngoài.

Kỹ thuật đỡ đẻ ngôi chỏm kiểu chẩm cùng.

- Khi đỡ đầu vì ngôi chỏm sổ kiểu chẩm cùng mặt thai ngửa lên phía xương mu người mẹ nên phải giúp đầu cúi bằng cách dùng đầu ngón tay ấn vào đầu thai từ dưới lên.

- Khi hạ chẩm của thai ra đến mép sau âm hộ thì cho đầu thai ngửa dần ra sau để lộ các phần trán, mắt, mũi, cằm.

- Khi đầu đã sổ hoàn toàn chờ cho đầu tự quay về phía nào sẽ giúp thai quay hẳn sang bên đó (trái hoặc phải ngang).

b) Bước 2: Đỡ vai:

- Quan sát xem đầu thai có xu hướng quay về bên nào thì giúp cho chẩm quay về bên đó (chẩm trái - ngang hoặc chẩm phải - ngang), kiểm tra dây rốn nếu quấn cổ: gỡ hoặc cắt (khi chặt không gỡ được).

- Hai bàn tay ôm đầu thai nhi ở hai bên đỉnh thái dương, kéo thai xuống theo trục rốn - cụt để vai trước sổ trước. Khi bờ dưới cơ delta tì dưới khớp vệ thì một tay giữ đầu (cổ nằm giữa khe hai ngón cái và trỏ) tay kia giữ tầng sinh môn, nhấc thai lên phía trên và cho sổ vai sau. Ở thì này dễ rách tầng sinh môn, vì vậy phải giữ tầng sinh môn tốt và cho vai sổ từ từ.

c) Bước 3: Đỡ thân, mông và chi:

- Khi đã sổ xong hai vai, bỏ tay giữ tầng sinh môn để thân thai nhi sổ và khi thân ra ngoài thì bắt lấy hai bàn chân.

- Đặt thai nhi lên tâm gạc to vô khuẩn trên bụng người mẹ và tiến hành lau khô trẻ và nhanh chóng đánh giá tình trạng bé. Nếu bé khóc tốt thì đặt nằm sấp trên bụng mẹ theo phương pháp da kề da, cặp cắt rốn 1 thì sau khi dây rốn ngừng đập. Nếu bé không khóc nhanh chóng cắt rốn 1 thì và đưa ra bàn hồi sức sơ sinh.

- Đặt túi đong máu (nếu có) dưới mông sản phụ ngay sau khi cắt rốn.

Chú ý:

- Ngôi chỏm sổ chẩm cùng thường diễn biến lâu, sổ khó hơn và dễ gây sang chấn cho mẹ vì vậy cần cắt rộng tầng sinh môn trước khi đỡ đầu thai nhi.

- Thai nhi sổ chẩm cùng cũng dễ bị ngạt vì thế cũng phải hồi sức thai thật tốt.

6.3. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.

- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Sau mỗi cơn rặn, nghe lại nhịp tim thai, nhằm phát hiện suy thai để có thái độ xử lí thích hợp.

- Luôn quan sát toàn trạng và bụng sản phụ phát hiện kịp thời dấu hiệu dọa vỡ tử cung.

- Sau khi đỡ đẻ, phải theo dõi sát sản phụ để kịp thời phát hiện chảy máu, vết rách và đánh giá mức co hồi tử cung để chuẩn bị xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ.

- Ghi lại tình hình diễn biến cuộc đẻ vào hồ sơ.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Choáng do đau..

- Mắc vai: thực hiện kỹ thuật xử trí mắc vai tuỳ trường hợp cụ thể

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Ngay sau khi sổ thai, rau bong dở dang gây băng huyết cần bóc rau nhân tạo và kiểm soát tử cung ngay.

- Nếu rách âm hộ, âm đạo, tầng sinh môn (hoặc cắt chủ động): khâu lại sau khi đã sổ rau và kiểm tra bánh rau.

- Nếu bị băng huyết do đờ tử cung phải tập trung cấp cứu chảy máu bằng thuốc tăng co tử cung và các biện phám cầm máu hiện có và bồi phụ lượng máu đã mất.

- Thai ngạt: phải hồi sức thai

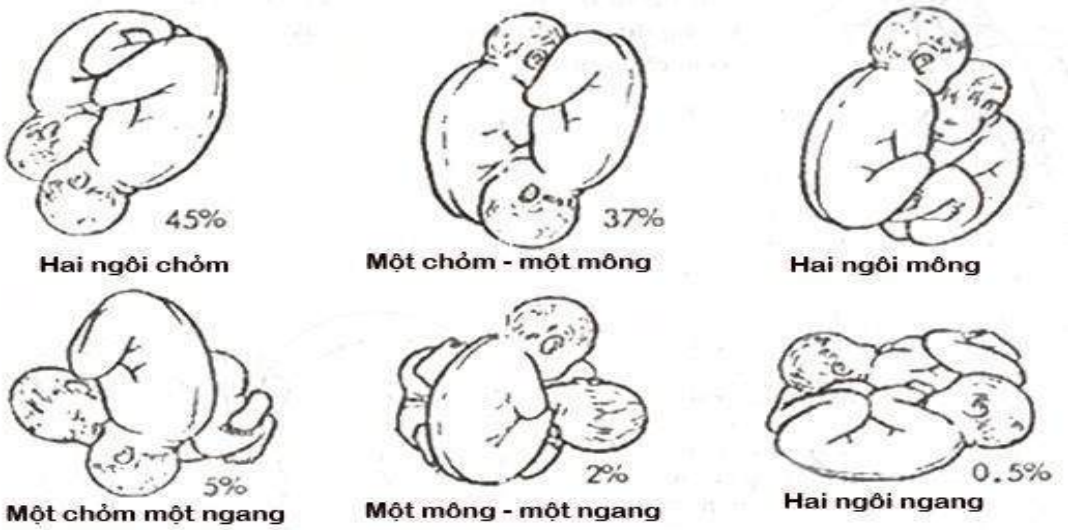
7.4. Biến chứng muộn: sang chấn cho trẻ

39. ĐỠ ĐẺ ĐA THAI

1. ĐẠI CƯƠNG

- Đa thai là sự phát triển đồng thời hai thai hoặc nhiều hơn trong buồng tử cung người mẹ, tỷ lệ sinh đôi chiếm khoảng 1 - 1,5% tổng số các ca đẻ. Đa thai là thai nghén có nguy cơ cao. Đặc điểm "nguy cơ cao" xảy ra ngay cả trong thời kỳ mang thai cũng như trong chuyển dạ đẻ.

- Thành công hay thất bại trong đỡ đẻ đa thai tùy thuộc vào chẩn đoán chính xác các ngôi, thế của hai thai, sự chuẩn bị tốt các phương tiện chăm sóc, hồi sức cho mẹ và thai nhi, vào kiến thức, kỹ năng cũng như kinh nghiệm của người đỡ đẻ. Trong thai sinh đôi sau khi thai thứ nhất sổ, thường có biến cố xảy ra với thai thứ hai. Nguy cơ gặp trong cuộc đẻ đa thai thường là suy thai, ngôi bất thường, sang chấn cho thai…



Hình 1. *Các tư thế của song thai*

2. CHỈ ĐỊNH

Các ca chuyển dạ đa thai và cuộc chuyển dạ tiến triển thuận lợi.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Sinh đôi hai thai dính nhau.
- Sinh đôi hai thai mắc nhau: thai thứ nhất là ngôi mông, thai thứ hai ngôi đầu do đó khi xuống hai thai có thể mắc nhau.
- Thai 1 ngôi bất thường
- Suy thai, sa dây rốn…
- Rau tiền đạo, u tiền đạo...
- Mẹ bị các bệnh lý không được đẻ đường âm đạo: bệnh tim mạch, cao huyết áp, tiền sản giật nặng…
- Cơ sở y tế không có phòng phẫu thuật, thiếu các phương tiện theo dõi, hồi sức cho sản phụ và trẻ sơ sinh.

4. THẬN TRỌNG

- Tử cung có sẹo mổ cũ
- Sản phụ sinh con so lớn tuổi.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Thủ thuật viên: 04 bác sĩ
- Dụng cụ viên: 02 điều dưỡng/hộ sinh

5.2. Thuốc: Thuốc sát khuẩn và khử trùng, kháng sinh, dịch truyền…

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật/thủ thuật.
- Kim, chỉ khâu.
- Bơm tiêm, kim tiêm, kim luồn nhựa, dây truyền dịch, khóa ba chạc, ống thông...
- Găng tay vô trùng, mũ khẩu trang vô trùng, gạc y tế tiệt trùng; băng dính…
- Đèn phẫu thuật/thủ thuật, bàn phẫu thuật/thủ thuật, túi đong máu.
- Máy monitoring sản khoa.
- Đồ vải

+ Quần, áo công tác

+ Quần, áo thủ thuật

+ Quần áo người bệnh

+ Săng phẫu thuật / thủ thuật

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và đại diện người bệnh: Được giải thích về bệnh lý và quá trình phẫu thuật/thủ thuật, các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi làm phẫu thuật/thủ thuật, tiên lượng kết quả điều trị… và ký giấy cam đoan đồng ý làm phẫu thuật/thủ thuật.

- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.

- Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật theo quy định.

- Tại phòng thực hiện kỹ thuật:

+ Kiểm tra đúng người bệnh, biên bản hội chẩn, giấy cam kết phẫu thuật/thủ thuật, …

+ Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp, bộc lộ rõ vị trí làm phẫu thuật/thủ thuật.

+ Vô cảm cho người bệnh (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)

+ Thông tiểu (nếu cần)

+ Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.

+ Trải săng vô khuẩn.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Được hoàn thiện theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện: Ước tính thời gian 1 - 3 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng đẻ.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Nguyên tắc

- Luôn theo dõi tình trạng sức khỏe của người mẹ và hai thai, nhất là thai nhi thứ hai. Phát hiện kịp thời nguy cơ suy thai và có biện pháp xử trí thích hợp.

- Do tử cung quá căng nên cơn co tử cung thường yếu và thưa, cổ tử cung mở chậm. Nếu đủ điều kiện có thể bấm ối cho tử cung bớt căng, điều chỉnh cơn co tử cung để chuyển dạ tiến triển tốt hơn.

- Nên có một đường truyền tĩnh mạch để điều chỉnh cơn co tử cung và có thể hồi sức ngay cho mẹ và thai khi cần.

- Kiểm tra, bổ sung hồ sơ đầy đủ trước khi đỡ đẻ.

- Chuẩn bị đầy đủ các trang thiết cần thiết cho cuộc đẻ, cho mẹ và trẻ sơ sinh

6.2. Diễn tiến cuộc đẻ

- Thông thường cuộc đẻ diễn ra qua 4 giai đoạn:

- Giai đoạn 1: đẻ thai nhi thứ nhất:

+ Thai thứ nhất thường là ngôi thuận, đôi khi là ngôi mông. Thường ngôi lọt chậm, cơn co yếu. Nếu là ngôi chỏm thì đỡ đẻ như bình thường, chú ý khi ối vỡ dễ gây sa dây rốn. Sau khi thai sổ kẹp chặt dây rốn về phía bánh rau trước khi cắt để ngăn ngừa mất máu của thai thứ hai nếu có tuần hoàn nối thông.

+ Đặt túi đong máu (nếu có) dưới mông sản phụ ngay sau khi cắt rốn.

- Giai đoạn 2: kiểm tra ngay ngôi, thế và tim thai của thai thứ hai:

+ Chú ý thai thứ hai luôn bị đe doạ trước nguy cơ thiếu oxy. Sau khi thai thứ nhất sổ, buồng tử cung trở thành quá rộng làm cho thai thứ hai không bình chỉnh tốt, dễ sinh ra ngôi bất thường như ngôi vai, ngôi ngược.

+ Lập tức khám (khám ngoài và khám âm đạo) để kiểm tra ngôi, thế, kiểu thế của thai thứ hai.

+ Nếu đang truyền Oxytocin mà tử cung co mạnh, bóp chặt, khó xác định được ngôi, phải tạm thời ngừng truyền, xác định được ngôi thai và cũng để thuận lợi hơn cho việc xoay thai trong nếu thai thứ hai ngôi bất thường.

- Giai đoạn 3: đẻ thai thứ hai

+ Tuỳ theo thai thứ hai là ngôi gì mà có hướng xử trí thích hợp:

+ Nếu ngôi đầu: tiếp tục truyền Oxytocin, chờ có cơn co tử cung rồi bấm ối, cố định ngôi và đỡ

đẻ.

+ Nếu ngôi mông: đỡ đẻ như ngôi mông.

+ Nếu ngôi bất thường: ngôi vai, ngôi trán, thì phải bấm ối ngay và nội xoay thai thành ngôi mông. Sau đó đỡ đẻ ngôi mông hoặc đại kéo thai.

+ Trong song thai, thai nhi thường nhỏ, hơn nữa sau khi đẻ thai 1, buồng tử cung rộng nên việc xoay thai có thể tiến hành thuận lợi. Nếu quá chậm cổ tử cung sẽ co lại, bong rau nên thai thứ hai dễ bị suy.

Chú ý:

- Chỉ tiến hành xoay thai thứ hai trong đẻ song thai với điều kiện ối còn, thai nhỏ, tử cung không co cứng bóp chặt phần thai, không bị ngôi vai sa tay. Nếu không đủ điều kiện phải mổ lấy thai.

- Nếu nội xoay thai không đúng chỉ định và kỹ thuật dễ xảy ra tai biến như vỡ tử cung, thai bị sang chấn, bong nhau, suy thai...

- Giai đoạn 4: đẻ thai tiếp theo đỡ như đối thai thứ 2

- Giai đoạn 5: Sổ rau

- Sau khi thai sổ thai hai tiến hành xử trí tích cực giai đoạn 3, trong thời kỳ sổ nhau dễ có biến chứng chảy máu do đờ tử cung, do đó phải dùng thuốc co bóp tử cung ngay và duy trì nhỏ giọt tĩnh mạch.

6.3. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.

- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

a/ Thai suy: mổ cấp cứu

b/ Thai 2 ngôi xoay thành ngôi bất thường:

Nếu ối còn: tìm chân, bấm ối, nội xoay thai và đại kéo thai

Nếu ối vỡ: nội xoay thai và đại kéo thai. Nếu không được chuyển mổ cấp cứu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Ngay sau khi sổ thai, rau bong dở dang gây băng huyết cần bóc rau nhân tạo và kiểm soát tử cung ngay.

- Nếu rách âm hộ, âm đạo, tầng sinh môn (hoặc cắt chủ động): khâu lại sau khi đã sổ rau và kiểm tra bánh rau.

- Nếu bị băng huyết do đờ tử cung phải tập trung cấp cứu chảy máu bằng thuốc tăng co tử cung và các biện pháp cầm máu hiện có và bồi phụ lượng máu đã mất.

- Thai ngạt: phải hồi sức thai

- Sang chấn thai: phối hợp bác sỹ sơ sinh xử trí

7.3. Biến chứng muộn:

- Đờ tử cung thứ phát: theo dõi sát sau đẻ để phát hiện sớm và xử trí kịp thời.

40. ĐỠ ĐẺ NGÔI MÔNG

1. ĐẠI CƯƠNG

- Ngôi mông là một ngôi đẻ khó, nhưng vẫn có khả năng đẻ đường âm đạo.

- Ngôi mông có tỷ lệ 2 - 6% trong tổng số các trường hợp chuyển dạ.

- Ngôi mông hay gặp ở các ca đẻ non.

2. CHỈ ĐỊNH

- Ngôi mông hoàn toàn hoặc không hoàn toàn kiểu mông.

- Tuổi thai > 34 tuần.
- Trọng lượng thai dự đoán 2500 - 3000g.
- Đầu thai nhi cúi tốt.
- Quá trình chuyển dạ thuận lợi, không có tình trạng nguy hiểm cho mẹ và con.
- Xác định các dị tật có thể làm thai chết.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Chống chỉ định về phía mẹ

- Bất thường khung chậu.
- Có khối u tiền đạo.
- Tổn thương nặng ở vùng chậu và tầng sinh môn (TSM).
- Các bệnh lý tim mạch, suy hô hấp nặng.

3.2. Chống chỉ định do phần phụ của thai:

- Rau tiền đạo, trung tâm, bắm mép.
- Dây rốn bất thường

3.3. Chống chỉ định về phía thai: Đầu ngửa nguyên phát.

4. THẬN TRỌNG

- Có sẹo mổ cũ ở tử cung.
- Các bệnh lý của mẹ lúc mang thai (đái đường, cao huyết áp...)
- Đẻ non
- Trọng lượng thai dự đoán > 3000gr.
- Đa ối.
- Suy thai mãn.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Thủ thuật viên chính: 01 bác sĩ
- Dụng cụ viên: 01 điều dưỡng/hộ sinh

5.2. Thuốc: Thuốc sát khuẩn và khử trùng, kháng sinh, dịch truyền…

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật/thủ thuật.
- Kim, chỉ khâu.
- Bơm tiêm, kim tiêm, kim luồn nhựa, dây truyền dịch, khóa ba chạc, ống thông...
- Găng tay vô trùng, mũ khẩu trang vô trùng, gạc y tế tiệt trùng; băng dính…
- Đèn phẫu thuật/thủ thuật, bàn phẫu thuật/thủ thuật, túi đong máu.
- Máy monitoring sản khoa.
- Đồ vải

+ Quần, áo công tác
+ Quần, áo thủ thuật
+ Quần áo người bệnh
+ Săng phẫu thuật / thủ thuật

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và đại diện người bệnh: Được giải thích về bệnh lý và quá trình phẫu thuật/thủ thuật, các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi làm phẫu thuật/thủ thuật, tiên lượng kết quả điều trị… và ký giấy cam đoan đồng ý làm phẫu thuật/thủ thuật.
- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.
- Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật theo quy định.
- Tại phòng thực hiện kỹ thuật:

+ Kiểm tra đúng người bệnh, biên bản hội chẩn, giấy cam kết phẫu thuật/thủ thuật, …
+ Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp, bộc lộ rõ vị trí làm phẫu thuật/thủ thuật.

+ Vô cảm cho người bệnh (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)

+ Thông tiểu (nếu cần)

+ Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.

+ Trải săng vô khuẩn.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Được hoàn thiện theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện: Ước tính thời gian 0,5 - 1 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng đẻ.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Điều kiện tiến hành

- Cổ tử cung (CTC) đã mở hết và ngôi thai đã xuống sát với TSM.

- Chỉ cho sản phụ rặn khi có cơn co tử cung (CCTC).

- Đảm bảo cơn co tử cung có hiệu quả, truyền nhỏ giọt Oxytocin từ lúc bắt đầu cho sản phụ rặn.

- Cắt TSM chủ động khi TSM giãn căng.

- Không dùng bất cứ một thủ thuật nào khi sổ thai cho tới khi xuất hiện đỉnh của xương bả vai thai nhi.

6.2. Các bước tiến hành

a) Đỡ đẻ ngôi mông theo phương pháp Vermelin

- Để thai nhi sổ tự nhiên do sự kết hợp của CCTC và sức rặn của mẹ.

- Khi mông hoặc chân chuẩn bị sổ thì cắt TSM.

- Trải một khăn vải ở dưới TSM.

- Khi thai sổ đến bụng, người đỡ đẻ luồn ngón tay nới lỏng dây rốn.

- Đẩy trên bụng mẹ ở phía đáy TC.

- Giúp cho đầu hậu sổ kịp thời tránh cho trẻ hít phải nước ối.

- Người thầy thuốc sản khoa là người quan sát tích cực, không vội vã, càng ít can thiệp vào thai nhi càng tốt.

b) Đỡ đẻ ngôi mông không hoàn toàn theo phương pháp Sôvianôp

- Khi mông sổ hai bàn tay người đỡ đẻ ôm lấy đùi và hông thai, các ngón cái ở phía đùi các ngón khác phía xương cùng.

- Trong cơn rặn hướng cho khối thai ra trước và giữ cho chi dưới của thai luôn áp sát vào bụng và ngực.

- Khi sổ vai tiêm thuốc Oxytocin.

- Giúp sổ đầu hậu đồng thời hướng thai ra trước cho lưng thai sát vào phần trước âm hộ, lật ngửa thai lên bụng mẹ cho sổ đầu (giống như thủ thuật Bracht).

c) Đỡ đẻ ngôi mông hoàn toàn theo phương pháp Sôvianốp

- Giữ không cho chân và mông không sổ sớm: dùng gạc lớn đặt trước âm hộ và lấy lòng bàn tay đè lên gạc trong cơn co.

- Hướng dẫn sản phụ rặn thật tốt.

- Thời gian giữ từ vài phút đến 15 - 20 phút cho tới khi TSM giãn tối đa.

- Lúc không thể giữ nữa và bắt đầu cho rặn sổ.

- Các động tác đỡ thai khác tuần tự được tiến hành như khi đỡ ngôi mông theo đường dưới một cách tự nhiên.

6.3. Các thủ thuật thường dùng khi đỡ đẻ ngôi mông

a) Các thủ thuật đỡ đầu hậu

* Thủ thuật Bracht:

- Người đỡ đẻ giữ thai với hai bàn tay: các ngón tay cái vào mặt trước đùi, bằng các động tác phối hợp đưa thai ra trước, lên trên và lật ngửa thai lên bụng mẹ, không được lôi kéo thai.

- Người đỡ phụ ấn tay vào đáy tử cung giúp cho đầu thai ra dễ dàng hơn.

- Khi thai đã sổ qua cằm, người đỡ có thể luồn ngón tay vào miệng thai nhi giúp đầu cúi để sổ

dễ hơn.

* Thủ thuật Mauriceau:

- Thủ thuật này thường chỉ định cho các sản phụ đẻ con so, thai có thể hơi to, TSM rắn, cần tiên lượng những khó khăn và nếu thấy có chỉ định thì làm ngay thủ thuật Mauriceau. Thời điểm bắt đầu làm Mauriceau là khi vai và 2 chi trên đã sổ hẳn ra ngoài âm hộ.

Cách làm cụ thể:

+ Cho thai nhi cưỡi lên cẳng tay người đỡ đẻ.

+ Hai ngón tay trỏ và giữa cho vào miệng của thai đến tận đáy lưỡi ấn cho cằm sát vào ngực giúp cho đầu cúi thêm.

Bàn tay ngoài đặt trên lưng, sát vai dùng các ngón ấn vào vùng chẩm để phối hợp cùng lúc với bàn tay bên trong làm cho đầu cúi.

+ Sau đó dùng các ngón bàn tay ngoài ôm lấy 2 vai và kẹp ngón trỏ - giữa ôm lấy gáy thai rồi phối hợp với tay trong kéo thai xuống, đưa đầu về chẩm - vệ, hướng thai ra ngoài lật lên phía bụng mẹ.

+ Người phụ đẩy vào tử cung giúp cho đầu sổ dễ hơn.

+ Cắt nới rộng TSM

b) Các thủ thuật hạ tay

* Thủ thuật Lovset

- Khi thai nhi sổ đến mỏm xương bả vai, người đỡ đẻ đưa ngón tay lên kiểm tra xem tay thai nhi có bị giơ lên cao hay không. Nếu tay bị giơ cao thì bắt đầu ngay thủ thuật hạ tay.

- Người đỡ đẻ nắm giữ thai nhi bằng 2 bàn tay, ngón cái ở vùng thắt lưng, lòng bàn tay ở 2 mông, các ngón tay khác ở phía bụng.

- Thực hiện vòng quay đầu tiên 90º cho lưng thai quay sang phải để cánh tay trước của thai xuống dưới xương vệ sẽ sổ.

- Sau đó tiến hành vòng quay thứ 2, 180º theo hướng ngược lại để đưa tay sau ra trước, khuỷu tay sẽ xuất hiện ở âm hộ.

- Tiếp đó thai sẽ được hạ xuống, cố định chẩm dưới khớp vệ cho đầu sổ.

* Hạ tay theo phương pháp cổ điển

- Bao giờ cũng phải hạ tay sau xuống trước.

- Một bàn tay cầm chân thai nhấc lên và về phía đối diện với lưng của thai.

- Bàn tay còn lại luồn vào âm đạo theo ngực cẳm đi dần lên.

- Hai ngón tay trỏ và giữa đi dọc theo cánh tay tìm đến nếp khuỷu thì ấn vào nếp đó để cẳng tay gấp lại và bàn tay vuốt qua mặt thai nhi để đưa xuống dưới. Động tác này người ta ví như mèo rửa mặt

- Khi tay đã xuống, vào tới âm đạo thì gỡ dần ra theo mép sau âm hộ.

- Đối với tay trước, lại luồn tay lên làm các thao tác như trên.

- Ca không thể luồn tay lên được thì phải xoay 180º biến tay trước thành tay sau. Nếu tay đó chưa sổ thì làm thao tác gỡ tay sau như đã mô tả trên

6.4. Kết thúc quy trình

- Đặt túi đong máu (nếu có) dưới mông sản phụ ngay sau khi cắt rốn.

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.

- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Choáng do đau.

- Mắc đầu hậu: thực hiện các phương pháp đỡ đầu hậu theo trường hợp cụ thể

- Chấn thương thai: phối hợp bác sỹ sơ sinh xử trí

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Ngay sau khi sổ thai, rau bong dở dang gây băng huyết cần bóc rau nhân tạo và kiểm soát

tử cung ngay.

- Nếu rách âm hộ, âm đạo, TSM (hoặc cắt chủ động): khâu lại sau khi đã sổ rau và kiểm tra bánh rau.

- Nếu bị băng huyết do đờ tử cung phải tập trung cấp cứu chảy máu bằng thuốc tăng co tử cung và các biện phá cầm máu hiện có và bồi phụ lượng máu đã mất.

- Thai ngạt: phải hồi sức thai

- Chấn thương thai: gãy tay, gãy xương đòn …

- Tử vong thai …

7.3. Biến chứng muộn: sang chấn cho trẻ

Dự phòng: đỡ đẻ đúng kỹ thuật

41. ĐỂ CHỈ HUY BẰNG TRUYỀN OXYTOCIN TĨNH MẠCH

1. ĐẠI CƯƠNG

- Thuốc oxytocin là thuốc gây co bóp tử cung cả về tần số và cường độ.

- Đẻ chỉ huy bằng truyền oxytocin tĩnh mạch mục tiêu gây được cơn co tử cung, làm cho cổ tử cung xóa và mở, ngôi thai lọt xuống và cuối cùng thai nhi được đẻ qua đường âm đạo.

- Chỉ định này chỉ áp dụng ở nơi có phẫu thuật.

2. CHỈ ĐỊNH

- Sử dụng oxytocin để gây cơn co tử cung (CCTC) trong trường hợp gây chuyển dạ

- Chuyển dạ nhưng cơn co thưa, yếu

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bất tương xứng thai nhi - khung chậu.

- Trường hợp không có chỉ định đẻ đường âm đạo.

- Rau tiền đạo.

- Rau bong non.

- Suy thai cấp và mạn tính.

- Không có phòng phẫu thuật, bác sĩ và phương tiện phẫu thuật.

4. THẬN TRỌNG

- Có sẹo mổ cũ ở tử cung

- Nghi ngờ bất tương xứng thai và khung chậu

- Rau bám thấp

- Mẹ bị bệnh lý cấp hoặc mạn tính

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Thủ thuật viên chính: 01 bác sĩ

- Dụng cụ viên: 01 điều dưỡng/hộ sinh

5.2. Thuốc: Thuốc sát khuẩn và khử trùng, kháng sinh, dịch truyền, Oxytocin…

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật/thủ thuật.

- Bơm tiêm, kim tiêm, kim luồn nhựa, dây truyền dịch, khóa ba chạc, ống thông...

- Găng tay vô trùng, mũ khẩu trang vô trùng, gạc y tế tiệt trùng; băng dính…

- Đèn phẫu thuật/thủ thuật, bàn phẫu thuật/thủ thuật, túi đong máu.

- Máy monitoring sản khoa.

- Đồ vải

+ Quần, áo công tác

+ Quần, áo thủ thuật

+ Quần áo người bệnh

+ Săng phẫu thuật / thủ thuật

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và đại diện người bệnh: Được giải thích về bệnh lý và quá trình phẫu thuật/thủ thuật, các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi làm phẫu thuật/thủ thuật, tiên lượng kết quả điều trị… và ký giấy cam đoan đồng ý làm phẫu thuật/thủ thuật.

- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.

- Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật theo quy định.

- Tại phòng thực hiện kỹ thuật:

+ Kiểm tra đúng người bệnh, biên bản hội chẩn, giấy cam kết phẫu thuật/thủ thuật, …

+ Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp, bộc lộ rõ vị trí làm phẫu thuật/thủ thuật.

+ Vô cảm cho người bệnh (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)

+ Thông tiểu (nếu cần)

+ Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.

+ Trải săng vô khuẩn.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Được hoàn thiện theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện: Ước tính thời gian 0,5 - 1 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng thủ thuật hoặc phòng đẻ

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Pha dung dịch

Dung dịch glucose 5 % x 500 ml pha với oxytocin 5 đv (5000 mđv) như vậy 01ml có chứa 10 mđv oxytocin.

6.2. Bước 2: Truyền nhỏ giọt oxytocin tĩnh mạch

- Ban đầu là 03 mđv oxytocin/phút tương đương 05 - 06 giọt/phút (15 - 18 ml/giờ), sau đó theo dõi CCTC (cường độ, khoảng cách các cơn co) mà điều chỉnh tốc độ giọt hợp lý (10, 15, 20, 30, 40 … giọt) sao cho đạt được 3 cơn co trong 10 phút. Nếu CCTC quá mau hay quá mạnh (có trên 5 cơn co trong 10 phút và mỗi cơn co kéo dài trên 1 phút), ngừng truyền oxytocin hoặc giảm giọt truyền.

- Sử dụng là tốt nhất và tốc độ truyền ban đâu là 03mđv oxytocin/p tương đương 15 - 18ml/giờ

6.3. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.

- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận theo dõi.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Bác sĩ phải trực tiếp chăm sóc sản phụ để theo dõi toàn trạng sản phụ và cơn co tử cung

- Phải ghi trên biểu đồ chuyển dạ. Chỉ truyền thêm oxytocin nếu chuyển dạ tiến triển chậm.

- Cứ 30 phút/lần đều đặn theo dõi cơn co tử cung, nhịp tim thai, độ lọt của ngôi.

- Nếu có dấu hiệu suy thai phải ngừng truyền oxytocin. Sau khi ngừng truyền oxytocin 15 phút không có kết quả, phải phẫu thuật lấy thai ngay hoặc forceps nếu đủ điều kiện.

7.2. Trong thủ thuật

- Không lấy được đường truyền tĩnh mạch

- Tắc đường truyền tĩnh mạch: lấy lại đường truyền tĩnh mạch

7.3. Sau thủ thuật

- Cơn co tử cung cường tính: ngừng truyền oxytocin, dùng thuốc giảm co. Nếu không kết quả phải mổ lấy thai.

- Suy thai: ngừng truyền oxytocin, cho sản phụ nghiêng trái và thở oxy. Nếu không kết quả phải mổ lấy thai.

- Vỡ tử cung là biến chứng nặng nề nhất có thể nguy hiểm cho mẹ và thai. Để giảm biến chứng này thì phải tuân thủ đúng chỉ định và theo dõi sát trong khi truyền oxytocin.

42. NGHIỆM PHÁP BONG RAU, ĐỠ RAU, KIỂM TRA BÁNH RAU

1. ĐẠI CƯƠNG

- Kiểm tra xem rau đã bong và xuống đến âm đạo chưa để tiến hành đỡ rau.
- Kiểm tra xem bánh rau có đầy đủ không.
- Tránh những tai biến, biến chứng trong thời kỳ hậu sản:
+ Sót rau, sót màng rau.
+ Chảy máu, băng huyết và nhiễm khuẩn.
+ Polip rau.
+ Nhận định các bất thường của bánh rau và màng rau nếu có.

2. CHỈ ĐỊNH

Tất cả các sản phụ sau đẻ đường âm đạo.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Rau cài răng lược

4. THẬN TRỌNG

- Đẻ nhiều lần
- Đa ối

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Thủ thuật viên chính: 01 bác sĩ
- Dụng cụ viên: 01 điều dưỡng/hộ sinh

5.2. Thuốc: Thuốc sát khuẩn và khử trùng, kháng sinh, dịch truyền…

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật/thủ thuật.
- Bơm tiêm, kim tiêm, kim luồn nhựa, dây truyền dịch, khóa ba chạc, ống thông...
- Găng tay vô trùng, mũ khẩu trang vô trùng, gạc y tế tiệt trùng; băng dính…
- Đèn phẫu thuật/thủ thuật, bàn phẫu thuật/thủ thuật, túi đong máu.
- Đồ vải
+ Quần, áo công tác
+ Quần, áo thủ thuật
+ Quần áo người bệnh
+ Săng phẫu thuật / thủ thuật

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và đại diện người bệnh: Được giải thích về bệnh lý và quá trình phẫu thuật/thủ thuật, các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi làm phẫu thuật/thủ thuật, tiên lượng kết quả điều trị… và ký giấy cam đoan đồng ý làm phẫu thuật/thủ thuật.
- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.
- Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật theo quy định.
- Tại phòng thực hiện kỹ thuật:
+ Kiểm tra đúng người bệnh, biên bản hội chẩn, giấy cam kết phẫu thuật/thủ thuật, …
+ Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp, bộc lộ rõ vị trí làm phẫu thuật/thủ thuật.
+ Vô cảm cho người bệnh (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)
+ Thông tiểu (nếu cần)
+ Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.
+ Trải săng vô khuẩn.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Được hoàn thiện theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện: Ước tính thời gian 0,5 - 1 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng đẻ.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Nghiệm pháp bong rau

- Nghiệm pháp bong rau được tiến hành sau khi sổ thai và đã được tiêm oxytocin giai đoạn III, tức là khi rau đã được bong hoàn toàn.

- Hộ sinh dùng cạnh bàn tay đặt lên bờ trên khớp vệ, ấn vào đoạn dưới tử cung để đẩy tử cung lên phía xương ức, đồng thời theo dõi sự di chuyển của cuống rau ở âm đạo:

- Nếu kìm kẹp cuống rau bị kéo lên trên theo sự di chuyển của đáy tử cung là rau chưa bong khỏi thân tử cung.

- Nếu kìm kẹp cuống rau di động ít hay đứng nguyên là rau đã xuống đoạn dưới.

- Nếu kìm kẹp cuống rau tụt xuống thấp hơn là rau đã xuống đến âm đạo.

- Cầm kìm kẹp dây rau kép nhẹ sẽ thấy tử cung không di động, nếu rau đã bong hết

** Chú ý:*

- Sau khi làm nghiệm pháp, nếu thấy rau chưa bong hoặc bong ít chưa xuống tới âm đạo thì phải chờ thêm, lúc này có thể đẩy nhẹ vào đáy tử cung để kích thích cơn co tử cung.

- Khi thấy rau đã bong hoàn toàn và xuống đến âm đạo (rau bong theo kiểu này gọi là sổ rau tự nhiên), hộ sinh tiến hành đỡ rau.

6.2. Đỡ rau

Bước 1: Hộ sinh một tay ấn vào đáy tử cung, tay kia cầm kìm kẹp cuống rau kéo nhẹ để rau tự ra ngoài.

Bước 2: Sau khi rau đã sổ, hộ sinh để thấp bánh rau xuống dưới âm hộ để trọng lượng bánh rau sẽ kéo làm cho màng rau bong nốt.

Bước 3: Nếu màng rau bị xoắn thì lựa chiều xoay bánh rau để kéo toàn bộ màng rau còn lại ra ngoài (tránh giật mạnh sẽ gây sót màng rau)

* Chú ý: sau khi sổ thai quá 30 phút mà rau vẫn chưa bong, hộ sinh mời bác sĩ để xin chỉ định bóc rau, có thể bác sĩ hoặc hộ sinh tiến hành bóc rau nhân tạo.

6.3. Kiểm tra bánh rau và màng rau

Bước 1: Đặt bánh rau lên một khay phẳng.

Bước 2: Kiểm tra từng múi rau xem có đủ không và xem mặt ngoại sản mạc:

- Bình thường: bánh rau có khoảng 18-20 múi, rau màu dỏ sẫm, bóng hơi sần sùi, xung quanh mỗi múi có rãnh nhỏ.

- Nếu sót rau: chỗ sót sẽ lõm xuống, mất độ bóng, nham nhở, rỉ máu (dù sót ít hoặc nghi ngờ phải kiểm soát tử cung)

Bước 3: Đo đường kính bánh rau (trung bình 15cm), chỗ dày nhất của bánh rau (2-3cm) ở giữa, càng ra ngoài càng mỏng, chỗ mỏng nhất 0,5cm.

** Chú ý:*

- Nếu rau tiền đạo thì đường kính sẽ lớn hơn nhưng độ dày thì mỏng hơn.

- Mặt bánh rau có thể có khối huyết tụ sau rau đè vào cũng làm cho mặt bánh rau lõm xuống trong trường hợp rau bong non.

- Mặt bánh rau có thể có những đường trắng do sơ hoá, thường gặp trong nhiễm độc thai nghén.

- Bánh rau to phù, màu nhạt trong bệnh phù rau thai.

6.4. Kiểm tra màng rau

Bước 1: NHS cho ngón tay qua lỗ rách của màng rau kéo nhẹ màng rau ra.

Bước 2: Đặt bánh rau lên lòng bàn tay và nâng lên cao, các màng rau sẽ rủ xuống xung quanh, kiểm tra xem lỗ vỡ của màng rau có gọn hay không? Nếu nham nhở có thế sót màng rau. Nếu sót trên 1/4 màng rau thì phải kiểm soát tử cung để lấy hết màng rau.

Bước 3: Dùng thước đo để đo màng rau từ chỗ bám ở mép bánh rau đến chỗ vỡ của màng rau. Nếu số đo ở đoạn màng rau ngắn nhất nhỏ hơn 10cm là rau bám thấp, nếu trên 10cm là rau bám bình thường.

Bước 4: Kiểm tra các mạch máu để phát hiện bánh rau phụ: nhìn phía nội sản mạc, nếu có những mạch máu đi ra vùng màng rau có thể có bánh rau phụ phải kiểm soát tử cung xem có sót rau không.

Bước 5: Quan sát màu sắc của màng rau (màng trắng bình thường hay màng vàng úa).

6.5. Kiểm tra dây rau (cuống rốn)

Để phát hiện những nguyên nhân bất thường ảnh hưởng đến thai nhi.

Bước 1: Đo chiều dài của dây rốn (đo phần dây rốn dính vào thai nhi và phần dây rốn còn lại của bánh rau, bình thường 40-60cm)

Bước 2: Kiểm tra màu sắc: trắng tươi hay vàng úa

Bước 3: Kiểm tra độ to, nhỏ dây rốn, có xoắn hay không.

Bước 4: Kiểm tra vị trí bám của dây rốn vào bánh rau.

- Bình thường ở chính giữa bánh rau và cung cấp đều các mạch máu cho các múi rau (dây rốn bám giữa)

- Dây rốn bám bên (bám lệch về một phía của bánh rau).

- Dây rốn bám màng: dây rốn bám ở màng bánh rau, trường hợp này hay có bánh rau phụ kề đó.

6.6. Cân rau

- Trọng lượng của bánh rau của thai đủ tháng bằng 1/6 trọng lượng thai nhi (thai càng ít tháng trọng lượng rau càng nặng so với trọng lượng thai)

6.7. Kết thúc quy trình

- Thu dọn rau và dụng cụ theo quy định.

- Tháo găng, rửa tay.

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.

- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

Đứt dây rốn

Choáng do đau

Lộn tử cung

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: Sót rau và màng rau

43. KIỂM SOÁT TỬ CUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Kiểm soát tử cung là thủ thuật tiến hành sau khi rau đã sổ hoặc ngay khi bóc rau nhân tạo để kiểm tra xem có sót rau hoặc sót màng hay không và kiểm tra sự toàn vẹn của tử cung.

2. CHỈ ĐỊNH

- Chảy máu sau khi sổ rau

- Sót rau, sót màng rau

- Kiểm tra sự toàn vẹn của tử cung.

- Tử cung có sẹo mổ cũ.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Sản phụ đang choáng, phải hồi sức rồi mới kiểm soát tử cung

4. THẬN TRỌNG

Mẹ có bệnh lý cấp và mãn tính

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Thủ thuật viên chính: 01 bác sĩ
- Thủ thuật viên phụ: 01 bác sĩ
- Dụng cụ viên: 01 điều dưỡng/hộ sinh

5.2. Thuốc: Thuốc sát khuẩn và khử trùng, kháng sinh, dịch truyền…

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật/thủ thuật.
- Bơm tiêm, kim tiêm, kim luồn nhựa, dây truyền dịch, khóa ba chạc, ống thông...
- Găng tay vô trùng, mũ khẩu trang vô trùng, gạc y tế tiệt trùng; băng dính…
- Đèn phẫu thuật/thủ thuật, bàn phẫu thuật/thủ thuật, túi đong máu.
- Đồ vải

+ Quần, áo công tác
+ Quần, áo thủ thuật
+ Quần áo người bệnh
+ Săng phẫu thuật / thủ thuật

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và đại diện người bệnh: Được giải thích về bệnh lý và quá trình phẫu thuật/thủ thuật, các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi làm phẫu thuật/thủ thuật, tiên lượng kết quả điều trị… và ký giấy cam đoan đồng ý làm phẫu thuật/thủ thuật.
- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.
- Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật theo quy định.
- Tại phòng thực hiện kỹ thuật:

+ Kiểm tra đúng người bệnh, biên bản hội chẩn, giấy cam kết phẫu thuật/thủ thuật, …
+ Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp, bộc lộ rõ vị trí làm phẫu thuật/thủ thuật.
+ Vô cảm cho người bệnh (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)
+ Thông tiểu (nếu cần)
+ Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.
+ Trải săng vô khuẩn.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Được hoàn thiện theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện: Ước tính thời gian 0,5 - 1 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng đẻ.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Một tay đặt trên bụng để cố định tử cung. Đưa tay vào buồng tử cung tới tận đáy tử cung, rồi kiểm tra lần lượt: đáy tử cung, mặt trước, mặt sau, hai bờ và hai sừng tử cung bằng các đầu ngón tay.

6.2. Bước 2: Nếu thấy các mảnh rau và các màng rau thì vét nhẹ nhàng, đồng thời kiểm tra xem tử cung có bị rạn nứt không.

6.3. Bước 3: Kiểm tra xong mới rút tay ra, tránh đưa tay ra nhiều lần.

6.4. Bước 4: Sau khi kiểm soát nếu tử cung co hồi không tốt thì tay trong buồng tử cung nâng đáy tử cung lên sát thành bụng, dùng tay bên ngoài xoa bóp tử cung tới khi tử cung co chặt thì mới rút tay ra.

6.5. Kết thúc quy trình

- Tháo găng, rửa tay.
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Choáng do đau hoặc mất máu

- Đờ tử cung sau đẻ

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Sót rau và màng rau

7.3. Biến chứng muộn

- Nhiễm khuẩn hậu sản

44. BÓC RAU NHÂN TẠO

1. ĐẠI CƯƠNG

Bóc rau nhân tạo là cho tay vào buồng tử cung để lấy rau ra sau khi thai đã sổ.

2. CHỈ ĐỊNH

- Xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ thất bại

- Chảy máu trong thời kỳ sổ rau khi rau còn nằm trong buồng tử cung

- Những trường hợp cần kiểm tra sự toàn vẹn của tử cung sau khi sổ thai, phải bóc rau nhân tạo ngay để kiểm soát buồng tử cung, như nghi vỡ tử cung sau khi làm thủ thuật đường dưới khó khăn (forceps cao, nội xoay thai, cắt thai...)

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH: Sản phụ đang choáng, phải hồi sức rồi mới bóc rau nhân tạo.

4. THẬN TRỌNG

- Sản phụ bệnh lý mạn tính

- Nghi ngờ rau cài răng lược

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Thủ thuật viên chính: 01 bác sĩ

- Thủ thuật viên phụ: 01 bác sĩ

- Dụng cụ viên: 01 điều dưỡng/hộ sinh

5.2. Thuốc: Thuốc sát khuẩn và khử trùng, kháng sinh, dịch truyền, thuốc tăng co tử cung…

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật/thủ thuật.

- Bơm tiêm, kim tiêm, kim luồn nhựa, dây truyền dịch, khóa ba chạc, ống thông...

- Găng tay vô trùng, mũ khẩu trang vô trùng, gạc y tế tiệt trùng; băng dính…

- Đèn phẫu thuật/thủ thuật, bàn phẫu thuật/thủ thuật, túi đong máu.

- Đồ vải

+ Quần, áo công tác

+ Quần, áo thủ thuật

+ Quần áo người bệnh

+ Săng phẫu thuật / thủ thuật

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và đại diện người bệnh: Được giải thích về bệnh lý và quá trình phẫu thuật/thủ thuật, các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi làm phẫu thuật/thủ thuật, tiên lượng kết quả điều trị… và ký giấy cam đoan đồng ý làm phẫu thuật/thủ thuật.

- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.

- Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật theo quy định.

- Tại phòng thực hiện kỹ thuật:

+ Kiểm tra đúng người bệnh, biên bản hội chẩn, giấy cam kết phẫu thuật/thủ thuật, …

+ Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp, bộc lộ rõ vị trí làm phẫu thuật/thủ thuật.

+ Vô cảm cho người bệnh (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)

+ Thông tiểu (nếu cần)

+ Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.

+ Trải săng vô khuẩn.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Được hoàn thiện theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện: Ước tính thời gian 0,5 - 1 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng đẻ.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Đưa tay vào tử cung lần theo dây rốn tới vùng rau bám, dùng bờ trong của bàn tay tách bánh rau khỏi thành tử cung. Nếu bàn tay không đưa được vào BTC, thủ thuật viên nên chờ một lát, rồi dùng tay nong từ từ để vào buồng tử cung.

6.2. Bước 2: Tay trên bụng cố định đáy tử cung.

6.3. Bước 3: Khi rau bong hết thì tay trong tử cung đẩy bánh rau ra ngoài.

6.4. Bước 4: Sau khi bóc rau nhân tạo phải kiểm soát buồng tử cung ngay.

6.5. Bước 5: Thuốc co tử cung:

+ Oxytocin 10 đv tiêm bắp hoặc tiêm tĩnh mạch và Ergometrin 0,2 mg tiêm bắp hoặc cơ tử cung và Duratocin 100mcg tiêm tĩnh mạch

+ Misoprostol 200 mcg ngậm dưới lưỡi 1 - 2 viên hoặc đặt hậu môn 3 - 4 viên.

6.6. Bước 6: Nếu không bóc được bánh rau vì rau bám chặt hoặc rau cài răng lược thì không được cố sức bóc, phải chuyển phẫu thuật cắt tử cung.

6.7. Kết thúc quy trình

- Tháo găng, rửa tay.
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Theo dõi co hồi của tử cung, lượng máu chảy từ tử cung ra.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Choáng do đau hoặc mất máu
- Tổn thương tử cung - cổ tử cung
- Đờ tử cung sau đẻ

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Sót rau và màng rau

7.3. Biến chứng muộn

- Nhiễm khuẩn hậu sản

45. CẮT VÀ KHÂU TẦNG SINH MÔN

1. ĐẠI CƯƠNG

Trong khi đẻ, tầng sinh môn có thể bị rách gây ra sẹo xấu, nếu rách to thương tổn cơ thắt hậu môn trở nên rất nguy hiểm. Một số sản phụ có tầng sinh môn dày, cứng làm cho thì sổ của thai nhi lâu và khó khăn gây ngạt hoặc sang chấn não cho thai nhi non tháng.

Để tránh những thương tổn đó, người ta cắt tầng sinh môn khi đẻ và khâu lại. Ngoài ra cắt tầng sinh môn còn được áp dụng trong các thủ thuật lấy thai đường dưới như forceps, giác hút…

2. CHỈ ĐỊNH

- Người mẹ
- Âm hộ hẹp, tầng sinh môn ngắn và rắn.
- Âm hộ và tầng sinh môn phù nề.
- Thai nhi
- Thai to.
- Thai non tháng, thai suy.

- Các ngôi thai có khó khăn khi sổ.
- Thủ thuật đẻ đường dưới (nếu cần): Forceps, giác hút sản khoa,…

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Khi không lấy thai được đường dưới.

4. THẬN TRỌNG

- Tiền sử mổ chấn thương tầng sinh môn
- Tiền sử mổ dò hậu môn

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Thủ thuật viên chính: 01 bác sĩ
- Dụng cụ viên: 01 điều dưỡng/hộ sinh

5.2. Thuốc: thuốc sát khuẩn và khử trùng, kháng sinh, dịch truyền…

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật/thủ thuật.
- Kim, chỉ khâu.
- Bơm tiêm, kim tiêm, kim luồn nhựa, dây truyền dịch, khóa ba chạc, ống thông...
- Găng tay vô trùng, mũ khẩu trang vô trùng, gạc y tế tiệt trùng; băng dính…
- Đèn phẫu thuật/thủ thuật, bàn phẫu thuật/thủ thuật.
- Đồ vải

+ Quần, áo công tác
+ Quần, áo thủ thuật
+ Quần áo người bệnh
+ Săng phẫu thuật / thủ thuật

5.4. Người bệnh:

- Người bệnh và đại diện người bệnh: Được giải thích về bệnh lý và quá trình phẫu thuật/thủ thuật, các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi làm phẫu thuật/thủ thuật, tiên lượng kết quả điều trị… và ký giấy cam đoan đồng ý làm phẫu thuật/thủ thuật.
- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.
- Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật theo quy định.
- Tại phòng thực hiện kỹ thuật:

+ Kiểm tra đúng người bệnh, biên bản hội chẩn, giấy cam kết phẫu thuật/thủ thuật, …
+ Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp, bộc lộ rõ vị trí làm phẫu thuật/thủ thuật.
+ Vô cảm cho người bệnh (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)
+ Thông tiểu (nếu cần)
+ Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.
+ Trải săng vô khuẩn.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Được hoàn thiện theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện: Ước tính thời gian 0,5 - 1 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng đẻ

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Cắt tầng sinh môn

Cắt ở vị trí 7 giờ, chếch 45º so với đường trục âm hộ, dài 4 - 5 cm tùy mức cần thiết.

Thường chỉ cắt một bên là đủ; rất hãn hữu trong những thai to, sổ khó có thể cắt cả hai bên.

Dùng kéo thẳng, đầu tù, lưỡi dài và sắc.

6.2. Bước 2: Khâu tầng sinh môn

- Chỉ khâu tầng sinh môn khi chắc chắn rau thai đã sổ, đã kiểm soát được đờ tử cung và các sang chấn đường sinh dục.
- Nếu đường cắt tầng sinh môn không rách thêm, chúng ta sẽ thực hiện 3 mũi khâu vắt…

+ Mũi khâu vắt thứ nhất bắt đầu từ trên vết cắt trong âm đạo 0,5 cm ra tới gốc của màng trinh phía ngoài; khâu hết đến tận đáy kéo hai mép của âm đạo gốc của màng trinh sát vào nhau.

+ Mũi khâu vắt thứ hai: Bắt đầu từ đỉnh của vết cắt tầng sinh môn phía ngoài vào tới gốc của màng trinh phía trong. Khâu từ phần dưới da cho đến gốc của màng trinh phía trong.

+ Khâu vắt dưới da hoặc trong da để tạo cho sẹo tầng sinh môn nhỏ và mềm mại.

- Ở những cơ sở y tế không có chỉ đảm bảo cho khâu vắt chúng ta có thể khâu mũi rời với 3 thì khâu như trên. Lớp ngoài cùng nên khâu mũi rời bằng chỉ không tiêu và sẽ cắt chỉ ngoài da sau 5 ngày.

- Nếu vết rách sau ở trong âm đạo và rách sâu ở tầng sinh môn thì chúng ta phải khâu mũi rời.

- Khâu da nên khâu mũi vắt dưới da hoặc trong da bằng chỉ vicryl rapid để cho sẹo nhỏ và mềm mại.

6.3 Kết thúc quy trình

- Tháo găng, rửa tay.

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.

- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

Choáng do đau hoặc mất máu

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

Chảy máu: có thể chảy máu kéo dài thành khối máu tụ to dần.

7.3. Biến chứng muộn

Nhiễm trùng vết khâu, có thể toác vết khâu.

46. FORCEPS

1. ĐẠI CƯƠNG

Làm forceps là thủ thuật dùng kìm cặp vào đầu thai nhi để kéo ra ngoài âm hộ.

Điều kiện:

- Thai sống

- Đầu lọt trung bình hoặc thấp

- Cổ tử cung mở hết

- Ối vỡ hoàn toàn hoặc bấm ối

2. CHỈ ĐỊNH

2.1. Về phía mẹ

- Mẹ mệt, rặn không sổ.

- Mẹ có chống chỉ định cho rặn: bệnh lý nội khoa (tim, phổi, thận, thần kinh), tử cung có sẹo mổ cũ, tiền sản giật nặng, sản giật...

- Tầng sinh môn rắn, không giãn nở.

2.2. Về phía thai

- Thai suy.

- Forceps đầu hậu trong ngôi mông.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Ngôi thai chưa lọt

4. THẬN TRỌNG

- Mẹ bệnh lý cấp mạn tính nặng

- Mẹ có sẹo mổ cũ $\geq$ 2 lần

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Thủ thuật viên chính: 01 bác sĩ
- Thủ thuật viên phụ: 01 bác sĩ
- Dụng cụ viên: 01 điều dưỡng/hộ sinh

5.2. Thuốc: Thuốc sát khuẩn và khử trùng, kháng sinh, dịch truyền…

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật/thủ thuật.
- Forceps.
- Kim, chỉ khâu.
- Bơm tiêm, kim tiêm, kim luồn nhựa, dây truyền dịch, khóa ba chạc, ống thông...
- Găng tay vô trùng, mũ khẩu trang vô trùng, gạc y tế tiệt trùng; băng dính…
- Đèn phẫu thuật/thủ thuật, bàn phẫu thuật/thủ thuật, túi đong máu.
- Máy monitoring sản khoa.
- Đồ vải

+ Quần, áo công tác
+ Quần, áo thủ thuật
+ Quần áo người bệnh
+ Săng phẫu thuật / thủ thuật

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và đại diện người bệnh: Được giải thích về bệnh lý và quá trình phẫu thuật/thủ thuật, các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi làm phẫu thuật/thủ thuật, tiên lượng kết quả điều trị… và ký giấy cam đoan đồng ý làm phẫu thuật/thủ thuật.
- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.
- Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật theo quy định.
- Tại phòng thực hiện kỹ thuật:

+ Kiểm tra đúng người bệnh, biên bản hội chẩn, giấy cam kết phẫu thuật/thủ thuật, …
+ Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp, bộc lộ rõ vị trí làm phẫu thuật/thủ thuật.
+ Vô cảm cho người bệnh (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)
+ Thông tiểu (nếu cần)
+ Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.
+ Trải săng vô khuẩn.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Được hoàn thiện theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện: Ước tính thời gian 0,5 - 1 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng đẻ hoặc phòng phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

- Xác định ngôi, thế, kiểu thế, độ lọt và điều kiện làm forceps
- Bác sĩ rửa tay, đi găng (theo quy trình rửa tay ngoại khoa).

6.1. Bước 1: Đặt cành forceps

Đặt cành trái

- Dùng hai ngón tay phải đưa vào bên trái khung chậu (giữa đầu thai nhi và âm đạo), nhằm mục đích bảo vệ và hướng dẫn khi đặt cành forcep.
- Cầm cành trái bằng tay trái, đưa nhẹ nhàng cán và thân cành forceps vào vị trí giữa đầu thai nhi và hai ngón tay phải. Lúc đầu cành forceps ở tư thế thẳng đứng, sau khi đã ôm đầu thai nhi thì chuyển hướng thành ngang.
- Đưa cành trái forcep cho người phụ giữ.

Đặt cành phải

- Đặt tiếp cành thứ hai, đối xứng để khớp với cành thứ nhất (thao tác tương tự như trên). Nếu

cành thứ hai không khớp được với cành thứ nhất cần đặt lại

6.2. Bước 2: Khớp cành và kéo

- Khớp hai cành với nhau.

- Kéo từ từ theo cơ chế đẻ bằng sức của cẳng tay, tốt nhất trong cơn co phối hợp với sức rặn của người mẹ, trừ trường hợp có chống chỉ định rặn.

- Cắt tầng sinh môn giữa hai cành forceps.

6.3. Bước 3: Tháo cành forceps

- Khi đường kính lớn nhất của đầu thai nhi (lưỡng đỉnh) qua âm hộ thì ngừng kéo để tháo cành. Cành đặt sau lấy ra trước, cành đặt trước lấy ra sau.

- Đỡ thai nhi như đỡ đẻ thường.

- Đỡ rau như thường lệ bằng phương pháp xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ.

- Kiểm tra tổn thương cổ tử cung âm đạo và tầng sinh môn.

- Khâu tầng sinh môn và các vết rách.

6.4. Kết thúc quy trình

- Tháo găng, rửa tay.

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.

- Kiểm tra tình trạng sơ sinh để phát hiện các tai biến (nếu có)

- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Rách âm hộ, âm đạo, cổ tử cung

- Tổn thương tử cung và đoạn dưới

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Băng huyết sau đẻ

- Sơ sinh: liệt dây thần kinh, sang chấn não, chảy máu màng não...

7.3. Biến chứng muộn

- Di chứng sơ sinh

47. GIÁC HÚT

1. ĐẠI CƯƠNG

- Giác hút sản khoa là một thủ thuật sản khoa dùng dụng cụ tạo lực hút chân không tác động lên đầu thai (ngôi chỏm) để kéo thai ra ngoài.

- Điều kiện:

- Thai sống.

- Ngôi chỏm.

- Cổ tử cung mở hết.

- Đầu lọt thấp.

- Ối đã vỡ hay đã bấm ối.

2. CHỈ ĐỊNH

- Giai đoạn hai kéo dài.

- Nghi ngờ suy thai (nước ối có phân su).

- Tử cung có sẹo mổ cũ

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Mẹ có bệnh nội khoa không được phép rặn đẻ (thay thế bằng forceps).

- Các ngôi không phải ngôi chỏm.

- Thai non tháng.
- Đầu có bướu huyết thanh to.
- Đầu chưa lọt thấp.
- Suy thai.

4. THẬN TRỌNG

- Đầu thai có bướu huyết thanh

- Mẹ có bệnh nội khoa

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Thủ thuật viên chính: 01 bác sĩ
- Thủ thuật viên phụ: 01 bác sĩ
- Dụng cụ viên: 01 điều dưỡng/hộ sinh

5.2. Thuốc: Thuốc sát khuẩn và khử trùng, kháng sinh, dịch truyền…

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật/thủ thuật.
- Giác hút.
- Bơm tiêm, kim tiêm, kim luồn nhựa, dây truyền dịch, khóa ba chạc, ống thông...
- Găng tay vô trùng, mũ khẩu trang vô trùng, gạc y tế tiệt trùng; băng dính…
- Đèn phẫu thuật/thủ thuật, bàn phẫu thuật/thủ thuật, túi đong máu.
- Máy monitoring sản khoa.
- Đồ vải

+ Quần, áo công tác
+ Quần, áo thủ thuật
+ Quần áo người bệnh
+ Săng phẫu thuật / thủ thuật

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và đại diện người bệnh: Được giải thích về bệnh lý và quá trình phẫu thuật/thủ thuật, các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi làm phẫu thuật/thủ thuật, tiên lượng kết quả điều trị… và ký giấy cam đoan đồng ý làm phẫu thuật/thủ thuật.
- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.
- Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật theo quy định.
- Tại phòng thực hiện kỹ thuật:

+ Kiểm tra đúng người bệnh, biên bản hội chẩn, giấy cam kết phẫu thuật/thủ thuật, …
+ Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp, bộc lộ rõ vị trí làm phẫu thuật/thủ thuật.
+ Vô cảm cho người bệnh (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)
+ Thông tiểu (nếu cần)
+ Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.
+ Trải săng vô khuẩn.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Được hoàn thiện theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện: Ước tính thời gian 0,5 - 1 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng đẻ.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

- Xác định ngôi, thế, kiểu thế, độ lọt và điều kiện làm giác hút.
- Bác sĩ rửa tay, đi găng (theo quy trình rửa tay ngoại khoa).

6.1. Bước 1: Kiểm tra lại kiểu thế và độ lọt của ngôi.

6.2. Bước 2: Đặt chụp giác hút

- Chọn chụp giác hút thích hợp với kích thước đầu và trọng lượng của thai
- Cầm nghiêng chụp giác hút khi đưa vào âm đạo, đặt vào ngôi thai. Đặt chụp giác hút vào

vùng chẩm của thai, không chùm lên thóp sau.

6.3. Bước 3: Hút chân không

- Tạo áp lực âm bằng cách bơm tới 0,2 kg/cm2, kiểm tra lại chụp giác hút tại nơi bám bằng ngón tay trỏ và giữa bàn tay phải.

- Nếu hút phải phần mềm (thành âm đạo, cổ tử cung) hoặc chụp bị kênh thì tháo hơi và đặt lại.

- Tăng áp lực hút đến 0,7 - 0,8 kg/cm2

6.4. Bước 4: Kéo thai

- Khi áp lực hút đủ thì bắt đầu kéo trong lúc có cơn co tử cung và phối hợp với sức rặn của sản phụ. Dây kéo luôn luôn thẳng góc với diện chụp, kéo bằng sức của cẳng tay. Cắt tầng sinh môn nếu cần.

- Khi hạ chẩm tì vào khớp vệ thì kéo lên cho đầu sổ. Sau đó tháo hơi từ từ, bỏ chụp ra ngoài, cho sản phụ rặn tiếp một hơi, đầu thai nhi sẽ sổ ra âm hộ, đỡ đẻ như bình thường.

Chú ý:

- Thời gian bơm hút hơi cũng như lúc xả hơi phải kéo dài 1 - 2 phút.

- Theo dõi tiến triển của ngôi sau mỗi cơn co. Tầng sinh môn phải giãn sau lần kéo thứ 2.

- Không được kéo lâu quá 10 phút hoặc quá 4 cơn co.

- Nếu trong lúc đang kéo, giác hút bị trượt, chỉ đặt lại chụp một lần nữa và không quá 1 lần

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Tai biến cho mẹ: rách cổ tử cung, rách âm đạo sâu

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Băng huyết sau đẻ

- Tụ máu tầng sinh môn

- Sơ sinh: liệt dây thần kinh, sang chấn não, chảy máu màng não...

7.3. Biến chứng muộn

- Di chứng sơ sinh

48. KHÂU PHỤC HỒI RÁCH CỔ TỬ CUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

- Rách cổ tử cung (CTC) là thương tổn thường gặp có hoặc không kèm theo rách âm đạo và tầng sinh môn. Tùy theo tổn thương để phân loại độ rách:

- Rách CTC dưới chỗ bám của thành âm đạo, tổn thương nhẹ, chảy máu ít nhiều tùy theo vị trí rách.

- Rách CTC trên chỗ bám của thành âm đạo, tổn thương nhẹ, chảy máu ít, nhiều tùy theo vị trí rách.

- Khi có chảy máu nghi ngờ rách CTC, cần dùng 2 van âm đạo bộc lộ rõ âm đạo, CTC. Dùng 2 kẹp hình tim cặp từng phần CTC để phát hiện tổn thương giữa 2 cặp, đánh giá tất cả các vết rách để xử trí kịp thời có hiệu quả.

2. CHỈ ĐỊNH

- Chỉ định khâu phục hồi cổ tử cung phải được thực hiện ngay sau khi chẩn đoán tổn thương cổ tử cung để tránh mất máu cho sản phụ.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nghi ngờ rách đoạn dưới tử cung, vỡ tử cung

4. THẬN TRỌNG

Dị dạng 2 cổ tử cung

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Thủ thuật viên chính: 01 bác sĩ
- Dụng cụ viên: 01 điều dưỡng/hộ sinh

5.2. Thuốc: thuốc sát khuẩn và khử trùng, kháng sinh, dịch truyền…

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật/thủ thuật.
- Kim, chỉ khâu.
- Bơm tiêm, kim tiêm, kim luồn nhựa, dây truyền dịch, khóa ba chạc, ống thông...
- Găng tay vô trùng, mũ khẩu trang vô trùng, gạc y tế tiệt trùng; băng dính…
- Đèn phẫu thuật/thủ thuật, bàn phẫu thuật/thủ thuật.
- Đồ vải

+ Quần, áo công tác
+ Quần, áo thủ thuật
+ Quần áo người bệnh
+ Săng phẫu thuật / thủ thuật

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và đại diện người bệnh: Được giải thích về bệnh lý và quá trình phẫu thuật/thủ thuật, các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi làm phẫu thuật/thủ thuật, tiên lượng kết quả điều trị… và ký giấy cam đoan đồng ý làm phẫu thuật/thủ thuật.
- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.
- Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật theo quy định.
- Tại phòng thực hiện kỹ thuật:

+ Kiểm tra đúng người bệnh, biên bản hội chẩn, giấy cam kết phẫu thuật/thủ thuật, …
+ Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp, bộc lộ rõ vị trí làm phẫu thuật/thủ thuật.
+ Vô cảm cho người bệnh (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)
+ Thông tiểu (nếu cần)
+ Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.
+ Trải săng vô khuẩn.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Được hoàn thiện theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện: Ước tính thời gian 0,5 - 1 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng đẻ hoặc phòng thủ thuật.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Sát trùng âm đạo, tầng sinh môn; thông tiểu, người phụ giữ van bộc lộ âm đạo, CTC

6.2. Bước 2: Đánh giá mức độ, vị trí rách cổ tử cung

6.3. Bước 3: Khâu vùng rách cổ tử cung. Chú ý quan sát rõ hai mép rách để khâu và tránh khâu nhầm môi dưới và môi trên ở hai bên. Khâu bằng chỉ tự tiêu.

6.4. Bước 4: Khâu lại vết rách ngoài cổ tử cung, cùng đồ (nếu có) bằng chỉ tiêu mũi rời.

6.5. Bước 5: Sát trùng âm đạo, cổ tử cung sau khi khâu xong.

6.6 Kết thúc quy trình

- Tháo găng, rửa tay.
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

Choáng do đau hoặc mất máu

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

Chảy máu: có thể chảy máu kéo dài thành khối máu tụ to dần.

7.3. Biến chứng muộn

Nhiễm trùng vết khâu, có thể toác vết khâu.

49. KHÂU PHỤC HỒI RÁCH ÂM ĐẠO

1. ĐẠI CƯƠNG

- Rách âm đạo thường xảy ra sau đẻ thường hoặc đẻ thủ thuật như forceps, giác hút… Rách âm đạo thường kèm theo rách tầng sinh môn. Tùy theo tổn thương người ta chia rách âm đạo ra 3 loại:

- Rách âm đạo ở mức thấp: là loại rách ở 1/3 dưới âm đạo, thường kèm theo rách âm hộ và tầng sinh môn.

- Rách âm đạo ở phần giữa: ít gặp hơn, tổn thương nặng, chảy máu nhiều hơn và khó phát hiện nếu không bộc lộ rõ.

- Rách âm đạo cao: là rách ở 1/3 trên âm đạo, ít gặp thường kèm theo rách cùng đồ.

- Rách âm đạo nếu không được phát hiện xử trí kịp thời có thể gây mất máu cấp, gây choáng và có khi tử vong.

- Tổn thương rách ở âm đạo có thể ở thành phải, thành trái hoặc thành sau âm đạo. Cần phải dùng 2 van âm đạo bộc lộ từng phần của âm đạo: mặt dưới, mặt bên phải, mặt bên trái, phía trên và cùng đồ để đánh giá và phân loại tổn thương mới có thể có thái độ xử trí đúng đắn.

2. CHỈ ĐỊNH

- Chỉ định khâu phục hồi âm đạo phải được thực hiện ngay sau khi chẩn đoán tổn thương âm đạo để tránh mất máu cho sản phụ.

- Thủ thuật đẻ đường dưới (nếu cần): Forceps, giác hút sản khoa,…

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH Nghi ngờ rách đoạn dưới tử cung, vỡ tử cung

4. THẬN TRỌNG

- Dị dạng âm đạo

- Tổn thương tạng lân cận

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Thủ thuật viên chính: 01 bác sĩ

- Dụng cụ viên: 01 điều dưỡng/hộ sinh

5.2. Thuốc: Thuốc sát khuẩn và khử trùng, kháng sinh, dịch truyền…

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật/thủ thuật.

- Kim, chỉ khâu.

- Bơm tiêm, kim tiêm, kim luồn nhựa, dây truyền dịch, khóa ba chạc, ống thông...

- Găng tay vô trùng, mũ khẩu trang vô trùng, gạc y tế tiệt trùng; băng dính…

- Đèn phẫu thuật/thủ thuật, bàn phẫu thuật/thủ thuật.

- Đồ vải

+ Quần, áo công tác

+ Quần, áo thủ thuật

+ Quần áo người bệnh

+ Săng phẫu thuật / thủ thuật

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và đại diện người bệnh: Được giải thích về bệnh lý và quá trình phẫu thuật/thủ thuật, các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi làm phẫu thuật/thủ thuật, tiên

lượng kết quả điều trị… và ký giấy cam đoan đồng ý làm phẫu thuật/thủ thuật.

- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.
- Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật theo quy định.
- Tại phòng thực hiện kỹ thuật:

+ Kiểm tra đúng người bệnh, biên bản hội chẩn, giấy cam kết phẫu thuật/thủ thuật, …

+ Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp, bộc lộ rõ vị trí làm phẫu thuật/thủ thuật.

+ Vô cảm cho người bệnh (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)

+ Thông tiểu (nếu cần)

+ Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.

+ Trải săng vô khuẩn.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Được hoàn thiện theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện: Ước tính thời gian 0,5 - 1 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng đẻ hoặc phòng thủ thuật.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Khâu lại vết rách âm đạo.

- Khâu từ trên xuống dưới.
- Khâu 1 lớp khâu vắt (bằng chỉ vicryl hay chỉ tự tiêu khác) nếu rách nông.
- Khâu nhiều lớp, khâu mũi rời bằng chỉ tự tiêu nếu rách sâu, phức tạp. Lớp trên khâu chồng lên lớp dưới để tránh máu tụ, lớp dưới phải khâu sâu đảm bảo vừa sát qua đáy của tổn thương để đề phòng máu tụ mà lại không vào trực tràng.

6.2. Bước 2: Sát trùng âm đạo sau khi khâu xong

6.3. Bước 3: Cho 1 ngón tay vào hậu môn kiểm tra xem có khâu vào trực tràng không, nếu có phải cắt chỉ khâu lại.

6.4. Bước 4: Sát trùng hậu môn

6.5. Kết thúc quy trình

- Tháo găng, rửa tay.
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Choáng do đau hoặc mất máu
- Chảy máu âm đạo. Nếu có chảy máu phải kiểm tra khâu lại.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Theo dõi tụ máu: có khối máu tụ, thai phụ thường tức vùng âm đạo, có cảm giác chèn ở vùng hậu môn trực tràng và có cảm giác mót rặn. Kiểm tra âm đạo và cắt chỉ lấy hết máu tụ, khâu lại cho hết phần đáy, khâu mũi rời nhiều lớp tránh để khe hở.
- Theo dõi lượng máu mất và các xét nghiệm hồng cầu, hemoglobin khi cần thiết phải truyền máu.

7.3. Biến chứng muộn

- Nhiễm trùng vết khâu, có thể toác vết khâu.

50. KHÂU PHỤC HỒI RÁCH ÂM HỘ

1. ĐẠI CƯƠNG

- Rách âm hộ thường xảy ra sau đẻ thường hoặc đẻ thủ thuật như forceps, giác hút, rách sau chấn thương… Rách âm hộ thường kèm theo rách âm đạo và rách tầng sinh môn.
- Rách âm hộ nếu không được phát hiện xử trí kịp thời có thể mất máu, tụ máu, nhiễm trùng âm hộ âm đạo.

- Tổn thương rách ở âm hộ có thể ở môi bé, môi lớn, tiền đình, âm vật.

2. CHỈ ĐỊNH

Chỉ định khâu phục hồi âm hộ phải được thực hiện ngay sau khi chẩn đoán tổn thương âm hộ để tránh mất máu và nhiễm trùng cho sản phụ.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH: Nghi ngờ rách đoạn dưới tử cung, vỡ tử cung

4. THẬN TRỌNG: Tổn thương tạng lân cận

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Thủ thuật viên chính: 01 bác sĩ

- Dụng cụ viên: 01 điều dưỡng/hộ sinh

5.2. Thuốc: Thuốc sát khuẩn và khử trùng, kháng sinh, dịch truyền…

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật/thủ thuật.

- Kim, chỉ khâu.

- Bơm tiêm, kim tiêm, kim luồn nhựa, dây truyền dịch, khóa ba chạc, ống thông...

- Găng tay vô trùng, mũ khẩu trang vô trùng, gạc y tế tiệt trùng; băng dính…

- Đèn phẫu thuật/thủ thuật, bàn phẫu thuật/thủ thuật.

- Đồ vải

+ Quần, áo công tác

+ Quần, áo thủ thuật

+ Quần áo người bệnh

+ Săng phẫu thuật / thủ thuật

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và đại diện người bệnh: Được giải thích về bệnh lý và quá trình phẫu thuật/thủ thuật, các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi làm phẫu thuật/thủ thuật, tiên lượng kết quả điều trị… và ký giấy cam đoan đồng ý làm phẫu thuật/thủ thuật.

- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.

- Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật theo quy định.

- Tại phòng thực hiện kỹ thuật:

+ Kiểm tra đúng người bệnh, biên bản hội chẩn, giấy cam kết phẫu thuật/thủ thuật, …

+ Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp, bộc lộ rõ vị trí làm phẫu thuật/thủ thuật.

+ Vô cảm cho người bệnh (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)

+ Thông tiểu (nếu cần)

+ Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.

+ Trải săng vô khuẩn.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Được hoàn thiện theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện: Ước tính thời gian 0,5 - 1 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng đẻ hoặc phòng thủ thuật.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Khâu lại vết rách âm hộ

Khâu từ trên xuống dưới.

Khâu 1 lớp khâu vắt (bằng chỉ vicryl hay chỉ tự tiêu khác) nếu rách nông.

Khâu nhiều lớp, khâu mũi rời bằng chỉ tự tiêu nếu rách sâu, phức tạp. Lớp trên khâu chồng lên lớp dưới để tránh máu tụ, lớp dưới phải khâu sâu đảm bảo vừa sát qua đáy của tổn thương để đề phòng máu tụ.

6.2. Bước 2: Sát trùng âm hộ, âm đạo sau khi khâu xong

6.3. Kết thúc quy trình

- Tháo găng, rửa tay.

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

Chảy máu âm hộ, âm đạo. Nếu có chảy máu phải kiểm tra khâu lại.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Tụ máu âm hộ, âm đạo.
- Theo dõi lượng máu mất và các xét nghiệm hồng cầu, hemoglobin khi cần thiết phải truyền máu.

7.3. Biến chứng muộn

Nhiễm trùng vết khâu, có thể toác vết khâu.

51. CẶP, KÉO CỔ TỬ CUNG CẦM MÁU SAU ĐẺ; SAU SẢY; SAU NẠO

1. ĐẠI CƯƠNG

- Chảy máu sau đẻ, sau sảy, sau nạo là tai biến có thể xảy ra trong thực hành lâm sàng.
- Có nhiều nguyên nhân nhưng hay gặp là do chấn thương đường sinh dục dưới. Tùy tổn thương mà chúng ta có hướng xử trí khác nhau để đạt hiệu quả mong muốn.
- Cặp kéo cổ tử cung là thủ thuật cặp cổ tử cung ở một số vị trí nhất định và kéo liên tục nhằm mục đích cầm máu tạm thời.

2. CHỈ ĐỊNH

Cầm máu tạm thời trong thời gian chuyển sản phụ đến phòng phẫu thuật

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Còn sót thai, sót rau trong buồng tử cung.

4. THẬN TRỌNG

- Khi có sẹo mổ cũ ở tử cung, dị dạng đường sinh dục
- Rách cổ tử cung
- Nghi ngờ vỡ tử cung.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Thủ thuật viên chính: 01 bác sĩ
- Thủ thuật viên phụ: 01 bác sĩ
- Dụng cụ viên: 02 điều dưỡng/hộ sinh

5.2. Thuốc: thuốc sát khuẩn và khử trùng, kháng sinh, dịch truyền…

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật/thủ thuật.
- Kim, chỉ khâu.
- Bơm tiêm, kim tiêm, kim luồn nhựa, dây truyền dịch, khóa ba chạc, ống thông...
- Găng tay vô trùng, mũ khẩu trang vô trùng, gạc y tế tiệt trùng; băng dính…
- Đèn phẫu thuật/thủ thuật, bàn phẫu thuật/thủ thuật.
- Đồ vải

+ Quần, áo công tác
+ Quần, áo thủ thuật
+ Quần áo người bệnh
+ Săng phẫu thuật / thủ thuật

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và đại diện người bệnh: Được giải thích về bệnh lý và quá trình phẫu thuật/thủ thuật, các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi làm phẫu thuật/thủ thuật, tiên lượng kết quả điều trị… và ký giấy cam đoan đồng ý làm phẫu thuật/thủ thuật.

- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.

- Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật theo quy định.

- Tại phòng thực hiện kỹ thuật:

+ Kiểm tra đúng người bệnh, biên bản hội chẩn, giấy cam kết phẫu thuật/thủ thuật, …

+ Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp, bộc lộ rõ vị trí làm phẫu thuật/thủ thuật.

+ Vô cảm cho người bệnh (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)

+ Thông tiểu (nếu cần)

+ Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.

+ Trải săng vô khuẩn.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Được hoàn thiện theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện: Ước tính thời gian 0,5 - 1 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng đẻ hoặc phòng thủ thuật.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Sản phụ nằm ở tư thế sản khoa.

6.2. Bước 2: Bộc lộ âm hộ âm đạo, TSM.

6.3. Bước 3: Tìm nguyên nhân chảy máu và xử trí nguyên ngân.

6.4. Bước 4: Cặp kéo cổ tử cung.

- Cách 1: Dùng kẹp hình tim cặp cổ tử cung (tuỳ tư thế tử cung mà kẹp môi trước hay môi sau cổ tử cung) kéo liên tục với lực vừa đủ.

- Cách 2: Dùng kẹp hình tim cặp cổ tử cung (01 cái ở vị trí 3h và 01 cái ở vị trí 9h) kéo liên tục với lực vừa đủ.

6.5. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.

- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.

- Theo dõi diễn biến người bệnh.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Theo dõi sát dấu hiệu sinh tồn mạch, huyết áp, nhịp thở, thông khí của sản phụ.

- Dùng kháng sinh

- Nếu sau 15 phút mà máu vẫn chảy nhiều hoặc các dấu hiệu sinh tồn của sản phụ xấu đi thì phải chuyển mổ cấp cứu xử lý theo tổn thương.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

a) Rách cổ tử cung: khâu phục hồi tổn thương

b) Choáng do đau, do mất máu: hồi sức, bù dịch…

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

Nếu sau 15 phút mà máu vẫn chảy nhiều hoặc các dấu hiệu sinh tồn của sản phụ xấu đi thì phải chuyển mổ cấp cứu xử lý theo tổn thương

7.3. Biến chứng muộn:

Nhiễm trùng: dùng kháng sinh

52. LẤY KHỐI MÁU TỤ ÂM ĐẠO; TẦNG SINH MÔN

1. ĐẠI CƯƠNG

Tụ máu âm đạo, tầng sinh môn là một trong những biến chứng thường gặp sau sinh, đặc biệt ở các sản phụ sinh con so, sinh nhanh, có cắt tầng sinh môn, tăng sinh mạch máu vùng tầng sinh

môn và rối loạn đông máu. Tùy theo khối máu tụ ở cao hay thấp chia thành ba hình thái.

+ Khối máu tụ tiểu khung: Khối máu tụ ở trên cơ nâng hậu môn và dưới phúc mạc. Khối máu tụ thường là biến chứng của rách tử cung, rách âm đạo với đoạn dưới tử cung (vỡ tử cung dưới phúc mạc).

+ Máu tụ âm đạo

+ Máu tụ âm hộ

Cả hai loại sau đều ở dưới cơ nâng hậu môn, có thể phối hợp với nhau và tiên lượng như nhau.

2. CHỈ ĐỊNH

- Đứt các mạch máu lớn, khối máu tụ to nhanh lên nhiều.
- Đau nhiều, sản phụ không chịu được
- Khối máu tụ bị nhiễm khuẩn, có lỗ rò
- Khối máu tụ cản trở khi bóc rau nhân tạo hay kiểm soát tử cung

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Khi khối máu tụ nhỏ dưới 4 cm, không to dần lên và không bị vỡ có thể để cho tiêu tự nhiên

4. THẬN TRỌNG

Cần chuẩn bị sẵn máu dự trữ tránh trường hợp cầm máu khó khăn gây mất máu quá nhiều.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Thủ thuật viên chính: 01 bác sĩ
- Thủ thuật viên phụ: 01 bác sĩ
- Dụng cụ viên: 01 điều dưỡng/hộ sinh

5.2. Thuốc: thuốc sát khuẩn và khử trùng, kháng sinh, dịch truyền…

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật/thủ thuật.
- Kim, chỉ khâu.
- Bơm tiêm, kim tiêm, kim luồn nhựa, dây truyền dịch, khóa ba chạc, ống thông...
- Găng tay vô trùng, mũ khẩu trang vô trùng, gạc y tế tiệt trùng; băng dính…
- Đèn phẫu thuật/thủ thuật, bàn phẫu thuật/thủ thuật.
- Đồ vải

+ Quần, áo công tác

+ Quần, áo thủ thuật

+ Quần áo người bệnh

+ Săng phẫu thuật / thủ thuật

5.4. Người bệnh

- Bộ dụng cụ phẫu thuật/thủ thuật.
- Kim, chỉ khâu.
- Bơm tiêm, kim tiêm, kim luồn nhựa, dây truyền dịch, khóa ba chạc, ống thông...
- Găng tay vô trùng, mũ khẩu trang vô trùng, gạc y tế tiệt trùng; băng dính…
- Dao điện, dao siêu âm, dao hàn mạch,…
- Đèn phẫu thuật/thủ thuật, bàn phẫu thuật/thủ thuật, máy hút, thân máy.
- Đồ vải

+ Quần, áo công tác

+ Quần, áo thủ thuật

+ Quần áo người bệnh

+ Săng phẫu thuật / thủ thuật

5.5. Hồ sơ bệnh án: Được hoàn thiện theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện: Ước tính thời gian 0,5 - 1 giờ.

5.7. **Địa điểm thực hiện**: Phòng đẻ hoặc phòng thủ thuật.

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Thì 1: Rạch da: Đường rạch cần đảm bảo đủ rộng để tiếp cận dễ dàng vào khối máu tụ

Thì 2: Lấy khối máu tụ

- Lấy hết máu cục ra ngoài.

- Bơm rửa Povidone-iodine

- Khi đến đáy khối máu tụ thường sẽ thấy một vùng có máu loang ra đều khắp bề mặt. Khâu cầm máu hoặc đốt điện.

Thì 3: Khâu phục hồi thương tổn

- Sau khi cầm máu kỹ, khâu phục hồi theo các lớp giải phẫu. Khâu nhiều lớp, khâu mũi rời bằng chỉ tự tiêu nếu rách sâu, phức tạp. Lớp trên khâu chồng lên lớp dưới để tránh máu tụ, lớp dưới phải khâu sâu đảm bảo vừa sát qua đáy của tổn thương để đề phòng máu tụ mà lại không vào trực tràng.

- Cho 1 ngón tay vào hậu môn kiểm tra xem có khâu vào trực tràng không, nếu có phải cắt chỉ khâu lại

- Chèn gạc vào vị trí khối máu tụ nếu cần thiết. Nên đặt gạc nhẹ nhàng và cẩn thận để tránh làm tuột chỉ buộc vùng máu tụ và tránh gây sang chấn thêm.

7. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

- Theo dõi toàn trạng, các dấu hiệu sinh tồn đặc biệt trong 24 giờ đầu sau thực hiện thủ thuật

- Theo dõi tình trạng ra máu âm đạo.

- Chăm sóc vệ sinh: Lau âm đạo, tầng sinh môn bằng dung dịch povidone-iodine hoặc các dung dịch sát trùng khác

- Chế độ ăn: Cho ăn lỏng sớm

- Chảy máu, tụ máu lại: Cần phải cầm máu kỹ.

- Rối loạn đông máu: Theo dõi, phát hiện, can thiệp kịp thời (truyền máu đúng chỉ định).

- Nhiễm trùng: Nên đặt thông bàng quang sau phẫu thuật 72 giờ để giữ sạch vết khâu. Cho kháng sinh, sát trùng âm đạo hàng ngày.

53. GIẢM ĐAU BẰNG GÂY TÊ NGOÀI MÀNG CỨNG TRONG; SAU ĐẺ HOẶC SAU PHẪU THUẬT SẢN PHỤ KHOA

1. ĐẠI CƯƠNG

Gây tê ngoài màng cứng (GTNMC) để giảm đau trong; sau đẻ hoặc sau phẫu thuật sản phụ khoa là thủ thuật đặt catheter vào khoang ngoài màng cứng (NMC) để đưa thuốc giảm đau vào khoang NMC, làm ức chế dẫn truyền cảm giác đau từ tử cung, âm đạo, tầng sinh môn và vết mổ đến não bộ, giúp người bệnh giảm hoặc mất cảm giác đau trong, sau đẻ hoặc sau mổ sản phụ khoa.

2. CHỈ ĐỊNH: Các trường hợp thỏa mãn đầy đủ các yêu cầu sau

- Đối với giảm đau trong, sau đẻ: Sản phụ có tiên lượng đẻ đường âm đạo, có yêu cầu giảm đau trong chuyển dạ

- Người bệnh sau mổ sản, phụ khoa có yêu cầu giảm đau sau mổ

- Không có chống chỉ định GTNMC

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

trong các trường hợp sau:

- Có rối loạn đông máu hoặc đang sử dụng thuốc chống đông

- Tiểu cầu dưới 100.000/mm^3

- Đang bị nhiễm khuẩn toàn thân

- Nhiễm khuẩn vùng chọc kim gây tê.

- Sau phẫu thuật cột sống vùng chi phối vết mổ

- Bệnh lý cột sống không thể đặt được catheter NMC

- Bệnh lý tim mạch có ảnh hưởng huyết động
- Đang trong tình trạng sốc do bất kỳ nguyên nhân nào
- Thiếu thể tích tuần hoàn chưa được bồi phụ đủ.
- Dị ứng thuốc (dự kiến sử dụng để giảm đau)
- Không đồng ý hoặc không hợp tác GTNMC

4. THẬN TRỌNG

Một số bệnh lý nội khoa như tiểu đường, bệnh lý hệ thần kinh trung ương.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- 01 Bác sĩ chuyên khoa Gây mê hồi sức & Chống đau
- 01 Điều dưỡng Gây mê hồi sức
- 01 Hộ sinh (Giảm đau trong đẻ)

5.2. Thuốc:

- Thuốc tê: lidocain, bupivacain, levobupivacanin hoặc ropivacain….
- Thuốc giảm đau phối hợp: fentanyl hoặc sufentanil….
- Thuốc và dịch hồi sức: Dịch tinh thể, dịch keo. Các thuốc: phenylephrin, ephedrin, adrenalin, amiodaron, atropin sulphat, intralipid 20%, benzodiazepin, propofol, …

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ để đặt catheter và catheter dẫn thuốc tê vào khoang NMC.
- Bộ dụng cụ sát trùng vô trùng: khay, cốc, kẹp sát trùng, săng lỗ, áo thủ thuật
- Dung dịch sát trùng, găng vô trùng phẫu thuật và băng dính to bản.
- Bóng ambu - mask, nguồn oxy…
- Monitor 3 thông số: Điện tim, huyết áp, SpO_2, monitor sản khoa (đối với giảm đau trong đẻ).
- Bơm tiêm điện, máy PCA hoặc máy Autobolus.
- Đồ vải

+ Quần, áo công tác
+ Quần, áo thủ thuật
+ Quần áo người bệnh
+ Săng phẫu thuật / thủ thuật

5.4. Người bệnh

- Bác sĩ:

+ Thăm khám người bệnh: hỏi tiền sử nội khoa, ngoại khoa, dị ứng, các thuốc đang dùng, đặc biệt là thuốc chống đông, thuốc ức chế ngưng tập tiểu cầu…; khám toàn trạng, tim mạch, hô hấp, cột sống, da vùng lưng….; kiểm tra các xét nghiệm.

+ Tư vấn về ưu, nhược điểm của kỹ thuật GTNMC. Mô tả cho người bệnh quá trình GTNMC.

- Điều dưỡng gây mê hồi sức: Đo mạch, huyết áp, nhiệt độ, chuẩn bị dụng cụ, thuốc, làm đường truyền tĩnh mạch (nếu cần) và phụ bác sĩ thực hiện thủ thuật GTNMC.
- Đối với giảm đau trong, sau đẻ (trước khi bác sĩ gây mê hồi sức thăm khám sản phụ):
- Bác sĩ chuyên khoa sản: thăm khám, tiên lượng cuộc đẻ, tư vấn và chỉ định mời giảm đau.
- Hộ sinh: chạy máy monitor theo dõi cơn co, tim thai và thiết lập đường truyền.
- Người bệnh ký vào bản cam kết trước khi thực hiện GTNMC.
- Người phụ hướng dẫn người bệnh ở tư thế ngồi đầu cúi, lưng cong hoặc nằm nghiêng cong lưng tôm.

5.5. Hồ sơ bệnh án:

- Kiểm tra hồ sơ bệnh án theo quy định của Bộ Y tế.
- Ghi chỉ định giảm đau trong, sau đẻ hoặc sau phẫu thuật bằng phương pháp gây tê ngoài màng cứng.

5.6. Thời gian thực hiện thủ thuật

- Trong, sau đẻ: Từ khi sản phụ đau nhiều, có yêu cầu giảm đau cho đến khi kết thúc chuyển dạ hoặc hết 24 giờ sau đẻ nếu sản phụ có nhu cầu.

- Sau phẫu thuật: 48 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng đẻ hoặc phòng thủ thuật hoặc phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ: theo quy định của Bộ Y tế.

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Bước 1:

- Sát trùng da vùng lưng người bệnh. Sau đó trải khăn có lỗ vô trùng che vùng lưng người bệnh.

- Xác định khe cột sống nơi sẽ chọc kim (L3-4 hoặc L2-3 đối với giảm đau trong, sau đẻ; L_{1-2} hoặc D_{1-2} - L_1 đối với giảm đau sau mổ).

- Gây tê dưới da và khoang liên đốt sống.

6.2. Bước 2:

- Chọc kim Tuohy tại vị trí đã gây tê.

- Dùng kĩ thuật mất sức cản để xác định đầu kim Tuohy đã vào khoang NMC.

- Luồn catherter vào khoang NMC, lưu catheter trong khoang NMC 3 - 5 cm.

- Lưu ý: chỉ được luồn catheter vào, không được rút ngược lại khi còn kim Tuohy vì có thể gây đứt catheter trong khoang NMC.

6.3. Bước 3:

- Tiêm liều test: tiêm 2 ml lidocain 2%.

- Đánh giá vị trí catheter.

6.4. Bước 4:

- Dán cố định catherter vào lưng người bệnh.

6.5. Bước 5:

Đối với giảm đau trong đẻ:

- Bơm thuốc giảm đau (sau khi đã xác định catheter nằm trong khoang NMC): Bupivacain hoặc Levobupivacain 0.0625% - 0.1% phối hợp fentanyl 1 - 2 mcg/ml hoặc sufetanyl 0.5mcg/ml, liều đầu 6 - 8ml, liều duy trì 5 - 10ml/giờ. Đối với Ropivacain: sử dụng nồng độ 0,1% phối hợp fentanyl 1 - 2mcg/ml, liều đầu 8 - 12ml, duy trì 6 - 10ml/giờ. Điều chỉnh tốc độ truyền theo mức độ đau hoặc tiêm nhắc lại 5 - 10 ml khi cần.

Đối với giảm đau sau phẫu thuật sản phụ khoa:

- Bơm thuốc giảm đau (sau khi đã xác định catheter nằm trong khoang NMC): Bupivacain hoặc Levobupivacain 0.0625% - 0.1% phối hợp fentanyl 1 - 2 mcg/ml hoặc sufetanyl 0.5mcg/ml, liều đầu 6 - 10ml, liều duy trì 5 - 6ml/giờ. Đối với Ropivacain: sử dụng nồng độ 0,1% phối hợp fentanyl 1 - 2mcg/ml, liều đầu 8 - 12ml, duy trì 6 - 8ml/giờ. Điều chỉnh tốc độ truyền theo mức độ đau hoặc tiêm nhắc lại 5 - 10 ml khi cần.

6.6. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.

- Đối với giảm đau trong đẻ: Hộ sinh mắc monitor theo dõi cơn co tử cung, tim thai ngay sau khi gây tê.

- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ CÁC TAI BIẾN

7.1. Theo dõi sau thực hiện thủ thuật

- Theo dõi tác dụng giảm đau, các tác dụng không mốn khác của GTNMC và xử trí nếu có.

- Nếu vết mổ và cơn co tử cung vẫn gây đau nhiều: kiểm tra catheter xem có lạc chỗ không hoặc thuốc không bao phủ hết các rễ thần kinh chi phối vết mổ và cơ tử cung. Xử trí theo nguyên nhân.

- Nếu tê một bên: rút bớt catheter 1-2 cm rồi bơm thêm 1 liều bolus và theo dõi tiếp.

- Cảm giác vùng chi phối: nếu tê bì nhiều thì giảm liều thuốc tê.

- Vận động hai chân: mất hoặc giảm vận động thì dừng thuốc tê cho đến khi hồi phục vận động, sau đó cân nhắc tiếp tục giảm đau nhưng phải giảm liều.

- Đối với giảm đau chuyển dạ:

- Theo dõi nhịp tim mẹ liên tục và huyết áp 5 phút/lần (trong 15 phút đầu) 15-30 phút cho những giờ sau.

- Theo dõi cơn co TC, tim thai, độ mở CTC …

- Đối với giảm đau sau phẫu thuật:

- Theo dõi mạch, huyết áp, cảm giác 2 chi, vết mổ…sau bơm liều thuốc tê đầu tiên ít nhất 15 phút mới chuyển người bệnh về bệnh phòng.

- Tại bệnh phòng: theo dõi toàn trạng, mạch, huyết áp, mức độ đau ít nhất 2 lần/ngày và bất kỳ khi nào người bệnh báo có bất thường.

- Rút bỏ catherter, băng vô trùng:

- Đối với giảm đau trong đẻ: Rút bỏ catherter, băng vô trùng vị trí gây tê sau khi đã kết thúc quá trình chuyển dạ hoặc 24 giờ đầu sau đẻ nếu sản phụ có nhu cầu giảm đau sau đẻ.

- Đối với giảm đau sau phẫu thuật: Rút bỏ catheter, băng vô trùng vị trí gây tê sau khi đã làm giảm đau 48 giờ.

7.2. Tai biến

7.2.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Thủng màng cứng:

+ Đối với giảm đau trong đẻ: Rút kim, ngừng kỹ thuật. Sau đẻ cho sản phụ nằm đầu bằng ít nhất 24 giờ, truyền dịch hoặc uống nhiều nước, uống cafein hoặc cà phê (nếu không có cafein).

+ Đối với giảm đau sau phẫu thuật: Rút kim, ngừng GTNMC, chuyển phương pháp giảm đau khác. Sau phẫu thuật cho người bệnh nằm đầu bằng ít nhất 24 giờ, truyền dịch hoặc uống nhiều nước, uống cafein hoặc cà phê (nếu không có cafein).

Nếu tất cả các giải pháp không giảm đau đầu thì cân nhắc điều trị bằng thủ thuật “blood patch” (phụ lục 1).

- Catherter vào mạch máu (có máu chảy tự nhiên qua catheter hoặc hút catheter ra máu): rút kim tuohy và catheter rồi chọc lại.

- Phản ứng phản vệ: hiếm gặp, xử trí theo quy trình xử trí sốc phản vệ.

- Bơm thuốc tê vào khoang dưới nhện (tê tủy sống toàn bộ): hồi sức tuần hoàn, hô hấp (nếu cần) theo phác đồ.

- Ngộ độc thuốc tê: Xử trí theo phác đồ ngộ độc thuốc tê (phụ lục 2).

Theo dõi tác dụng không mong muốn khác của GTNMC và xử trí nếu có.

7.2.2. Tai biến muộn

- Tụ máu khoang ngoài màng cứng gây chèn ép thần kinh.

Biểu hiện: tê bì, mất hoặc giảm vận động, rối loạn cảm giác các vùng chi phối thần kinh tương ứng bị chèn ép.

Xử trí: Hội chẩn chuyên khoa ngoại thần kinh, xét phẫu thuật giải ép.

- Áp xe khoang ngoài màng cứng.

Biểu hiện: nhiễm khuẩn toàn thân (sốt, bạch cầu cao…), đau lưng, có thể có biểu hiện viêm màng não.

Xử trí: Kháng sinh, dẫn lưu áp xe.

PHỤ LỤC 1

(Thủ thuật blood patch)

Chọc kim Tuohy vào khoang NMC ngay tại vị trí gây tê cũ hoặc phía trên hay dưới vị trí thủng màng cứng 1 đốt sống (quay mặt vát kim về phía vị trí thủng màng cứng) rồi bơm 10 -15 ml máu tĩnh mạch của sản phụ vào khoang NMC.

PHỤ LỤC 2: Phác đồ cấp cứu ngộ độc thuốc tê

XỬ LÝ BAN ĐẦU
Ngừng tiêm thuốc tê Gọi người hỗ trợ và lấy hộp chống ngộ độc toàn thân thuốc tê Duy trì và bảo đảm đường thở nếu cần (bóp bóng, đặt nội khí quản), thông khí bằng oxy 100%. Xác định hoặc lập **thêm** đường truyền tĩnh mạch Kiểm soát co giật bằng các liều nhỏ benzodazepin (midazolam 0,05 - 0,1 mg/kg), propfofol 0,5 - 1,5 mg/kg (nếu không có bất ổn tim mạch) hoặc thiopental 1 - 2 mg/kg tĩnh mạch. Xem xét dùng lipdid nhũ tương tĩnh mạch nếu các triệu chứng thần kinh trung ương không hết hoặc tái diễn. Xem xét lấy máu thử nồng độ thuốc tê huyết tương nếu không làm chậm điều trị
ĐIỀU TRỊ TIM MẠCH
Loạn nhịp tim, tụt huyết áp, ngừng tim Nếu ngừng tim: hồi sinh cơ bản và nâng cao theo phác đồ với một số thay đổi. Oxy hóa, thông khí và ép tim là tối quan trọng (lipid đến được tim) Dùng lipid nhũ tương tĩnh mạch càng sớm càng tốt Báo nơi gần nhất có tuần hoàn ngoài cơ thể Giảm liều adrenalin < 1 µg/kg và nếu có thể thì dùng lipid nhũ tương trước Hỗ trợ tuần hoàn bằng các catecholamin nhưng tránh vasopressin. Có thể chống loạn nhịp bằng tiêm amidacron 300 mg và tiêm nhắc lại một lần 150 mcg trong 3 - 5 phút nhưng tránh các thuốc chẹn can xi, chẹn beta, chẹn natri và thuốc chống loạn nhịp lidocain hay procainamid Xem xét tuần hoàn ngoài cơ thể khi ngừng tim lâu kháng trị, nhất là khi dùng các thuốc tê tác dụng kéo dài.
LIỆU PHÁP LIPID NHŨ TƯƠNG TĨNH MẠCH (*LIPID-RESCUE)*
Tiêm bolus 1,5 mL/kg trong 2 - 3 phút Truyền liên tục 15 mL/kg/giờ ***Nếu tim mạch vẫn không ổn định hoặc xấu đi sau 5 phút:*** Tiêm lại liều bolus trên đến 2 lần nữa. Gấp đôi liều truyền liên tục lên 30 mL/kg/giờ Truyền thêm 10 phút sau khi tim mạch đã ổn định. Liều cộng dồn tối đa dùng trong 30 phút là 12 mL/kg
THEO DÕI TIẾP
Chuyển đến nơi có monitoring, phương tiện và nhân lực phù hợp để được theo dõi tiếp trên 12 giờ. Đánh giá lâm sàng thường xuyên, gồm cả thử nhiều lần amylase và lipase trong 2 ngày để loại trừ viêm tụy cấp. Báo cáo cảnh giác dược về tai biến LAST và kết quả dùng lipid nhũ tương

54. NẠO SÓT THAI, SÓT RAU SAU SẨY HOẶC SAU ĐẺ

1. ĐẠI CƯƠNG

Là thủ thuật dùng dụng cụ lấy hết phần tổ chức thai rau còn sót lại trong buồng tử cung

2. CHỈ ĐỊNH: Các trường hợp sót rau, tổ chức thai sau sảy thai, sau đình chỉ thai nghén, sau đẻ, sau mổ lấy thai.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Sót rau nhiễm khuẩn nặng.

- Sót rau đang chảy máu ồ ạt, vừa hồi sức tích cực vừa nạo.

4. THẬN TRỌNG

Thận trọng với các trường hợp thai trứng, chửa vết mổ và các khối sót rau có tăng sinh mạch nghi ngờ khối u nguyên bào nuôi và thai nghén.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

Phẫu thuật viên chính: 01 bác sĩ

Dụng cụ viên: 01 Điều dưỡng/ Hộ sinh

5.2. Thuốc: thuốc sát khuẩn và khử trùng, kháng sinh, dịch truyền…

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật/thủ thuật.

- Bơm tiêm, kim tiêm, kim luồn nhựa, dây truyền dịch, khóa ba chạc, ống thông...

- Găng tay vô trùng, mũ khẩu trang vô trùng, gạc y tế tiệt trùng; băng dính…

- Đèn phẫu thuật/thủ thuật, bàn phẫu thuật/thủ thuật.

- Đồ vải

+ Quần, áo công tác

+ Quần, áo thủ thuật

+ Quần áo người bệnh

+ Săng phẫu thuật / thủ thuật

5.4. Người bệnh:

- Người bệnh và đại diện người bệnh: Được giải thích về bệnh lý và quá trình phẫu thuật/thủ thuật, các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi làm phẫu thuật/thủ thuật, tiên lượng kết quả điều trị… và ký giấy cam đoan đồng ý làm phẫu thuật/thủ thuật.

- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.

- Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật theo quy định.

- Tại phòng thực hiện kỹ thuật:

+ Kiểm tra đúng người bệnh, biên bản hội chẩn, giấy cam kết phẫu thuật/thủ thuật, …

+ Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp, bộc lộ rõ vị trí làm phẫu thuật/thủ thuật.

+ Vô cảm cho người bệnh (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)

+ Thông tiểu (nếu cần)

+ Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.

+ Trải săng vô khuẩn.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Được hoàn thiện theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện: Ước tính thời gian 0,5 - 1 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng thủ thuật hoặc phòng đẻ.

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Bước 1: Trải săng vô khuẩn trên bụng, dưới mông, hai bên đùi.

- Bước 2: Đặt van âm đạo, sát trùng âm đạo cổ tử cung

- Bước 3: Kẹp cổ tử cung bằng kẹp Pozzi.

- Bước 4: Đo buồng tử cung để thăm dò chiều cao tử cung

- Tiến hành hút hoặc/và nạo buồng tử cung (tốt nhất dưới hướng dẫn của siêu âm) để loại bỏ tổ chức còn sót. Trường hợp tổ chức rau bám chặt không lấy hết được trong một lần hoặc chảy máu nhiều có thể dừng thủ thuật để tiến hành nạo lần 2 sau.

- Tháo kẹp Pozzi.

- Bước 5: Kiểm tra không chảy máu

- Sát trùng âm hộ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

- Trong khi nạo: tình trạng người bệnh đề phòng thủng tử cung
- Sau nạo: mạch, huyết áp, co hồi tử cung, mức độ chảy máu.
- Cho kháng sinh 5 ngày đề phòng nhiễm khuẩn.
- Chảy máu: thuốc tăng co tử cung, đặt bóng buồng tử cung.
- Thủng tử cung: có thể điều trị nội khoa; phẫu thuật
- Nhiễm khuẩn sau thủ thuật: kháng sinh

55. CHÍCH ÁP XE TẦNG SINH MÔN

1. ĐẠI CƯƠNG

Ổ áp xe là ổ viêm khu trú và kèm theo các dấu hiệu của nhiễm trùng (sưng, nóng, đỏ, đau)

2. CHỈ ĐỊNH

Ổ áp xe ở vùng tầng sinh môn đã hóa mủ

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Ổ áp xe còn cứng, sưng nề, đỏ, chưa hóa mủ hoàn toàn.

4. THẬN TRỌNG

Phân biệt với các khối u, máu tụ tầng sinh môn.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Thủ thuật viên chính: 01 bác sĩ
- Dụng cụ viên: 01 điều dưỡng/hộ sinh

5.2. Thuốc: thuốc sát khuẩn và khử trùng, kháng sinh, dịch truyền…

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật/thủ thuật.
- Kim, chỉ khâu.
- Bơm tiêm, kim tiêm, kim luồn nhựa, dây truyền dịch, khóa ba chạc, ống thông...
- Găng tay vô trùng, mũ khẩu trang vô trùng, gạc y tế tiệt trùng; băng dính…
- Đèn phẫu thuật/thủ thuật, bàn phẫu thuật/thủ thuật.
- Đồ vải

+ Quần, áo công tác
+ Quần, áo thủ thuật
+ Quần áo người bệnh
+ Săng phẫu thuật / thủ thuật

5.4. Người bệnh:

- Người bệnh và đại diện người bệnh: Được giải thích về bệnh lý và quá trình phẫu thuật/thủ thuật, các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi làm phẫu thuật/thủ thuật, tiên lượng kết quả điều trị… và ký giấy cam đoan đồng ý làm phẫu thuật/thủ thuật.
- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.
- Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật theo quy định.
- Tại phòng thực hiện kỹ thuật:

+ Kiểm tra đúng người bệnh, biên bản hội chẩn, giấy cam kết phẫu thuật/thủ thuật, …
+ Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp, bộc lộ rõ vị trí làm phẫu thuật/thủ thuật.
+ Vô cảm cho người bệnh (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)
+ Thông tiểu (nếu cần)
+ Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.
+ Trải săng vô khuẩn.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Được hoàn thiện theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện: Ước tính thời gian 0,5 - 1 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng thủ thuật.

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Bước 1: Sử dụng các băng vô khuẩn cách ly ổ áp xe và vùng da xung quanh với phần còn lại cơ thể.

6.2. Bước 2: Giảm đau - Gây tê:Giảm đau toàn thân bằng Fentanyl và áp dụng kỹ thuật gây tê tại chỗ. Tiêm Xylocin xung quanh ổ áp xe, vị trí tiêm cách đường viêm tấy đỏ của ổ áp xe 1cm

6.3. Bước 3: Rạch rộng toàn bộ bề mặt ổ áp xe (có thể rạch hình chữ thập để đạt được mức độ dẫn lưu cần thiết).

- Lấy dịch mủ từ ổ áp xe nuôi cấy, làm kháng sinh đồ.

- Dùng kẹp đầu tù đưa vào trong ổ áp xe, mở rộng hai đầu kẹp nhằm phá vỡ vách ngăn bên trong ổ áp xe tạo điều kiện cho mủ và tổ chức hoại tử chảy ra dễ.

- Sử dụng dao hoặc kéo con tách rộng, cắt lọc hết các tổ chức hoại tử bên trong ổ áp xe.

- Bơm rửa ổ áp xe với nước muối sinh lý và dung dịch oxy già 10%, povidone-iodine.

- Khâu vành khăn miệng vết chích bằng chỉ vicryl 2.0 hoặc 3.0 nếu cần.

- Đặt gạc dài vào trong ổ áp xe và để một đầu ở bên ngoài để dẫn lưu dịch.

- Đặt gạc lên trên bề mặt ổ áp xe nhằm hấp thụ dịch vết thương và ngăn không cho vật lạ vào vết thương.

6.4. Bước 4: Hướng dẫn người nhà hoặc người bệnh thay băng hàng ngày cho đến khi vết thương khỏi hoàn toàn.

7. THEO DÕI SAU THỦ THUẬT

- Chảy máu: mổ vết thương, cầm máu lại

- Nhiễm trùng:

Theo dõi dịch vết thương (màu sắc, lượng dịch hàng ngày).

Điều trị: kháng sinh, chống phù nề, giảm viêm.

- Đánh giá sự hình thành tổ chức hạt tại vết thương.

56. ĐIỀU TRỊ TẮC TIA SỮA BẰNG MÁY HÚT

1. ĐẠI CƯƠNG

- Tắc tia sữa là quá trình bế tắc, ứ đọng sữa và có nguy cơ tạo mủ cấp tính.

- Máy hút sữa là một dụng cụ cơ học dùng để lấy sữa từ bầu vú của người phụ nữ đang trong thời gian cho con bú.

2. CHỈ ĐỊNH

Tắc tia sữa chưa tạo khối mảng rắn, chưa đỏ da.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tắc tia sữa đã tạo khối mảng rắn đặc biệt vùng đầu vú nơi tiếp xúc với máy hút sữa.

- Người dị ứng với phần dụng cụ tiếp xúc với vú của máy hút sữa.

4. THẬN TRỌNG

Áp xe vú, viêm tuyến vú.

5. **CHUẨN BỊ**

5.1. Người thực hiện

- Bác sỹ hoặc kỹ thuật viên hoặc điều dưỡng hoặc hộ sinh được đào tạo: 01 người.

5.2. Thuốc: Không

5.3. Thiết bị y tế

- 03 săng sạch để lau khô bầu ngực cho người bệnh, vắt sữa.

- 03 gạc phẫu thuật để lau đầu vú.

- 01 máy hút sữa.

- Đồ vải

+ Quần, áo công tác

+ Quần, áo thủ thuật

+ Quần áo người bệnh

+ Săng phẫu thuật / thủ thuật

5.4. Người bệnh: Nhân viên y tế giải thích cho người bệnh yên tâm, thủ thuật này không gây bất kỳ tai biến trước đây.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Phiếu theo dõi - chăm sóc người bệnh ghi rõ triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, chẩn đoán, chỉ định điều trị, hướng dẫn theo dõi.

5.6. Thời gian thực hiện

20-30 ph/lần = 1/3-1/2 giờ x 1-2 lần/ngày x 3 ngày/ 1 đợt điều trị

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng thủ thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ

a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh, đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c) Đặt tư thế người bệnh.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Hướng dẫn người bệnh tư thế phù hợp: ngồi thẳng lưng, thả lỏng.

6.2. Bước 2: Bộc lộ và lau khô, vệ sinh sạch vùng núm vú, bầu vú.

6.3. Bước 3: Massage vú: Dùng lòng bàn tay ấn vào chỗ vú đau day tròn nhẹ nhàng hướng về phía núm vú trong 3 phút.

6.4. Bước 4: Chọn phễu vắt sữa phù hợp với núm vú của người bệnh. Chụp phễu vào núm vú của bên vú bị tắc sữa.

- Bật chế độ massage núm vú: 01 - 02 phút để tạo phản xạ xuống sữa tốt.

- Bật chế độ vắt sữa 05 - 07 phút. Chỉnh lực hút từ nhỏ đến lớn

- Quay lại chế độ massage vú trong 01 - 02 phút rồi chuyển sang chế độ vắt tiếp trong 5 - 7 phút.

- Nếu ngực còn sữa có thể massage và vắt sữa thêm.

6.5. Bước 5: Kết thúc quy trình điều trị

- Tháo dụng cụ ra khỏi vú, lau sạch lại vú vừa vắt sữa.

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật: người bệnh ổn định, không đau rát vùng đầu vú.

- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Đau rát vùng đầu vú: giảm cường độ vắt, nếu vẫn còn đau thì dừng vắt sữa bằng máy.

Chườm nước mát vào vùng đầu vú trong 5 - 10 ph.

57. ĐIỀU TRỊ TẮC TIA SỮA BẰNG SÓNG NGẮN; HỒNG NGOẠI

1. ĐẠI CƯƠNG

- Tắc tia sữa là quá trình bế tắc, ứ đọng sữa và có nguy cơ tạo mủ cấp tính.

- Tia hồng ngoại là bức xạ điện từ, sóng ngắn là sóng điện trường xoay chiều, có tác dụng làm tăng tuần hoàn, dinh dưỡng, chuyển hóa, chống viêm, đồng thời ức chế các cơn đau tại chỗ bằng cơ chế nhiệt.

2. CHỈ ĐỊNH

Tắc tia sữa

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Phụ nữ có thai.

- Còn mảnh kim loại trong mô vùng ngực: máy tạo nhịp tim, van tim nhân tạo kim loại, mảnh đạn...

- Ung thư vùng cổ ngực, đặt túi Silicon ngực

- Quá mẫn với điện trường cao tần, bức xạ sáng.

4. THẬN TRỌNG

- Tổn thương ngoài da tại vú.
- Đang sốt cao, viêm tĩnh mạch, viêm tắc mạch vùng ngực.
- Có nguy cơ chảy máu: Chấn thương mới vùng ngực, xuất huyết tiêu hóa...
- Rối loạn cảm giác: mất cảm giác nóng lạnh...

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

Bác sĩ hoặc kỹ thuật viên hoặc điều dưỡng hoặc hộ sinh được đào tạo: 01 người.

5.2. Thuốc

Kem bôi Silver Sulfadiazin 1%

5.3. Thiết bị y tế

- 03 săng sạch để lau khô vị trí cần chiếu tia cho người bệnh và vắt sữa.
- 03 gạc phẫu thuật để lau và làm thủ thuật vùng đầu vú cho người bệnh.
- 01 đèn hồng ngoại và 01 máy sóng ngắn trị liệu.
- Đồ vải

+ Quần, áo công tác
+ Quần, áo thủ thuật
+ Quần áo người bệnh
+ Săng phẫu thuật / thủ thuật

5.4. Người bệnh

- Nhân viên y tế giải thích cho người bệnh yên tâm (giải thích rõ nơi đèn chiếu hồng ngoại, sóng ngắn có thể thấy nóng ấm, không bỏng rát hay điện giật. Có thể xuất hiện đỏ da ngay khi chiếu, thời gian tồn tại thường 1-3 ngày sau sẽ hết)

- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật: Người bệnh tháo các trang sức, dụng cụ kim loại có trên người để tránh phân tán năng lượng điện từ và tăng nhiệt kim loại.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Phiếu theo dõi - chăm sóc người bệnh ghi rõ triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, chẩn đoán, chỉ định điều trị, hướng dẫn theo dõi.

5.6. Thời gian thực hiện

20-30 phút/lần = 1/3-1/2 giờ x 1-2 lần/ngày x 3 ngày/ 1 đợt điều trị

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng thủ thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ

a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh, đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c) Đặt tư thế người bệnh.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Hướng dẫn người bệnh tư thế nằm: nằm ngửa hoặc nằm nghiêng chân trên co, chân dưới duỗi.

6.2. Bước 2: Bộc lộ và lau khô vùng điều trị.

6.3. Bước 3: Chiếu tia

a. Máy sóng ngắn

- Chọn và đặt điện cực đúng vào vị trí vùng viêm.
- Công suất điều trị vùng vú tùy loại máy sóng ngắn tại cơ sở điều trị.
- Thời gian chiếu sóng ngắn: 10-15ph/lần điều trị

b. Đèn hồng ngoại

- Đèn chiếu thẳng vuông góc vào mặt da tương ứng vùng viêm.
- Công suất điều trị vùng vú tùy loại đèn hồng ngoại tại cơ sở điều trị.

- Khoảng cách giữa đèn đến mặt da: 40 - 50 cm.

- Thời gian chiếu sóng ngắn: 10-15ph/lần điều trị

6.4. Kết thúc quy trình điều trị

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật: người bệnh ổn định, vùng da chiếu không bỏng, rát.

- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Bỏng tại chỗ: cần tắt máy, chườm nước mát trong 5 phút, bôi kem Silver Sulfadiazin 1%, băng vết thương bằng gạc mỏng.

- Phản ứng bất thường: choáng váng, nhức đầu, mệt mỏi, lo âu do người bệnh quá mẫn cảm với bức xạ điện cần tắt máy, để người bệnh nghỉ ngơi, tìm phương pháp điều trị khác.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: Không có

7.3. Biến chứng muộn: Không có

58. LÀM THUỐC VẾT KHÂU TẦNG SINH MÔN NHIỄM KHUẨN

1. ĐẠI CƯƠNG

Làm thuốc âm hộ, âm đạo là kỹ thuật làm sạch âm hộ, tầng sinh môn, âm đạo. Làm thuốc âm hộ là công việc thường quy trong chăm sóc, điều trị cho sản phụ sau đẻ đường âm đạo hoặc sau mổ lấy thai đặc biệt các sản phụ sau sinh có nhiễm khuẩn tầng sinh môn cần được làm thuốc và chăm sóc vết thương hàng ngày.

2. CHỈ ĐỊNH: Sản phụ sau sinh có nhiễm khuẩn tầng sinh môn

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH: không có chống chỉ định

4. THẬN TRỌNG: không có thận trọng

5. CHUẨN BỊ:

5.1. Người thực hiện

Bác sĩ hoặc hộ sinh/điều dưỡng có chứng chỉ hành nghề.

5.2. Thiết bị y tế

- Bông cầu, găng vô khuẩn, tấm nilon, săng vô khuẩn (với người bệnh làm thuốc âm đạo).

- Dung dịch rửa âm hộ, sâm đạo: povidon iodine 10%, nước chín, parafin 5ml.

- Xe dụng cụ 2 tầng, khay đựng dụng cụ, bộ mũ, khẩu trang dùng 1 lần, bô dẹt, bàn khám phụ khoa, ghế xoay, đèn gù.

- Đèn phẫu thuật/thủ thuật, bàn phẫu thuật/thủ thuật.

- Đồ vải

+ Quần, áo công tác

+ Quần, áo thủ thuật

+ Quần áo người bệnh

+ Săng phẫu thuật / thủ thuật

5.3. Người bệnh: Giải thích về việc sẽ làm cho người bệnh

5.4. Hồ sơ bệnh án: Ghi chỉ định vào hồ sơ bệnh án, ghi phiếu chăm sóc

5.5. Thời gian thực hiện: Ước tính khoảng 5-10 phút

5.6. Địa điểm thực hiện: Phòng thủ thuật hoặc phòng khám phụ khoa

5.7. Kiểm tra hồ sơ: theo nguyên tắc “3 tra 5 đối”

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Bước 1: Chuẩn bị người bệnh: Đưa người bệnh ra bàn khám phụ khoa, Hướng dẫn người bệnh nằm theo tư thế phụ khoa, bộc lộ vùng sinh dục

6.2. Bước 2: Rửa tay sạch, trải tấm nilon dưới mông sản phụ, mang găng tay

6.3. Bước 3: Làm thuốc âm hộ:

- Kê bô dẹt (khay đựng chất thải), cho sản phụ đi tiểu (nếu cần)

- Dùng panh kẹp bông cầu rửa âm hộ, tầng sinh môn bằng nước chín pha povidone- iodine theo thứ tự (trên - dưới, trong - ngoài, hai bên đùi, hậu môn)

- Lau khô (như trình tự rửa tầng sinh môn)

- Sát khuẩn vết khâu tầng sinh môn, nếu nhiễm khuẩn có chảy dịch mủ và sưng nề cần tách nhẹ các mũi chỉ khâu để mở rộng ổ nhiễm khuẩn, thuận lợi làm sạch.

- Bỏ bô, cho sản phụ nằm nghiêng để lau khô mông

- Giúp sản phụ nằm ngửa lại. Đóng băng vệ sinh, mặc váy

6.4. Bước 4: Làm thuốc âm đạo:

- Rửa âm hộ bằng nước chín, sát khuẩn âm hộ

- Đặt mỏ vịt (van âm đạo)

- Rửa âm đạo bằng dung dịch povidon iodine

- Sát khuẩn cổ tử cung, các túi cùng âm đạo

- Nếu có hiện tượng chảy dịch mủ, sưng nề có thể tách nhẹ các mũi chỉ khâu để bộc lộ hết đáy vết thương và làm sạch bằng povidon iodine

- Kiểm tra độ sạch của âm đạo, nhẹ nhàng tháo mỏ vịt (van âm đạo)

- Lau khô bộ phận sinh dục ngoài bằng panh kẹp củ ấu

6.5. Bước 5: Thu dọn dụng cụ

- Tháo găng, rửa tay thường quy

- Dặn dò người bệnh:

+ Vệ sinh bộ phận sinh dục ngoài

+ Không quan hệ tình dục trong thời gian làm thuốc âm đạo hoặc còn ra sản dịch

6.6. Bước 6: Ghi hồ sơ bệnh án, phiếu chăm sóc:

- Nhận xét tình trạng của âm hộ, âm đạo, cổ tử cung

- Ghi rõ tên, số lượng dung dịch đã sử dụng.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Theo dõi toàn trạng người bệnh, các dấu hiệu bất thường: âm hộ, âm đạo, tầng sinh môn.

- Chảy máu âm hộ, âm đạo tại chỗ: chèn gạc, thuốc cầm máu.

59. PHẪU THUẬT LẤY THAI LẦN ĐẦU

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật lấy thai là phẫu thuật nhằm lấy thai ra khỏi tử cung sau khi mở bụng và mở tử cung.

2. CHỈ ĐỊNH

2.1 Các chỉ định do nguyên nhân về phía thai

- Các chỉ định do ngôi thai bất thường.

- Thai to

- Thai suy

- Bệnh lý của thai có chống chỉ định đẻ đường âm đạo

2.2 Các chỉ định do nguyên nhân phần phụ của thai

2.3 Các chỉ định do nguyên nhân về phía mẹ

2.4 Các chỉ định do nguyên nhân đường sinh dục

2.5 Các chỉ định do nguyên nhân khác

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH Không có

4. THẬN TRỌNG Không có

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên chính: 01 bác sĩ
- Phẫu thuật viên phụ: 01-02 bác sĩ
- Dụng cụ viên: 01 điều dưỡng/hộ sinh
- Đón bé: 01 Hộ sinh/điều dưỡng

5.2. Thuốc: thuốc sát khuẩn và khử trùng, kháng sinh, dịch truyền, Oxytocin…

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật/thủ thuật.
- Kim, chỉ khâu.
- Bơm tiêm, kim tiêm, kim luồn nhựa, dây truyền dịch, khóa ba chạc, ống thông...
- Găng tay vô trùng, mũ khẩu trang vô trùng, gạc y tế tiệt trùng; băng dính…
- Dao điện,…
- Đèn phẫu thuật/thủ thuật, bàn phẫu thuật/thủ thuật, máy hút, thân máy.
- Đồ vải

+ Quần, áo công tác
+ Quần, áo thủ thuật
+ Quần áo người bệnh
+ Săng phẫu thuật / thủ thuật

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và đại diện người bệnh: Được giải thích về bệnh lý và quá trình phẫu thuật/thủ thuật, các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi làm phẫu thuật/thủ thuật, tiên lượng kết quả điều trị… và ký giấy cam đoan đồng ý làm phẫu thuật/thủ thuật.
- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.
- Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật theo quy định.
- Tại phòng thực hiện kỹ thuật:

+ Kiểm tra đúng người bệnh, biên bản hội chẩn, giấy cam kết phẫu thuật/thủ thuật, …
+ Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp, bộc lộ rõ vị trí làm phẫu thuật/thủ thuật.
+ Vô cảm cho người bệnh (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)
+ Thông tiểu (nếu cần)
+ Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.
+ Trải săng vô khuẩn.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Được hoàn thiện theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện: Ước tính thời gian 1-3 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Mở bụng theo đường trắng giữa dưới rốn hoặc đường ngang trên vệ. Bộc lộ vùng mổ: chèn gạc, đặt van vệ.

6.2. Bước 2: Mở phúc mạc đoạn dưới tử cung.

6.3. Bước 3: Mở tử cung

- Mở đoạn dưới tử cung ở ngay giữa (lưu ý tránh chạm vào phần thai ở ngay dưới). Mở rộng vết rạch tử cung sang hai bên. Đường mở tử cung song song với đường mở phúc mạc đoạn dưới
- Đường rạch ngang đoạn dưới khoảng 8-10cm.

6.4. Bước 4: Lấy thai và rau

- Lấy thai: lấy đầu thai nếu là ngôi đầu, lấy chân thai hay mông thai nếu là các ngôi còn lại
- Tiêm bắp 10 đơn vị Oxytocin
- Kẹp và cắt dây rốn
- Lấy rau bằng cách kéo dây rốn và ấn đáy tử cung qua thành bụng. Làm sạch buồng tử cung.

Nong cổ tử cung nếu cần

- Kiểm tra và kẹp các mạch máu lớn đang chảy.

6.5. Bước 5: Khâu phục hồi tử cung và phúc mạc

- Khâu phục hồi lớp cơ tử cung bằng chỉ tiêu số 1. Có thể bằng mũi rời hay khâu vắt. Mũi khâu lấy toàn bộ chiều dày lớp cơ tử cung. Thông thường khâu một lớp (nếu cần thì khâu vắt lớp thứ hai để cầm máu và che phủ lớp khâu thứ nhất).

- Phủ phúc mạc đoạn dưới tử cung (nếu cần)

6.6. Bước 6: Lau sạch ổ bụng

- Lau sạch ổ bụng, kiểm tra tử cung, phần phụ và các tạng xung quanh

- Đếm đủ gạc, đủ dụng cụ

6.7. Bước 7: Đóng thành bụng theo từng lớp

6.8. Bước 8: Lấy máu và lau âm đạo

6.9. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.

- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.

- Theo dõi diễn biến người bệnh.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Mạch, huyết áp, toàn trạng, bài tiết nước tiểu.

- Co hồi tử cung, lượng máu chảy từ buồng tử cung ra.

- Vết mổ thành bụng

- Trung tiện.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

a) Chảy máu: truyền máu hoặc các dung dịch thay thế

b) Chấn thương thai nhi: phối hợp bác sỹ sơ sinh

c) Tổn thương các tạng trong ổ bụng: ruột, bàng quang, niệu quản… Xử trí theo tổn thương

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

a) Nhiễm trùng vết mổ, nhiễm trùng tiểu khung, viêm phúc mạc toàn thể, nhiễm trùng huyết: dùng kháng sinh kết hợp

b) Chảy máu do nhiễm trùng vết mổ tử cung: dùng kháng sinh kết hợp và truyền máu hoặc các dung dịch thay thế

7.4. Biến chứng muộn: nhiễm trùng, dính ruột, tắc ruột

60. PHẪU THUẬT LẤY THAI LẦN HAI TRỞ LÊN

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật lấy thai là phẫu thuật nhằm lấy thai ra khỏi tử cung sau khi mở bụng và mở tử cung.

Khó khăn của phẫu thuật này là ổ bụng có thể dính nhiều các dây chằng và mạc nối, thay đổi vị trí giải phẫu của các cơ quan trong ổ bụng. Khi tiến hành phẫu thuật thì mở bụng phải gỡ dính, cầm máu, nguy cơ tổn thương các tạng xung quanh, nguy cơ chảy máu, khó bộc lộ đoạn dưới tử cung, đôi khi không thể bộc lộ được đoạn dưới mà phải rạch ngang hoặc dọc thân tử cung để lấy thai. Do đó, thời gian từ lúc giảm đau đến lúc lấy thai bị kéo dài. Sau mổ nguy cơ vết mổ liền kém, tụ máu ở thành bụng cao hơn các trường hợp khác

2. CHỈ ĐỊNH

- Các chỉ định do nguyên nhân có mổ đẻ cũ

- Các chỉ định do nguyên nhân có mổ đẻ cũ kèm các nguyên nhân kết hợp khác

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH Không có

4. THẬN TRỌNG Không có

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên chính: 01 bác sĩ
- Phẫu thuật viên phụ: 02 bác sĩ
- Dụng cụ viên: 02 điều dưỡng/hộ sinh
- Đón bé: 01 hộ sinh/điều dưỡng

5.2. Thuốc: thuốc sát khuẩn và khử trùng, kháng sinh, dịch truyền, Oxytocin…

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật/thủ thuật.
- Kim, chỉ khâu.
- Bơm tiêm, kim tiêm, kim luồn nhựa, dây truyền dịch, khóa ba chạc, ống thông...
- Găng tay vô trùng, mũ khẩu trang vô trùng, gạc y tế tiệt trùng; băng dính…
- Dao điện,…
- Đèn phẫu thuật/thủ thuật, bàn phẫu thuật/thủ thuật, máy hút, thân máy.
- Đồ vải

+ Quần, áo công tác
+ Quần, áo thủ thuật
+ Quần áo người bệnh
+ Săng phẫu thuật / thủ thuật

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và đại diện người bệnh: Được giải thích về bệnh lý và quá trình phẫu thuật/thủ thuật, các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi làm phẫu thuật/thủ thuật, tiên lượng kết quả điều trị… và ký giấy cam đoan đồng ý làm phẫu thuật/thủ thuật.
- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.
- Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật theo quy định.
- Tại phòng thực hiện kỹ thuật:

+ Kiểm tra đúng người bệnh, biên bản hội chẩn, giấy cam kết phẫu thuật/thủ thuật, …
+ Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp, bộc lộ rõ vị trí làm phẫu thuật/thủ thuật.
+ Vô cảm cho người bệnh (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)
+ Thông tiểu (nếu cần)
+ Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.
+ Trải săng vô khuẩn.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Được hoàn thiện theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện: Ước tính thời gian 1-3 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Mở bụng theo đường trắng giữa dưới rốn hoặc đường ngang trên vệ.

- Cắt bỏ sẹo mổ cũ qua các lớp vào ổ bụng, chú ý tổn thương các tạng bên dưới.
- Bộc lộ đoạn dưới tử cung, gỡ dính, cầm máu (nếu cần): chèn gạc, đặt van vệ.

6.2. Bước 2: Mở phúc mạc đoạn dưới tử cung (nếu cần).

6.3. Bước 3: Mở tử cung

- Mở đoạn dưới tử cung ở ngay giữa (lưu ý tránh chạm vào phần thai ở ngay dưới). Mở rộng vết rạch tử cung sang hai bên. Đường mở tử cung song song với đường mở phúc mạc đoạn dưới
- Đường rạch ngang đoạn dưới khoảng 8-10cm.

6.4. Bước 4: Lấy thai và rau

- Lấy thai: lấy đầu thai nếu là ngôi đầu, lấy chân thai hay mông thai nếu là các ngôi còn lại
- Tiêm bắp 10 đơn vị Oxytocin

- Kẹp và cắt dây rốn

- Lấy rau bằng cách kéo dây rốn và ấn đáy tử cung qua thành bụng. Làm sạch buồng tử cung. Nong cổ tử cung nếu cần

- Kiểm tra và kẹp các mạch máu lớn đang chảy.

6.5. Bước 5: Khâu phục hồi tử cung và phúc mạc

- Khâu phục hồi lớp cơ tử cung bằng chỉ tiêu số 1. Có thể bằng mũi rời hay khâu vắt. Mũi khâu lấy toàn bộ chiều dày lớp cơ tử cung. Thông thường khâu một lớp (nếu cần thì khâu vắt lớp thứ hai để cầm máu và che phủ lớp khâu thứ nhất).

- Phủ phúc mạc đoạn dưới tử cung (nếu cần)

6.6. Bước 6: Kiểm tra và xử trí chảy máu nếu có

6.7. Bước 7: Lau sạch ổ bụng

- Lau sạch ổ bụng, kiểm tra tử cung, phần phụ và các tạng xung quanh

- Đếm đủ gạc, đủ dụng cụ

6.8. Bước 8: Đóng thành bụng theo từng lớp giải phẫu

6.9. Bước 9: Lấy máu và lau âm đạo

6.10. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.

- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.

- Theo dõi diễn biến người bệnh.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Mạch, huyết áp, toàn trạng, bài tiết nước tiểu.

- Co hồi tử cung, lượng máu chảy từ buồng tử cung ra.

- Vết mổ thành bụng

- Trung tiện.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

a) Chảy máu: truyền máu hoặc các chế phẩm thay thế

b) Chấn thương thai nhi: phối hợp bác sỹ sơ sinh

c) Tổn thương các tạng trong ổ bụng: ruột, bàng quang, niệu quản…Xử trí theo tổn thương

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

a) Nhiễm trùng vết mổ, nhiễm trùng tiểu khung, viêm phúc mạc toàn thể, nhiễm trùng huyết: dùng kháng sinh kết hợp

b) Chảy máu do nhiễm trùng vết mổ tử cung: truyền máu hoặc các chế phẩm thay thế và dùng kháng sinh kết hợp

7.4. Biến chứng muộn: nhiễm trùng, dính ruột, tắc ruột

61. PHẪU THUẬT LẤY THAI TRÊN NGƯỜI BỆNH CÓ TIỀN SỬ PHẪU THUẬT Ổ BỤNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật lấy thai là phẫu thuật nhằm lấy thai ra khỏi tử cung sau khi mở bụng và mở tử cung.

Phẫu thuật lấy thai trên người bệnh có tiền sử phẫu thuật ổ bụng áp dụng cho những người bệnh có tiền sử phẫu thuật vùng bụng trước đó. Khó khăn của phẫu thuật này là ổ bụng có thể dính nhiều các dây chằng và mạc nối, thay đổi vị trí giải phẫu của các cơ quan trong ổ bụng. Khi tiến hành phẫu thuật thì mở bụng phải gỡ dính, cầm máu, nguy cơ tổn thương các tạng xung quanh, nguy cơ chảy máu, khó bộc lộ đoạn dưới tử cung, đôi khi không thể bộc lộ được đoạn dưới mà phải rạch ngang hoặc dọc thân tử cung để lấy thai. Do đó thời gian từ lúc giảm đau đến lúc lấy thai bị kéo dài. Sau mổ nguy cơ vết mổ liền kém, tụ máu ở thành bụng cao.

2. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có tiền sử phẫu thuật ổ bụng kèm các chỉ định:

2.1 Các chỉ định do nguyên nhân về phía thai

- Các chỉ định do ngôi thai bất thường.
- Thai to
- Thai suy
- Bệnh lý của thai có chống chỉ định đẻ đường âm đạo

2.2 Các chỉ định do nguyên nhân phần phụ của thai

2.3 Các chỉ định do nguyên nhân về phía mẹ

2.4 Các chỉ định do nguyên nhân đường sinh dục

2.5 Các chỉ định do nguyên nhân khác

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH Không có

4. THẬN TRỌNG Không có

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên chính: 01 bác sĩ
- Phẫu thuật viên phụ: 02 bác sĩ
- Dụng cụ viên: 01 điều dưỡng/hộ sinh
- Đón bé: 01 hộ sinh/điều dưỡng

5.2. Thuốc: thuốc sát khuẩn và khử trùng, kháng sinh, dịch truyền, Oxytocin…

5.3 Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật/thủ thuật.
- Kim, chỉ khâu.
- Bơm tiêm, kim tiêm, kim luồn nhựa, dây truyền dịch, khóa ba chạc, ống thông...
- Găng tay vô trùng, mũ khẩu trang vô trùng, gạc y tế tiệt trùng; băng dính…
- Dao điện,…
- Đèn phẫu thuật/thủ thuật, bàn phẫu thuật/thủ thuật, máy hút, thân máy.
- Đồ vải

+ Quần, áo công tác
+ Quần, áo thủ thuật
+ Quần áo người bệnh
+ Săng phẫu thuật / thủ thuật

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và đại diện người bệnh: Được giải thích về bệnh lý và quá trình phẫu thuật/thủ thuật, các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi làm phẫu thuật/thủ thuật, tiên lượng kết quả điều trị… và ký giấy cam đoan đồng ý làm phẫu thuật/thủ thuật.
- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.
- Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật theo quy định.
- Tại phòng thực hiện kỹ thuật:

+ Kiểm tra đúng người bệnh, biên bản hội chẩn, giấy cam kết phẫu thuật/thủ thuật, …
+ Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp, bộc lộ rõ vị trí làm phẫu thuật/thủ thuật.
+ Vô cảm cho người bệnh (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)
+ Thông tiểu (nếu cần)
+ Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.
+ Trải săng vô khuẩn.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Được hoàn thiện theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện: Ước tính thời gian 1-3 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1:

- Mở bụng theo đường trắng giữa dưới rốn hoặc đường ngang trên vệ, rạch cắt bỏ sẹo mổ cũ, qua các lớp vào ổ bụng, chú ý tổn thương các tạng bên dưới.

- Bộc lộ đoạn dưới tử cung, gỡ dính, cầm máu (nếu cần): chèn gạc, đặt van vệ.

6.2. Bước 2: Mở phúc mạc đoạn dưới tử cung (nếu cần).

6.3. Bước 3: Mở tử cung

- Mở đoạn dưới tử cung ở ngay giữa (lưu ý tránh chạm vào phần thai ở ngay dưới). Mở rộng vết rạch tử cung sang hai bên. Đường mở tử cung song song với đường mở phúc mạc đoạn dưới

- Đường rạch ngang đoạn dưới khoảng 8-10 cm.

6.4. Bước 4: Lấy thai và rau

- Lấy thai: lấy đầu thai nếu là ngôi đầu, lấy chân thai hay mông thai nếu là các ngôi còn lại

- Tiêm bắp 10 đơn vị Oxytocin

- Kẹp và cắt dây rốn trong vòng 1 đến 3 phút sau khi thai sổ, hoặc khi dây rốn đã ngừng đập.

- Lấy rau bằng cách kéo dây rốn và ấn đáy tử cung qua thành bụng. Làm sạch buồng tử cung. Nong cổ tử cung nếu cần

- Kiểm tra và kẹp các mạch máu lớn đang chảy.

6.5. Bước 5: Khâu phục hồi tử cung và phúc mạc

- Khâu phục hồi lớp cơ tử cung bằng chỉ tiêu số 1. Có thể bằng mũi rời hay khâu vắt. Mũi khâu lấy toàn bộ chiều dày lớp cơ tử cung. Thông thường khâu một lớp (nếu cần thì khâu vắt lớp thứ hai để cầm máu và che phủ lớp khâu thứ nhất).

- Phủ phúc mạc đoạn dưới tử cung (nếu cần)

6.6. Bước 6: Kiểm tra và xử trí chảy máu nếu có

6.7. Bước 7: Lau sạch ổ bụng

- Cầm máu kỹ

- Lau sạch ổ bụng, kiểm tra tử cung, phần phụ và các tạng xung quanh

- Tùy từng trường hợp cụ thể xem xét đặt dẫn lưu ổ bụng nếu cần

- Đếm đủ gạc, đủ dụng cụ

6.8. Bước 8: Đóng thành bụng theo từng lớp giải phẫu

6.9. Bước 9: Lấy máu và lau âm đạo

6.10. Kết thúc quy trình

Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.

Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.

Theo dõi diễn biến người bệnh.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Mạch, huyết áp, toàn trạng, bài tiết nước tiểu.

- Co hồi tử cung, lượng máu chảy từ buồng tử cung ra.

- Vết mổ thành bụng

- Trung tiện.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

a) Chảy máu: truyền máu hoặc các chế phẩm thay thế

b) Chấn thương thai nhi phối hợp bác sỹ sơ sinh

c) Tổn thương các tạng trong ổ bụng: ruột, bàng quang, niệu quản…Xử trí theo tổn thương

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

a) Nhiễm trùng vết mổ, nhiễm trùng tiểu khung, viêm phúc mạc toàn thể, nhiễm trùng huyết: dùng kháng sinh kết hợp

b) Chảy máu do nhiễm trùng vết mổ tử cung: truyền máu hoặc các chế phẩm thay thế và dùng kháng sinh kết hợp

7.4. Biến chứng muộn: nhiễm trùng, dính ruột, tắc ruột

62. PHẪU THUẬT LẤY THAI DO BỆNH LÝ SẢN KHOA (RAU TIỀN ĐẠO, RAU BONG NON, TIỀN SẢN GIẬT, SẢN GIẬT...)

1. ĐẠI CƯƠNG

Mổ lấy thai là phẫu thuật lấy thai và rau thai ra khỏi tử cung qua đường rạch thành bụng và rạch tử cung. Mổ lấy thai do bệnh lý sản khoa như rau tiền đạo trung tâm, rau bong non, tiền sản giật, sản giật là những phẫu thuật khó,có tính chất cấp cứu, nguy cơ chảy máu, nguy cơ phải cắt tử cung trong mổ cũng như các tai biến, biến chứng của phẫu thuật cao hơn các phẫu thuật lấy thai đơn thuần.

2. CHỈ ĐỊNH

2.1. Chỉ định mổ lấy thai chủ động

Rau tiền đạo trung tâm đủ tháng

2.2. Chỉ định mổ lấy thai cấp cứu

- Rau tiền đạo trung tâm ra máu nhiều
- Rau bong non thể vừa và nặng
- Tiền sản giật nặng
- Sản giật
- Hội chứng HELLP

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên chính: 01 bác sĩ
- Phẫu thuật viên phụ: 02 bác sĩ
- Dụng cụ viên: 01 điều dưỡng/hộ sinh
- Đón bé: 01 hộ sinh/điều dưỡng

5.2. Thuốc: thuốc sát khuẩn và khử trùng, kháng sinh, dịch truyền, Oxytocin…

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật/thủ thuật.
- Kim, chỉ khâu.
- Bơm tiêm, kim tiêm, kim luồn nhựa, dây truyền dịch, khóa ba chạc, ống thông...
- Găng tay vô trùng, mũ khẩu trang vô trùng, gạc y tế tiệt trùng; băng dính…
- Dao điện, dao siêu âm, dao hàn mạch,…
- Đèn phẫu thuật/thủ thuật, bàn phẫu thuật/thủ thuật, máy hút, thân máy.
- Đồ vải

+ Quần, áo công tác
+ Quần, áo thủ thuật
+ Quần áo người bệnh
+ Săng phẫu thuật / thủ thuật

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và đại diện người bệnh: Được giải thích về bệnh lý và quá trình phẫu thuật/thủ thuật, các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi làm phẫu thuật/thủ thuật, tiên lượng kết quả điều trị… và ký giấy cam đoan đồng ý làm phẫu thuật/thủ thuật.
- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.
- Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật theo quy định.
- Tại phòng thực hiện kỹ thuật:

+ Kiểm tra đúng người bệnh, biên bản hội chẩn, giấy cam kết phẫu thuật/thủ thuật, …

+ Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp, bộc lộ rõ vị trí làm phẫu thuật/thủ thuật.

+ Vô cảm cho người bệnh (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)

+ Thông tiểu (nếu cần)

+ Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.

+ Trải săng vô khuẩn.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Được hoàn thiện theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện: Ước tính thời gian 1-3 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Thì 1: Mở bụng

- Có thể đường trắng giữa dưới rốn hoặc đường ngang trên mu.

- Bộc lộ vùng mổ: chèn gạc, đặt van vệ.

6.2. Thì 2: Mở phúc mạc đoạn dưới tử cung

6.3. Thì 3: Mở tử cung

- Mở đoạn dưới tử cung ở ngay giữa (lưu ý tránh chạm vào phần thai ở ngay dưới). Mở rộng vết rạch tử cung sang hai bên. Đường mở tử cung song song với đường mở phúc mạc đoạn dưới.

- Đường rạch ngang đoạn dưới khoảng 8-10cm.

6.4. Thì 4: Lấy thai và rau.

- Lấy thai: lấy đầu thai nếu là ngôi đầu, lấy chân thai hay mông thai nếu là các ngôi còn lại.

- Tiêm bắp 10 đơn vị Oxytocin.

- Kẹp và cắt dây rốn sau 1 đến 3 phút, hoặc khi dây rốn đã ngừng đập.

- Lấy rau. Làm sạch buồng tử cung. Nong cổ tử cung nếu cần.Nếu là rau tiền đạo thì kiểm tra diện rau bám, nếu có chảy máu thì khâu các mũi khâu cầm máu. Nếu là rau bong non phải kiểm tra tổn thương cơ tử cung để quyết định bảo tồn tử cung hay cắt tử cung.

- Kiểm tra và kẹp các mạch máu lớn đang chảy.

6.5. Thì 5: Khâu phục hồi tử cung và phúc mạc.

- Khâu phục hồi lớp cơ tử cung bằng các mũi rời hay khâu vắt. Mũi khâu lấy toàn bộ chiều dày lớp cơ tử cung.

- Phủ phúc mạc đoạn dưới tử cung.

6.6. Thì 6: Lau bụng

- Lau sạch ổ bụng, kiểm tra tử cung, phần phụ và các tạng xung quanh.

- Đếm đủ gạc,ấu, dụng cụ.

6.7. Thì 7: Đóng thành bụng theo từng lớp.

6.8. Thì 8: Lấy máu và lau âm đạo.

6.9. Kết thúc quy trình

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu nhiều, băng huyết trong mổ hay sau mổ do đờ tử cung, chảy máu do rách đoạn dưới tử cung, chảy máu tại diện rau bám …

- Tụ máu vết mổ tử cung, tụ máu thành bụng …

- Tổn thương bàng quang, ruột, niệu quản…

- Các tai biến do gây mê: hội chứng hít, phản ứng thuốc, sốc phản vệ

- Tử vong mẹ: do thuyên tắc mạch ối, tắc mạch phổi ….

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Nhiễm trùng:vết mổ, tiết niệu, viêm phúc mạc tiểu khung, viêm phúc mạc toàn thể, nhiễm trùng huyết

- Liệt ruột, tắc ruột sau mổ

7.3. Biến chứng muộn

- Dính ruột, tắc ruột.
- Tăng nguy cơ nứt vỡ sẹo mổ tử cung ở các lần có thai sau.
- Tăng nguy cơ mổ lấy thai lại cho các lần có thai sau.
- Vô sinh thứ phát do viêm dính, do tụ dịch vết mổ.

63. PHẪU THUẬT MỞ Ổ BỤNG CẦM MÁU TRONG CẤP CỨU SẢN PHỤ KHOA

1. ĐẠI CƯƠNG

- Chảy máu sau đẻ hoặc sau phẫu thuật sản phụ khoa là một cấp cứu trong sản khoa.
- Có nhiều nguyên nhân gây chảy máu. Sau khi đã tìm và giải quyết đường âm đạo không kết quả thì phải mở bụng tìm nguyên nhân và giải quyết chảy máu theo tình huống cụ thể.

2. CHỈ ĐỊNH

- Chảy máu từ buồng tử cung do những nguyên nhân khác nhau: vỡ tử cung, tụ máu,…
- Chảy máu ở diện rau bám trong rau tiền đạo
- Đờ tử cung…

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH Không có

4. THẬN TRỌNG Rối loạn đông máu

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên chính: 01 bác sĩ
- Phẫu thuật viên phụ: 02 bác sĩ
- Dụng cụ viên: 01 điều dưỡng/hộ sinh

5.2. Thuốc: Thuốc sát khuẩn và khử trùng, kháng sinh, dịch truyền…

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật/thủ thuật.
- Kim, chỉ khâu.
- Bơm tiêm, kim tiêm, kim luồn nhựa, dây truyền dịch, khóa ba chạc, ống thông...
- Găng tay vô trùng, mũ khẩu trang vô trùng, gạc y tế tiệt trùng; băng dính…
- Dao điện,…
- Đèn phẫu thuật/thủ thuật, bàn phẫu thuật/thủ thuật, máy hút, thân máy.
- Đồ vải

+ Quần, áo công tác
+ Quần, áo thủ thuật
+ Quần áo người bệnh
+ Săng phẫu thuật / thủ thuật

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và đại diện người bệnh: Được giải thích về bệnh lý và quá trình phẫu thuật/thủ thuật, các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi làm phẫu thuật/thủ thuật, tiên lượng kết quả điều trị… và ký giấy cam đoan đồng ý làm phẫu thuật/thủ thuật.
- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.
- Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật theo quy định.
- Tại phòng thực hiện kỹ thuật:

+ Kiểm tra đúng người bệnh, biên bản hội chẩn, giấy cam kết phẫu thuật/thủ thuật, …
+ Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp, bộc lộ rõ vị trí làm phẫu thuật/thủ thuật.
+ Vô cảm cho người bệnh (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)
+ Thông tiểu (nếu cần)

+ Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.

+ Trải săng vô khuẩn.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Được hoàn thiện theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện: Ước tính thời gian 1-3 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Mở bụng theo đường trắng giữa dưới rốn hoặc đường ngang trên vệ. Bộc lộ đoạn dưới tử cung, gỡ dính, cầm máu (nếu cần): chèn gạc, đặt van vệ.

6.2. Bước 2: Kiểm tra ổ bụng, tử cung… tìm nguyên nhân chảy máu.

6.3. Bước 3: Tìm nguyên nhân chảy máu để xử trí

a. Khâu cầm máu diện rau bám

- Kỹ thuật: Khâu các **mũi chữ X hoặc số 8** bằng chỉ tiêu (Vicryl 0 hoặc 1) trực tiếp vào các điểm đang chảy máu tại diện rau bám.

b. Thắt động mạch tử cung

- Vị trí: Ngang mức lỗ trong cổ tử cung hoặc dưới vết rạch cơ tử cung 1 - 2 cm.

- Cách làm: Khâu xuyên kim qua lớp cơ tử cung (cách bờ bên 1 - 2 cm) từ trước ra sau, vòng qua phần không mạch máu của dây chằng rộng rồi thắt nút. Thực hiện tương tự với bên đối diện.

3. Khâu ép tử cung (Kỹ thuật B-Lynch)

- Cách làm:

5. Dùng chỉ tan chậm số 1 hoặc 2, khâu từ thành trước (dưới vết rạch) ra thành trước (trên vết rạch).

6. Vòng chỉ qua đáy tử cung ra thành sau, khâu xuyên qua thành sau ở đoạn dưới.

7. Vòng chỉ ngược lại qua đáy tử cung về phía trước và đối xứng với bên kia.

8. **Thắt nút:** Bác sĩ phụ dùng hai tay ép chặt tử cung trước khi phẫu thuật viên thắt nút chỉ ở đoạn dưới thành trước.

6.4. Bước 4: Lau sạch ổ bụng

- Kiểm tra và xử trí chảy máu nếu có

- Lau sạch ổ bụng, kiểm tra tử cung, phần phụ và các tạng xung quanh

- Tùy từng trường hợp cụ thể xem xét đặt dẫn lưu ổ bụng nếu cần

- Đếm đủ gạc, đủ dụng cụ

6.5. Bước 5: Đóng thành bụng theo từng lớp giải phẫu

6.6. Bước 6: Lấy máu và lau âm đạo

6.7. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện phẫu thuật.

- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.

- Theo dõi diễn biến người bệnh.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Mạch, huyết áp, toàn trạng, nước tiểu.

- Co hồi tử cung, lượng máu chảy từ buồng tử cung ra.

- Vết mổ thành bụng

- Trung tiện.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

a) Chảy máu: truyền máu hoặc các chế phẩm thay thế

b) Tổn thương các tạng trong ổ bụng: ruột, bàng quang, niệu quản… Xử trí theo tổn thương

c) Rối loạn đông máu: truyền máu, các yếu tố đông máu hoặc các chế phẩm thay thế

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

a) Nhiễm trùng vết mổ, nhiễm trùng tiểu khung, viêm phúc mạc toàn thể, nhiễm trùng huyết:

Dùng kháng sinh kết hợp

b) Chảy máu do nhiễm trùng vết mổ tử cung: truyền máu hoặc các chế phẩm thay thế và kháng sinh phối hợp

c) Rối loạn đông máu, suy đa tạng: hồi sức tích cực, truyền máu, các yếu tố đông máu hoặc các chế phẩm thay thế…

7.4. Biến chứng muộn: nhiễm trùng, dính ruột, tắc ruột

64. PHẪU THUẬT LẤY DỤNG CỤ TỬ CUNG LẠC CHỖ

1. ĐẠI CƯƠNG

- Dụng cụ tử cung (DCTC) là một phương pháp tránh thai khá phổ biến ở nước ta.
- Dụng cụ tử cung lạc chỗ là khi dụng cụ tử cung chui qua cơ tử cung vào ổ bụng.
- Các vị trí DCTC lạc chỗ hay gặp trong ổ bụng: mạc nối lớn, DCTC nằm một phần ở tử cung và một phần nằm ở tiểu khung…
- Phẫu thuật lấy DCTC trong ổ bụng là phẫu thuật nhằm lấy DCTC lạc chỗ trong ổ bụng ra khỏi ổ bụng.

2. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh được chẩn đoán DCTC nằm trong ổ bụng có chống chỉ định mổ nội soi hoặc tiền sử phẫu thuật ổ bụng nhiều lần nghi dính các tạng.
- Trường hợp phẫu thuật nội soi không lấy được DCTC.

3. THẬN TRỌNG

- Tiền sử phẫu thuật ổ bụng nhiều lần hoặc tiền sử phẫu thuật ổ bụng ở nhóm có nguy cơ dính cao như: mổ viêm phúc mạc, mổ tắc ruột, mổ abscess phần phụ, mở thông bàng quang…
- Đang có bệnh nội khoa, bệnh về máu, đang nhiễm khuẩn cần điều trị trước phẫu thuật.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên chính: 01 bác sĩ
- Phẫu thuật viên phụ: 02 bác sĩ
- Dụng cụ viên: 01 điều dưỡng/ hộ sinh

4.2. Thuốc: Thuốc sát khuẩn và khử trùng, kháng sinh, dịch truyền…

4.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật/thủ thuật.
- Kim, chỉ khâu.
- Bơm tiêm, kim tiêm, kim luồn nhựa, dây truyền dịch, khóa ba chạc, ống thông...
- Găng tay vô trùng, mũ khẩu trang vô trùng, gạc y tế tiệt trùng; băng dính…
- Dao điện, dao siêu âm, dao hàn mạch,…
- Đèn phẫu thuật/thủ thuật, bàn phẫu thuật/thủ thuật, máy hút, thân máy.
- Đồ vải

+ Quần, áo công tác

+ Quần, áo thủ thuật

+ Quần áo người bệnh

+ Săng phẫu thuật / thủ thuật

4.4. Người bệnh

- Người bệnh và đại diện người bệnh: Được giải thích về bệnh lý và quá trình phẫu thuật/thủ thuật, các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể sảy ra trong và sau khi làm phẫu thuật/thủ thuật, tiên lượng kết quả điều trị… và ký giấy cam đoan đồng ý làm phẫu thuật/thủ thuật.
- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.
- Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật theo quy định.
- Tại phòng thực hiện kỹ thuật:

+ Kiểm tra đúng người bệnh, biên bản hội chẩn, giấy cam kết phẫu thuật/thủ thuật, …

+ Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp, bộc lộ rõ vị trí làm phẫu thuật/thủ thuật.

+ Vô cảm cho người bệnh (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)

+ Thông tiểu (nếu cần)

+ Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.

+ Trải săng vô khuẩn.

4.5. Hồ sơ bệnh án: Được hoàn thiện theo quy định.

4.6. Thời gian thực hiện: Ước tính khoảng 1-3 giờ.

4.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Bước 1: Mở bụng

- Mở bụng đường ngang trên vệ hoặc tùy theo vị trí của dụng cụ tử cung trong ổ bụng.

- Trong trường hợp có đường mổ cũ thì mổ lại theo đường này.

5.2. Bước 2: Xác định vị trí của DCTC

- Quan sát toàn bộ ổ bụng tìm vị trí DCTC. Các vị trí DCTC lạc chỗ hay gặp trong ổ bụng: mạc nối lớn, DCTC nằm một phần ở tử cung và một phần nằm ở tiểu khung… đặc biệt chú ý khi DCTC nằm gần các vị trí nguy hiểm như mạch máu lớn hoặc DCTC có thể đâm xuyên vào đường tiêu hóa, tiết niệu....

5.3. Bước 3: Lấy DCTC

- Khi thấy DCTC trong ổ bụng thì dùng kẹp nhẹ nhàng lấy DCTC ra ngoài, chú ý không làm tổn thương các tạng lân cận.

- Trong trường hợp thấy khi lấy DCTC có nguy cơ làm tổn thương mạch máu, đường tiêu hóa, tiết niệu…thì mời hội chẩn chuyên khoa ngoại.

5.4. Bước 4: Rửa sạch ổ bụng, kiểm tra lại lần cuối

- Rửa sạch ổ bụng, kiểm tra chảy máu. Nếu có nguy cơ chảy máu, nhiễm trùng có thể đặt dẫn lưu.

- Đốt và cắt 2 vòi tử cung nếu có chỉ định.

5.5. Bước 5: Kiểm tra và đóng bụng

- Sau khi kiểm tra đủ gạc, đóng bụng theo từng lớp.

5.6. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.

- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận hậu phẫu.

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

6.1. Theo dõi

- Toàn trạng, tri giác.

- Các dấu hiệu sinh tồn:mạch, huyết áp, nhiệt độ, nước tiểu, tình trạng ổ bụng.

- Theo dõi vết mổ ở thành bụng: chảy máu, tụ máu, nhiễm khuẩn

- Nếu có dẫn lưu theo dõi dịch chảy ra trong dẫn lưu.

6.2. Tai biến và xử trí

6.2.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu sau mổ: có dấu hiệu choáng, tụt huyết áp, tình trạng thiếu máu cấp, ổ bụng có dịch... Phải mổ lại để cầm máu đồng thời hồi sức tích cực, điều chỉnh rối loạn đông máu, bồi phụ thể tích tuần hoàn.

- Bỏng do điện.

- Tổn thương tạng: Có thể tổn thương bàng quang, niệu quản, ruột, xảy ra khi tách dính, cần phát hiện và xử trí kịp thời, để muộn có thể gây viêm phúc mạc. Xử trí: tùy từng loại tổn thương và mức độ tổn thương mà có cách xử trí phù hợp.

6.2.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu sau mổ: có dấu hiệu choáng, tụt huyết áp, tình trạng thiếu máu cấp, ổ bụng có

dịch... Phải mổ lại để cầm máu đồng thời hồi sức tích cực, điều chỉnh rối loạn đông máu, bồi phụ thể tích tuần hoàn.

- Nhiễm trùng: sử dụng kháng sinh điều trị.

- Viêm phúc mạc sau mổ: hiếm gặp, phải tiến hành hồi sức, điều trị bằng kháng sinh phối hợp, liều cao và mổ lại để rửa ổ bụng, dẫn lưu.

6.3. Biến chứng muộn: Tắc ruột sau mổ do dính ổ bụng sau phẫu thuật.

65. CẤY HOẶC THÁO THUỐC TRÁNH THAI (MỘT NANG; NHIỀU NANG)

1. ĐẠI CƯƠNG

Thuốc tránh thai (TTT) một nang, nhiều nang là biện pháp tránh thai tạm thời, dài hạn (3 - 5 năm), có chứa progestin (Etonogestrel, Levonogestrel).

2. CHỈ ĐỊNH

2.1. Chỉ định cấy TTT

- Phụ nữ muốn sử dụng một biện pháp tránh thai dài hạn có hồi phục.

- Bệnh lý tuyến cơ tử cung lành tính (u xơ, lạc nội mạc tử cung khi chưa có chỉ định phẫu thuật).

2.2. Chỉ định tháo TTT (áp dụng cho TTT không lạc chỗ)

- Có thai

- Áp xe, nhiễm khuẩn tại vị trí cấy TTT.

- Ra máu âm đạo kéo dài sau cấy TTT không kiểm soát được.

- Hết hạn sử dụng TTT.

- Muốn sinh con.

- Muốn dùng biện pháp tránh thai khác, không muốn tiếp tục sử dụng TTT.

- Trong thời gian sử dụng TTT xuất hiện các bệnh: tăng huyết áp kéo dài và khó kiểm soát, các khối u ác tính, tắc mạch.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Chống chỉ định cấy TTT

3.1.1. Tuyệt đối

- Có thai.

- Đang bị ung thư vú.

3.1.2. Tương đối

- Đang bị thuyên tắc tĩnh mạch sâu, thuyên tắc phổi hoặc đã từng hoặc đang bị tai biến mạch máu não hoặc thiếu máu cơ tim.

- Đang bị Lupus ban đỏ hệ thống và có kháng thể kháng phospholipid (hoặc không làm xét nghiệm).

- Ra máu âm đạo bất thường chưa được chẩn đoán nguyên nhân.

- Đã từng bị ung thư vú và không có biểu hiện tái phát trong vòng 5 năm trở lại.

- Đang bị xơ gan mất bù, u tuyến tế bào gan, ung thư gan.

- Đau nửa đầu, không có tiền triệu.

- Có tiền sử vô kinh hoặc kỳ kinh bất thường. Phụ nữ có tiền sử kinh nguyệt không đều hoặc trên 45 tuổi không nên dùng Femplant.

3.2. Chống chỉ định tháo TTT:

- Không xác định chắc chắn vị trí thuốc cấy tránh thai

- Rối loạn đông máu chưa kiểm soát được

4. THẬN TRỌNG

4.1. Cấy thuốc tránh thai

Cần cân nhắc với các trường hợp:

- Có khối u ở vú chưa được chẩn đoán.
- Cho con bú dưới 6 tuần sau sinh.
- Bệnh tiểu đường, huyết áp cao.
- Trầm cảm.
- Đau nửa đầu, không có tiền triệu.
- HIV đang điều trị ARV đang điều trị có tương tác thuốc.

4.2. Tháo thuốc tránh thai

Thận trọng trong các trường hợp

- Nhiễm trùng cấp tính (vùng da đang bị viêm tấy, áp xe hoặc có mủ) tại vị trí cấy thuốc tránh thai (điều trị kháng sinh trước rồi tháo)
- Nghi ngờ TTT lạc chỗ (di lệnh) hay đã từng tháo TTT thất bại

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ thực hiện thủ thuật: 01
- Điều dưỡng phụ thủ thuật và dụng cụ: 01

5.2. Thuốc

- Thuốc gây tê tại chỗ (Lidocain, Xylocain 1%...), thuốc cầm máu (Acid tranexamic), giảm đau (Fentanyl, Ibuprofen…) dịch truyền (Glucose, Ringer Lactat, Gelofusine…), thuốc chống sốc, hồi sức cấp cứu (Adrenalin, Diphenhydramine, Methylprednisolone…

5.3. Thiết bị y tế

- Hóa chất (Povidone-iodine, cồn 70), nước cất, gạc, bông, băng chun, bơm tiêm, kim tiêm, dây truyền, chỉ khâu liền kim, Oxy, dây thở Oxy, bộ đồ vải
- Thiết bị cấy TTT và các TTT (nang) tránh thai.
- Bộ dụng cụ tháo TTT, bộ dụng cụ khâu…
- Hộp thuốc dự phòng chống sốc.
- Bàn, giường làm thủ thuật, ghế, đèn chuyên khoa làm thủ thuật, Mornitor theo dõi mạch, huyết áp, nhiệt độ.
- Đồ vải

+ Quần, áo công tác
+ Quần, áo thủ thuật
+ Quần áo người bệnh
+ Săng phẫu thuật / thủ thuật

- Mũ khẩu trang y tế

5.4. Người bệnh (Cho cả trường hợp cấy và tháo TTT)

- Thăm khám và làm các xét nghiệm cần thiết trước khi cấy, tháo TTT.
- Tư vấn khách hàng (trước, trong, sau cấy (tháo) TTT, quy trình, các bước thực hiện thủ thuật, tai biến, nguy cơ...)
- Thời điểm thực hiện cấy TTT (bất cứ thời điểm nào phải loại trừ có thai), tháo TTT theo - chỉ định (phần chỉ định tháo TTT).

5.5. Hồ sơ bệnh án: Điền đầy đủ thông tin hành chính, ký cam kết

5.6. Thời gian thực hiện: 0,33 giờ (20p)

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng thủ thuật hoặc phòng khám phụ khoa

5.8. Kiểm tra hồ sơ

a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá chính xác thông tin người bệnh, xét nghiệm, chẩn đoán, kỹ thuật thực hiện, ký xác nhận của người bệnh, vị trí thực hiện kỹ thuật

b) Thực hiện theo bảng kiểm an toàn kỹ thuật trước, trong, sau khi thực hiện kỹ thuật.

c) Đặt tư thế người bệnh: người bệnh nằm ngửa, gập khủy tay không thuận lại và hướng ra ngoài, lên trên.

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Cấy TTT

6.1.1. Bước 1: Xác định cấy trên cánh tay không thuận ở mặt trong cánh tay, trên điểm lồi cầu trong xương cánh tay 8 - 10 cm, trên cơ tam đầu.

6.1.2. Bước 2: Gây tê lidocain 1% dọc đường cấy TTT.

6.1.3. Bước 3: Thực hiện cấy que vào đúng vị trí theo hướng dẫn của nhà sản xuất TTT.

6.1.4. Bước 4: Kiểm tra sự hiện diện của TTT (nằm lớp mỡ dưới da) sau cấy TTT.

6.1.5. Bước 5: Băng ép bằng gạc vô khuẩn, tháo sau 24 giờ.

6.1.6. Bước 6: Kết thúc quy trình

- Đánh giá toàn trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật: Mạch, nhiệt độ, huyết áp, vị trí cấy TTT

- Hoàn thiện hồ sơ cấy TTT, lưu hồ sơ

- Bàn giao người bệnh theo dõi sau cấy TTT

6.2. Tháo TTT

6.2.1. Bước 1: Định vị TTT và đánh dấu đầu dưới TTT (nơi gần khuỷu tay nhất).

6.2.2. Bước 2: Gây tê vùng da định rạch, gây tê phía dưới TTT.

6.2.3. Bước 3: Rạch da khoảng 2 mm phía đầu TTT gần khuỷu tay lấy TTT (đảm bảo lấy hết và toàn vẹn TTT).

6.2.4. Bước 4: Băng ép bằng gạc vô khuẩn tháo sau 24 giờ.

6.1.5. Bước 5: Kết thúc quy trình

- Đánh giá toàn trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật: Mạch, nhiệt độ, huyết áp, vị trí cấy TTT

- Hoàn thiện hồ sơ cấy TTT, lưu hồ sơ

- Bàn giao người bệnh theo dõi sau tháo TTT

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Theo dõi 30 phút sau thủ thuật: toàn trạng, vi trí cấy (tháo), xuất viện khi ổn định.

- Hẹn khám lại: Sau một tháng, ba tháng, mỗi năm (cho các trường hợp cấy TTT).

- Hẹn khám lại khi có các dấu hiệu bất thường sau cấy TTT hoặc tháo TTT hay muốn tháo TTT (cho các trường hợp cấy TTT).

7.1. Tai biến trong cấy hay tháo TTT

Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc, chảy máu: băng ép, khâu cầm máu

7.2. Tai biến sau cấy, tháo TTT (tại vị trí cấy, tháo TTT).

Đau, tụ máu, chảy máu sau khi cấy (tháo): Giảm đau, băng ép, khâu.

7.3 Biến chứng muộn (tại vị trí cấy, tháo TTT).

- Nhiễm khuẩn vị trí cấy (đau, nóng, đỏ) hoặc áp xe (có mủ) - ít gặp.

+ Viêm: Sát trùng, kháng sinh, nếu không đỡ thì tháo TTT (cho cấy TTT).

+ Áp xe: Sát trùng, chích dẫn lưu mủ, kháng sinh, tháo TTT (cho cấy TTT).

- Rối loạn kinh nguyệt sau cấy TTT

+ Vô kinh: Vô kinh là bình thường khi cấy TTT.

+ Ra máu thấm giọt hoặc kinh nguyệt không đều. Phần nhiều sẽ hết sau vài tháng.

+ Ra máu quá nhiều (từ gấp đôi bình thường trở lên) hoặc kéo dài (từ 8 ngày trở lên) ít gặp. Phần nhiều sẽ hết sau vài tháng. Có thể sử dụng viên thuốc tránh thai kết hợp, thuốc giảm đau chống viêm không steroid - NSAID, thuốc cầm máu. Nếu không kết quả tháo TTT.

- Có thể hiếm gặp một số tác dụng phụ khác khi cấy TTT: tăng cân, trứng cá, khô âm đạo…Tư vấn theo dõi, nếu người bệnh không muốn tiếp tục thì tháo TTT.

66. ĐẶT DỤNG CỤ TỬ CUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Đặt dụng cụ tử cung (DCTC) là một phương pháp đưa dụng cụ tử cung vào buồng tử cung nhằm tránh thai tạm thời và hiệu quả hoặc điều trị một số bệnh lý phụ khoa.

2. CHỈ ĐỊNH

- Phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ, mong muốn áp dụng một biện pháp tránh thai tạm thời, dài hạn, hiệu quả cao.

- Đặt DCTC để điều trị một số bệnh lý phụ khoa: lạc nội mạc tử cung, u xơ tử cung nhỏ, quá sản lành tính niêm mạc tử cung.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Chống chỉ định tuyệt đối

- Có thai.

- Nhiễm khuẩn hậu sản.

- Ngay sau sẩy thai nhiễm khuẩn.

- Ra máu âm đạo chưa được chẩn đoán nguyên nhân.

- Bệnh nguyên bào nuôi ác tính hoặc có tình trạng βhCG vẫn gia tăng.

- Ung thư cổ tử cung, ung thư niêm mạc tử cung.

- Đang bị ung thư vú (chỉ đối với DCTC giải phóng levonorgestrel).

- U xơ tử cung gây biến dạng buồng tử cung hoặc các dị dạng khác làm biến dạng đáng kể buồng tử cung.

- Đang viêm tiểu khung.

- Đang viêm mủ cổ tử cung hoặc nhiễm Chlamydia, lậu cầu.

- Lao vùng chậu.

3.2. Chống chỉ định tương đối

- Trong khoảng thời gian từ 48 giờ đến 4 tuần đầu sau sinh (kể cả sinh bằng phẫu thuật).

- Bệnh nguyên bào nuôi lành tính có tình trạng tình trạng βhCG giảm dần.

- Ung thư buồng trứng.

- Có nguy cơ bị nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục cao.

- Bệnh HIV/AIDS giai đoạn III, IV chưa được điều trị ổn định.

- Chỉ đối với DCTC có đồng:

+ Giảm tiểu cầu trầm trọng.

- Chỉ đối với DCTC giải phóng levonorgestrel:

+ Đang bị thuyên tắc mạch.

+ Đang hoặc đã bị thiếu máu cơ tim.

+ Chứng đau nửa đầu nặng có tiền triệu.

+ Đang bị xơ gan mất bù có giảm chức năng gan trầm trọng, hoặc u tuyến tế bào gan, ung thư gan.

+ Đã từng bị ung thư vú và không có biểu hiện tái phát trong 5 năm trở lại.

+ Đang bị bệnh lupus ban đỏ hệ thống và có kháng thể kháng phospholipid.

4. THẬN TRỌNG

Trong trường hợp có tiền sử mổ đẻ, cổ tử cung treo cao hoặc tư thế tử cung gập sau.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- Thủ thuật viên chính: Bác sĩ hoặc hộ sinh, y sỹ sản nhi: 01

- Thủ thuật viên phụ: Hộ sinh, điều dưỡng hoặc KTV: 01

5.2. Thuốc

- Thuốc giảm đau (NSAIDs), thuốc chuẩn bị cổ tử cung - Misoprostol (trong các trường hợp cổ tử cung chít, hẹp), thuốc giảm co…

5.3. Thiết bị y tế

- Dụng cụ tử cung (nguyên vẹn, còn hạn sử dụng)

- Phương tiện bảo hộ
+ Áo choàng y tế
+ Mũ
+ Khẩu trang
+ Găng tay vô khuẩn
- Khăn vải trải vô khuẩn
- Bông hoặc gạc sát khuẩn
- Dung dịch sát khuẩn
- Bộ dụng cụ
+ Pince sát khuẩn
+ Van âm đạo
+ Kẹp pozzi
+ Ống hút nhựa số 4 - 5 hoặc thước đo tử cung
+ Bộ nong cổ tử cung
+ Kéo
- Bàn khám phụ khoa
- Đèn khám phụ khoa
- Máy siêu âm 2D
- Đồ vải
+ Quần, áo công tác
+ Quần, áo thủ thuật
+ Quần áo người bệnh
+ Săng phẫu thuật / thủ thuật

5.4. Người bệnh

- Tư vấn và cung cấp thông tin về DCTC (Hiệu quả, tác dụng phụ, nguy cơ và tai biến...)
- Thăm khám trước khi áp dụng biện pháp (phát hiện chống chỉ định)
- Tư vấn thời điểm đặt DCTC
- Tư vấn về quy trình đặt DCTC, chăm sóc theo dõi, khám lại sau khi áp dụng biện pháp
- Thông tin về khả năng có thai lại sau khi tháo DCTC
- Có thể sử dụng thuốc giảm đau trước khi đặt DCTC 30 phút
- Đi tiểu
- Chuẩn bị tư thế nằm: tư thế phụ khoa

5.5. Hồ sơ bệnh án: Ghi chép hồ sơ bệnh án

5.6. Thời gian thực hiện: Ước tính 0,25 - 1 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng thủ thuật hoặc phòng khám phụ khoa hoặc phòng đẻ

5.8. Kiểm tra hồ sơ

- Kiểm tra người bệnh: theo quy trình đối chiếu đúng người bệnh
- Thực hiện bảng kiểm kỹ thuật
- Người bệnh được hướng dẫn nằm tư thế sản khoa

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Bộc lộ âm đạo - cổ tử cung

- Sát khuẩn bộ phận sinh dục ngoài.
- Bộc lộ âm đạo bằng van.
- Sát khuẩn cổ tử cung và âm đạo.

6.2. Bước 2: Đo buồng tử cung

- Cặp cổ tử cung bằng kẹp Pozzi vị trí 12 giờ và kéo xuống.
- Đo buồng tử cung.

6.3. Bước 3: Chuẩn bị dụng cụ tử cung

- Mở túi chứa bộ dụng cụ. Thao tác theo dướng dẫn của từng lọai DCTC để hai cành ngang DCTC lọt vào trong ống đặt (cần đặt).

- Chỉnh lại nấc đánh dấu trên ống đặt (cần đặt) bằng chiều dài buồng tử cung.

6.4. Bước 4: Đặt dụng cụ tử cung

- Kẹp cổ tử cung bằng kìm Pozzi, kéo nhẹ để cổ tử cung thẳng so với buồng tử cung.

- Nhẹ nhàng đẩy ống đặt (cần đặt) qua ống cổ tử cung vào buồng tử cung cho đến khi nấc đánh dấu (DCTC chứa đồng, chứa bạc), cách lỗ ngoài cổ tử cung 1,5-2 cm (DCTC chứa nội tiết).

- Giữ ống đặt (cần đặt) và giải phóng cành ngang của DCTC ra khỏi ống đặt (cần đặt) tiếp theo giải phóng toàn bộ DCTC ra khỏi ống đặt (cần đặt) nằm đúng vị trí trong buồng tử cung (thao tác theo hướng dẫn của từng loại DCTC)

- Rút ống đặt (cần đặt) ra khỏi BTC.

- Cắt ngắn dây DCTC để lại bên ngoài tử cung 2 - 3cm. Tháo kẹp Pozzi.

6.5. Bước 5: Kiểm tra

- Kiểm tra chảy máu

- Sát khuẩn lại cổ tử cung, âm đạo

- Tháo van

- Thông báo cho khách hàng biết đã tiến hành xong thủ thuật.

6.6. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau kỹ thuật: mạch, huyết áp, nhịp thở, tri giác, chảy máu âm đạo

- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ

- Hướng dẫn người bệnh theo dõi ngoại trú, hẹn tái khám.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Giảm đau: Có thể dùng các thuốc nhóm NSAIDs hoặc acetaminophen sau thủ thuật, giảm co, hạn chế dùng kháng sinh nếu không cần thiết

- Kiêng giao hợp 7 ngày

- Hẹn khám lại: Sau một tháng, ba tháng.

- Hẹn khám lại khi có các dấu hiệu bất thường: đau bụng nhiều, ra máu nhiều hay kéo dài, sốt, ra dịch âm đạo hôi...

7.1. Ra máu nhiều hoặc kéo dài *(>8 ngày hoặc gấp đôi lượng máu kinh bình thường).*

- Giảm đau, cho kháng sinh nếu nhiễm khuẩn. Nếu đặt DCTC chứa nội tiết: Có thể sử dụng thuốc tránh thai kết hợp hay thuốc có thành phần ethinyl estradiol mỗi ngày, trong 21 ngày, NSAIDs. Nếu không kết quả thì tháo DCTC.

- Nếu ra máu nhiều đến mức đe dọa đến sức khỏe: tháo DCTC và hướng dẫn chọn biện pháp tránh thai khác.

7.2. Thủng tử cung

- Kháng sinh, thuốc tăng co tử cung và theo dõi nếu toàn trạng ổn định

- Nếu có dấu hiệu ngoại khoa, chảy máu trong ổ bụng: Phẫu thuật cầm máu, khâu lỗ thủng và kiểm tra tổn thương các tạng khác trong ổ bụng.

7.3. Nhiễm khuẩn Kháng sinh, nếu không đỡ tháo DCTC.

7.4. Đau bụng Giảm co, giảm đau Non - Steroid.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản, phần kế hoạch hóa gia đình và phá thai an toàn - BYT - Hà Nội 2016

2. World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 6th edition. Geneva: World Health Organization; 2024.

3. World Health Organization. Selected practice recommendations for contraceptive use. 4th edition. Geneva: World Health Organization; 2025.

67. THÁO DỤNG CỤ TỬ CUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Dụng cụ tử cung là một biện pháp tránh thai tạm thời và hiệu quả. Dụng cụ tử cung có hai loại:

- Loại dụng cụ tử cung có chứa đồng và bạc (TCu 380A có tác dụng tránh thai 8- 10 năm và Mutiload 375 có tác dụng trong 5 năm. Silverline Cu 380 Ag có tác dụng tránh thai trong 5 năm)

- Loại dụng cụ tử cung giải phóng Levonogestrel chứa 52 mg Levonogestrel, giải phóng 20mcg hoạt chất/ngày tác dụng tối đa 5 năm

2. CHỈ ĐỊNH

+ Có thai (nếu thấy dây DCTC mới được tháo).

+ Ra nhiều máu.

+ Đau bụng dưới nhiều.

+ Nhiễm khuẩn tử cung hoặc tiểu khung (triệu chứng lâm sàng không cải thiện sau 48-72 giờ điều trị kháng sinh đúng phác đồ).

+ Phát hiện tổn thương ác tính hoặc nghi ngờ ác tính ở tử cung, cổ tử cung.

+ DCTC bị tụt thấp.

+ Đã mãn kinh (sau khi mất kinh 12 tháng trở lên).

+ DCTC đã hết hạn

+ Muốn có thai trở lại.

+ Muốn dùng một BPTT khác.

+ Thấy không cần dùng BPTT nào nữa.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính vùng chậu (PID) chưa điều trị kháng sinh ổn định

- Đang trong giai đoạn nặng các bệnh lý toàn thân

4. THẬN TRỌNG

- Nghi ngờ hoặc đang có thai nhưng muốn giữ thai

- Các trường hợp vòng mất dây, có di lệch nằm 1 phần trong cơ tử cung

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Thỷ thuật viên chính: Bác sĩ hoặc hộ sinh hoặc y sỹ sản nhi: 01

- Người phụ: Hộ sinh hoặc điều dưỡng hoặc kỹ thuật viên: 01

5.2. Thuốc

- Thuốc giảm đau (NSAIDs), thuốc chuẩn bị cổ tử cung - Misoprostol (trong các trường hợp cổ tử cung chít, hẹp), thuốc giảm co…

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ:

+ Áo choàng y tế

+ Mũ

+ Khẩu trang

+ Găng tay vô khuẩn

- Khăn vải trải vô khuẩn

- Bông hoặc gạc sát khuẩn

- Dung dịch sát khuẩn

- Bộ dụng cụ

+ Pince sát khuẩn

+ Van âm đạo

+ Kẹp pozzi

+ Nong cổ tử cung

+ Panh thẳng

+ Dụng cụ móc vòng

- Bàn khám phụ khoa

- Đèn khám phụ khoa

- Máy siêu âm 2D

- Đồ vải

+ Quần, áo công tác

+ Quần, áo thủ thuật

+ Quần áo người bệnh

+ Săng phẫu thuật / thủ thuật

5.4. Người bệnh

- Được tư vấn về DCTC đang áp dụng - thăm khám trước khi tháo DCTC

- Tư vấn về thời điểm tháo DCTC

- Tư vấn về quy trình tháo DCTC (Nguy cơ, tai biến…)

- Hướng dẫn cách chăm sóc, theo dõi sau tháo DCTC và khả năng có thai lại

- Cho khách hàng đi tiểu

- Để khách hàng nằm trên bàn theo tư thế phụ khoa

5.5. Hồ sơ bệnh án Ghi chép hồ sơ bệnh án

5.6. Thời gian thực hiện: Ước tính 0,25 - 0,5 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng thủ thuật hoặc phòng khám phụ khoa

5.8. Kiểm tra hồ sơ

- Kiểm tra người bệnh: theo quy trình đối chiếu đúng người bệnh

- Thực hiện bảng kiểm kỹ thuật

- Người bệnh được hướng dẫn nằm tư thế sản khoa

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Bước 1: Bộc lộ âm đạo - cổ tử cung

- Sát khuẩn bộ phận sinh dục ngoài.

- Bộc lộ âm đạo bằng van.

- Sát khuẩn cổ tử cung và âm đạo.

6.2. Bước 2: Lấy DCTC

- Dùng panh kẹp vào dây DCTC kéo nhẹ, lấy DCTC ra khỏi tử cung

- Các loại dụng cụ tử cung (Tcu 380A, Silverline Cu 380 Ag, Multiload 375 và Mirena) đều có dây nên chỉ cần dùng kẹp cặp vào 2 dây nhẹ nhàng kéo ra là được. Nếu không thấy dây phải nong cổ tử cung dùng panh hình tim, móc vòng hoặc panh dài, không có răng cặp và kéo dụng cụ tử cung

Bước 3: Kiểm tra

- Kiểm tra chảy máu

- Sát khuẩn lại cổ tử cung, âm đạo

- Tháo van

- Thông báo cho khách hàng biết đã tiến hành xong thủ thuật.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Sau khi lấy DCTC theo dõi người bệnh 30 phút (toàn trạng: mạch, nhiệt độ, huyết áp), tình trạng ra máu âm đạo

- Có thể cho giảm đau (thuốc nhóm NSAIDs hoặc acetaminophen) nếu cần, kháng sinh nếu có nguy cơ nhiễm khuẩn

- Khám lại ngay khi chưa có dấu hiệu bất thường như đau bụng nhiều, ra máu nhiều kéo dài, âm đạo ra dịch hôi…

7.2. Xử trí tai biến

- Biến chứng do tháo dụng cụ tử cung rất ít. Tuy nhiên, một số biến chứng có thể gặp:

thủng tử cung, nhiễm khuẩn, chảy máu nhiều…

+ Thủng tử cung: phẫu thuật khâu lỗ thủng

+ Nhiễm khuẩn: điều trị kháng sinh

+ Ra máu nhiều tìm nguyên nhân và xử trí theo nguyên nhân

68. PHÁ THAI NỘI KHOA DƯỚI 7 TUẦN

1. ĐẠI CƯƠNG

Phá thai nội khoa dưới 7 tuần là phương pháp chấm dứt thai kỳ trong tử cung bằng cách sử dụng phối hợp Mifepristone và Misoprostol gây sẩy thai cho các thai dưới 7 tuần tuổi (49 ngày chậm kinh).

2. CHỈ ĐỊNH

Thai trong tử cung với tuổi thai dưới 7 tuần tuổi (49 ngày chậm kinh).

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Tuyệt đối

- Suy tuyến thượng thận mãn tính (do Mifepristone có cơ chế đối kháng thụ thể Glucocorticoid).

- Rối loạn chuyển hóa Porphyria di truyền (do đột biến gen làm thiếu hụt enzyme trong quá trình tổng hợp heme).

- Tiền sử dị ứng với Mifepristone, Misoprostol.

3.2. Tương đối

- Đang điều trị Corticoid toàn thân lâu dài (Mifepristone đối kháng tác dụng của Corticoid).

- Rối loạn đông máu hoặc đang dùng thuốc chống đông (nguy cơ chảy máu kéo dài nhưng không làm giảm hiệu quả phá thai).

- Thiếu máu nặng (Hb < 70 g/l) (cân nhắc truyền máu hoặc nâng cao thể trạng).

- Các bệnh lý tim mạch, hen suyễn đã được kiểm soát tốt (thực hiện tại cấp chuyên sâu).

- Đang viêm nhiễm đường sinh dục cấp tính (cần được điều trị ổn).

- Dị dạng sinh dục (thực hiện tại cấp chuyên sâu).

- Sẹo mổ trên cơ tử cung (cân nhắc giảm liều Misoprostol và tăng khoảng cách thời gian giữa các lần dùng thuốc và thực hiện tại cấp chuyên sâu).

- Dụng cụ tử cung (IUD): phải tháo DCTC trước khi dừng thuốc.

4. THẬN TRỌNG

- Đang cho con bú.

- Điều kiện áp dụng: người bệnh có thể tới được cơ sở y tế trong vòng 60 phút.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 01

- Hộ sinh: 01

5.2. Thuốc

- Thuốc Mifepristone, Misoprostol, thuốc gây tê (Lidocaine), thuốc co tử cung (Oxytocin, Ergometrine, Duratocin…) thuốc cầm máu (Acid tranexamic), giảm đau (Fentanyl, Ibuprofen…) dịch truyền (Glucose, Ringer Lactat, Gelofusine…), thuốc chống sốc, hồi sức cấp cứu (Adrenalin, Diphenhydramine, Methylprednisolone…

5.3. Thiết bị y tế

- Hóa chất (Povidone-iodine, cồn 70º), gạc, bông, mét, bơm tiêm, kim tiêm, dây truyền, chỉ khâu tự tiêu liền kim, oxy, dây thở oxy, bộ đồ vải, sông tiểu, túi đựng nước tiểu…

- Bộ hút thai chân không cho thai dưới 7 tuần, bộ dụng cụ khám phụ khoa, bộ kiểm tra đường

dưới, bộ dung cụ khâu cổ tử cung, bộ nong cổ tử cung…

- Bàn tư vấn, bàn khám, bàn làm thủ thuật, ghế ngồi, đèn chuyên khoa làm thủ thuật, máy siêu âm, Mornitor theo dõi mạch, huyết áp, nhiệt độ, hệ thống xử lý dụng cụ và chất thải y tế, hệ thống xử lý mô (đèn soi mô, giá lọc rửa mô, khay đựng mô…)…

- Đồ vải

+ Quần, áo công tác

+ Quần, áo thủ thuật

+ Quần áo người bệnh

+ Săng phẫu thuật / thủ thuật

- Mũ, khẩu trang y tế

5.4. Người bệnh

- Khám sàng lọc khách hàng.

+ Hỏi tiền sử, khám toàn thân, khám sản phụ khoa.

+ Tính tuổi thai: ngày đầu tiên của kỳ kinh cuối cùng (kinh đều).

+ Siêu âm, làm thêm các xét nghiệm khác nếu cần.

- Tư vấn.

+ Tư vấn về quyết định chấm dứt thai nghén.

+ Giới thiệu hiệu quả của phá thai bằng thuốc và khẳng định khách hàng phải chấp nhận hút thai nếu phá thai bằng thuốc thất bại.

+ Giới thiệu các dùng thuốc.

- Tư vấn cách tự theo dõi và tự chăm sóc sau sử dụng thuốc phá thai.

+ Giới thiệu các tác dụng phụ của thuốc phá thai và cách xử lý.

+ Nhấn mạnh các triệu chứng bất thường: ra máu nhiều, sốt, đau bụng tăng lên, ra dịch âm đạo hôi bẩn.

+ Cung cấp thông tin liên lạc trong tình huống cấp cứu.

+ Cung cấp khả năng có thai lại sau phá thai bằng thuốc.

5.5. Hồ sơ bệnh án

Điền đầy đủ thông tin hành chính. Ký cam kết phá thai (tuổi vị thành niên phải có đơn cam kết của bố hoặc mẹ hoặc người đại diện của người bệnh).

5.6. Thời gian thực hiện 0.75 giờ (45 - 50 phút)

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng thủ thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ

a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá chính xác thông tin người bệnh, xét nghiệm, chẩn đoán, kỹ thuật thực hiện, ký xác nhận của người bệnh

b) Thực hiện theo bảng kiểm an toàn kỹ thuật trước, trong, sau khi thực hiện kỹ thuật.

c) Đặt tư thế người bệnh: người bệnh sau uống thuốc Mifepriston được nằm theo dõi tại buồng bệnh 30 phút. Thăm khám người bệnh theo tư thế sản khoa.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Hướng dẫn người bệnh uống thuốc theo phác đồ phá thai nội khoa.

6.1. Bước 1

Uống 1 viên Mifepriston 200 mg tại bệnh viện.

6.2. Bước 2

Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, tình trạng toàn thân trong vòng 30 phút tại bệnh viện, sau đó về nhà tự theo dõi.

6.3. Bước 3

Sau 24 - 48 giờ, uống hoặc ngậm dưới lưỡi 400µcg Misoprostol tại nhà

Lưu ý: Nôn sau uống Mifepriston: nếu thời điểm nôn trên 30 phút thì không cần uống lại thuốc.

6.4. Kết thúc quy trình.

- Đánh giá toàn trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật: Mạch, nhiệt độ, huyết áp sau uống

thuốc Mifepriston sau 30 phút, ổn định cho người bệnh về. Hướng dẫn cách theo dõi, chăm sóc tại nhà, cách ghi nhật ký, ngâm hay uống Misoprostol sau 24 - 48h.

- Hoàn thiện hồ sơ phá thai nội khoa dưới 7 tuần, lưu hồ sơ (khuyến cáo sau 2 tuần khám lại, xác nhận phá thai hoàn toàn)

- Bàn giao người bệnh theo dõi sau uống Mifepriston (theo dõi 30 phút tại cơ sở y tế).

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Theo dõi tại bệnh viện

- Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp 15 phút/ 1 lần.

- Theo dõi tác dụng không mong muốn của thuốc Mifepriston.

Theo dõi tại nhà

- Tự theo dõi tình trạng ra máu, nếu ra máu nhiều thì đến ngay cơ sở y tế.

- Theo dõi tình trạng sẩy thai.

- Theo dõi tình trạng: đau bụng và các tác dụng phụ của thuốc.

Khuyến cáo khám lại sau 2 tuần

- Đánh giá hiệu quả điều trị: qua khám lâm sàng và siêu âm

7.1. Tai biến trong khi thực hiện phá thai nội khoa dưới 7 tuần

- Sốc sau sử dụng thuốc phá thai: Xử trí theo phác đồ chống sốc.

- **Chảy máu nhiều** (ướt đẫm 2 băng vệ sinh trong 1 giờ và kéo dài 2 giờ liên tiếp, có máu đông, máu cục):

+ Khi không ảnh hưởng toàn trạng (mạch, huyết áp ổn định):

Nếu thấy sẩy thai tiến triển, rau thai thập thò cổ tử cung thì dùng kìm hình tim gắp rau và cho thuốc co tử cung: oxytocin, ergometrine…

Nếu ứ dịch buồng tử cung nhiều thì hút buồng tử cung, co tử cung.

+ Khi có ảnh hưởng toàn trạng: vừa hồi sức vừa thực hiện thủ thuật.

7.2. Tai biến sau phá thai nội khoa dưới 7 tuần

- Rong huyết kéo dài (trên 15 ngày): Xác định nguyên nhân, xử trí theo nguyên nhân.

- **Nhiễm khuẩn - viêm niêm mạc tử cung, viêm cơ tử cung, viêm phần phụ, viêm phúc mạc tiểu khung, nhiễm khuẩn huyết…(**rất hiếm khi xảy ra). Xử trí: Kháng sinh liều cao hoặc phối hợp. Hút buồng tử cung nếu cần.

- Sót thai (thai lưu, thai tiếp tục phát triển), sót rau. Xử trí: Hút buồng tử cung, thuốc co hồi tử cung, cho kháng sinh.

7.3. Biến chứng muộn

- Mất kinh (xử trí theo phác đồ mất kinh sau phá thai - theo nguyên nhân)

- Dính buồng tử cung (ít xảy ra): Xử trí tách dính buồng tử dưới siêu âm, soi buồng tử cung tách dính…

- Vô sinh (tắc vòi trứng). Xử trí theo nguyên nhân điều trị vô sinh.

69. PHÁ THAI NỘI KHOA TỪ 7 TUẦN ĐẾN HẾT 9 TUẦN

1. ĐẠI CƯƠNG

Phá thai nội khoa cho tuổi thai từ 7 tuần đến hết 9 tuần là phương pháp chấm dứt thai kỳ trong tử cung bằng cách sử dụng phối hợp Mifepristone và Misoprostol gây sẩy thai cho các thai từ 7 tuần đến hết 9 tuần tuổi (63 ngày).

2. CHỈ ĐỊNH

Thai trong tử cung với tuổi thai từ 7 tuần đến hết 9 tuần

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Tuyệt đối

- Suy tuyến thượng thận mãn tính (do Mifepristone có cơ chế đối kháng thụ thể

Glucocorticoid).

- Rối loạn chuyển hóa Porphyria di truyền (do đột biến gen làm thiếu hụt enzyme trong quá trình tổng hợp heme).

- Tiền sử dị ứng với Mifepristone, Misoprostol.

3.2. Tương đối

- Đang điều trị Corticoid toàn thân lâu dài (Mifepristone đối kháng tác dụng của Corticoid).

- Rối loạn đông máu hoặc đang dùng thuốc chống đông (nguy cơ chảy máu kéo dài nhưng không làm giảm hiệu quả phá thai).

- Thiếu máu nặng (Hb < 70 g/l) (cân nhắc truyền máu hoặc nâng cao thể trạng).

- Các bệnh lý tim mạch, hen suyễn đã được kiểm soát tốt (thực hiện tại cấp chuyên sâu).

- Đang viêm nhiễm đường sinh dục cấp tính (cần được điều trị ổn).

- Dị dạng sinh dục (thực hiện tại cấp chuyên sâu).

- Sẹo mổ trên cơ tử cung (cân nhắc giảm liều Misoprostol và tăng khoảng cách thời gian giữa các lần dùng thuốc và thực hiện tại cấp chuyên sâu).

- Dụng cụ tử cung (IUD): phải tháo DCTC trước khi dừng thuốc.

4. THẬN TRỌNG

- Đang cho con bú.

- Điều kiện áp dụng: người bệnh có thể tới được cơ sở y tế trong vòng 60 phút.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 01

- Hộ sinh hay điều dưỡng: 01

5.2. Thuốc

- Thuốc Mifepristone, Misoprostol, thuốc gây tê (Lidocaine), thuốc co tử cung (Oxytocin, Ergometrine, Duratocin…) thuốc cầm máu (Acid tranexamic), giảm đau (Fentanyl, Ibuprofen…) dịch truyền (Glucose, Ringer Lactat, Gelofusine…), thuốc chống sốc, hồi sức cấp cứu (Adrenalin, Diphenhydramine, Methylprednisolone…

5.3. Thiết bị y tế

- Hóa chất (Povidone-iodine, cồn 70), gạc, bông, mét, bơm tiêm, kim tiêm, dây truyền, chỉ khâu tự tiêu liền kim, Oxy, dây thở Oxy, bộ đồ vải, sông tiểu, túi đựng nước tiểu….

- Bộ hút thai chân không cho thai từ 7 tuần đến 12 tuần, bộ dụng cụ khám phụ khoa, bộ kiểm tra đường dưới, bộ dung cụ khâu cổ tử cung, bộ nong cổ tử cung…

- Bộ hộp chống sốc.

- Giường nằm, bàn tư vấn, bàn khám, bàn làm thủ thuật, ghế ngồi, đèn chuyên khoa làm thủ thuật, máy siêu âm, Mornitor theo dõi mạch, huyết áp, nhiệt độ, hệ thống xử lý dụng cụ và chất thải y tế, hệ thống xử lý mô (đèn soi mô, giá lọc rửa mô, khay đựng mô…)…

- Đồ vải

+ Quần, áo công tác

+ Quần, áo thủ thuật

+ Quần áo người bệnh

+ Săng phẫu thuật / thủ thuật

- Mũ, khẩu trang y tế

5.4. Người bệnh

- Khám sàng lọc khách hàng.

+ Hỏi tiền sử, khám toàn thân, khám sản phụ khoa.

+ Tính tuổi thai: ngày đầu tiên của kỳ kinh cuối cùng (kinh đều).

+ Siêu âm, làm thêm các xét nghiệm khác nếu cần.

- Tư vấn

+ Tư vấn về quyết định chấm dứt thai nghén.

+ Giới thiệu hiệu quả của phá thai bằng thuốc và khẳng định khách hàng phải chấp nhận hút thai nếu phá thai bằng thuốc thất bại.

+ Giới thiệu cách dùng thuốc.

- Tư vấn cách tự theo dõi và tự chăm sóc sau sử dụng thuốc phá thai.

+ Giới thiệu các tác dụng phụ của thuốc phá thai và cách xử lý.

+ Nhấn mạnh các triệu chứng bất thường: ra máu nhiều, sốt, đau bụng tăng lên, ra dịch âm đạo hôi bẩn.

+ Cung cấp thông tin liên lạc trong tình huống cấp cứu.

+ Cung cấp khả năng có thai lại sau phá thai bằng thuốc.

5.5. Hồ sơ bệnh án

Điền đầy đủ thông tin hành chính. Ký cam kết phá thai (tuổi vị thành niên phải có đơn cam kết của bố hoặc mẹ hoặc người đại diện của người bệnh).

5.6. Thời gian thực hiện 0.75 giờ (60 - 65 phút)

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng thủ thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ

a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá chính xác thông tin người bệnh, xét nghiệm, chẩn đoán, kỹ thuật thực hiện, ký xác nhận của người bệnh

b) Thực hiện theo bảng kiểm an toàn kỹ thuật trước, trong, sau khi thực hiện kỹ thuật.

c) Đặt tư thế người bệnh: người bệnh sau uống thuốc Mifepriston được nằm theo dõi tại buồng bệnh 30 phút. Sau 24 - 48 giờ người bệnh uống hay ngậm, đặt âm đạo Misoprostol theo dõi tại bệnh viện (nếu người bệnh muốn theo dõi tại bệnh viện). Thăm khám, đặt thuốc người bệnh theo tư thế sản khoa.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Hướng dẫn người bệnh uống thuốc theo phác đồ phá thai nội khoa.

6.1. Bước 1

Uống 1 viên Mifepriston 200 mg tại bệnh viện, theo dõi 30 phút, ổn định người bệnh về nhà.

6.2. Bước 2

Sau 24 - 48 giờ, uống hoặc ngậm dưới lưỡi 400µcg Misoprostol tại nhà

Lưu ý: Nôn khi uống Mifepriston: nếu thời điểm nôn trên 30 phút thì không cần uống lại thuốc.

6.3. Kết thúc quy trình.

- Đánh giá toàn trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật: Mạch, nhiệt độ, huyết áp sau uống thuốc Mifepriston sau 30 phút, ổn định cho người bệnh về. Hướng dẫn cách theo dõi, chăm sóc tại nhà, cách ghi nhật ký, ngâm hay uống Misoprostol sau 24 - 48h.

- Hoàn thiện hồ sơ phá thai nội khoa từ 7 tuần đến hết 9 tuần, lưu hồ sơ (khuyến cáo sau 2 tuần khám lại, xác nhận phá thai hoàn toàn)

- Bàn giao người bệnh theo dõi sau uống Mifepriston (theo dõi 30 phút tại cơ sở y tế).

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Theo dõi tại bệnh viện

+ Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp 15 phút/ 1 lần.

+ Theo dõi tác dụng không mong muốn của thuốc Mifepriston.

- Theo dõi tại nhà

+ Tự theo dõi tình trạng ra máu, nếu ra máu nhiều thì đến ngay cơ sở y tế.

+ Theo dõi tình trạng sẩy thai.

+ Theo dõi tình trạng: đau bụng và các tác dụng phụ của thuốc.

- Khuyến cáo khám lại sau 2 tuần

+ Đánh giá hiệu quả điều trị: qua khám lâm sàng và siêu âm

7.1. Tai biến trong khi thực hiện phá thai nội khoa dưới 7 tuần

- Sốc sau sử dụng thuốc phá thai: Xử trí theo phác đồ chống sốc.

- **Chảy máu nhiều** (ướt đẫm 2 băng vệ sinh trong 1 giờ và kéo dài 2 giờ liên tiếp, có máu

đông, máu cục).

+ Khi không ảnh hưởng toàn trạng (mạnh huyết áp ổn định):

Nếu thấy sẩy thai tiến triển, rau thai thập thò cổ tử cung thì dùng kìm hình tim gắp rau và cho thuốc co tử cung: Oxytocin, Ergometrine…

Nếu ứ dịch buồng tử cung nhiều thì hút buồng tử cung, co tử cung.

+ Khi có ảnh hưởng toàn trạng: vừa hồi sức vừa thực hiện thủ thuật.

7.2. Tai biến sau phá thai nội khoa dưới 7 tuần

- Rong huyết kéo dài (trên 15 ngày): Xác định nguyên nhân, xử trí theo nguyên nhân.

- Nhiễm khuẩn - viêm niêm mạc tử cung, viêm cơ tử cung, viêm phần phụ, viêm phúc mạc tiểu khung, nhiễm khuẩn huyết…(rất hiếm khi xảy ra). Xử trí: Kháng sinh liều cao hoặc phối hợp. Hút buồng tử cung nếu cần.

- Sót thai (thai lưu, thai tiếp tục phát triển), sót rau. Xử trí: Hút buồng tử cung, thuốc co hồi tử cung, cho kháng sinh.

7.3. Biến chứng muộn

- Mất kinh (xử trí theo phác đồ mất kinh sau phá thai - theo nguyên nhân)

- Dính buồng tử cung (ít xảy ra): Xử trí tách dính buồng tử dưới siêu âm, soi buồng tử cung tách dính…

- Vô sinh (tắc vòi trứng). Xử trí theo nguyên nhân điều trị vô sinh.

70. PHẪU THUẬT LẤY QUE CẤY TRÁNH THAI LẠC CHỖ

1. ĐẠI CƯƠNG

Que cấy tránh thai một nang, nhiều nang là biện pháp tránh thai tạm thời, dài hạn (3 - 5 năm), có chứa progestin (Etonogestrel, Levonogestrel).

Que cấy tránh lạc chỗ khi que cấy tránh thai không nằm hoàn toàn trong lớp mỡ dưới da mà một phần hay toàn bộ que cấy tránh thai nằm trong cân, cơ tam đầu, nhị đầu, cánh tay, có di lệch khỏi vị trí cấy.

2. CHỈ ĐỊNH

- Xác định rõ ràng que cấy tránh thai lạc chỗ bằng khám lâm sàng (sờ, nắn) không có liên quan đến thần kinh, mạch máu, di lệch ít khỏi vị trí và kèm theo một trong các chỉ định sau:

- Có thai

- Áp xe, nhiễm khuẩn tại vị trí cấy que cấy tránh thai.

- Ra máu âm dạo kéo dài sau cấy que cấy tránh thai không kiểm soát được.

- Hết hạn sử dụng que cấy tránh thai.

- Muốn sinh con.

- Muốn dùng biện pháp tránh thai khác. Không muốn tiếp tục sử que cấy tránh thai.

- Trong thời gian sử dụng que cấy tránh thai xuất hiện các bệnh: tăng huyết áp kéo dài và tăng lên, bệnh ác tính khối u ác tính, u phụ thuộc progesteron, tắc mạch.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH: Khi chưa xác định chính xác vị trí que cấy tránh thai.

4. THẬN TRỌNG

- Nhiễm trùng cấp tính (vùng da đang bị viêm tấy, áp xe hoặc có mủ) tại vị trí cấy thuốc tránh thai (điều trị kháng sinh trước rồi tháo)

- Nghi ngờ que cấy tránh thai lạc chỗ (di lệnh) hay đã từng tháo que cấy tránh thai thất bại

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 2 Bác sĩ (1 bác sĩ thực hiện thủ thuật, 1 phẫu thuật viên phụ),

- 1 Hộ sinh/điều dưỡng dụng cụ

5.2. Thuốc

- Thuốc gây tê tại chỗ (Lidocain, Xylocain 1%...), thuốc cầm máu (Acid tranexamic), giảm đau (Fentanyl, Ibuprofen…) dịch truyền (Glucose, Ringer Lactat, Gelofusine…), thuốc chống sốc, hồi sức cấp cứu (Adrenalin, Diphenhydramine, Methylprednisolone…

5.3. Thiết bị y tế

- Hóa chất (Povidone-iodine, cồn 70), nước cất, gạc, bông, băng chun, bơm tiêm, kim tiêm, dây truyền, chỉ khâu liền kim, Oxy, dây thở Oxy, bộ đồ vải

- Bộ dụng cụ tháo que cấy tránh thai, bộ dụng cụ khâu…

- Hộp thuốc dự phòng chống sốc.

- Mornitor theo dõi mạch, huyết áp, nhiệt độ.

- Đồ vải

+ Quần, áo công tác

+ Quần, áo thủ thuật

+ Quần áo người bệnh

+ Săng phẫu thuật/thủ thuật

- Mũ, khẩu trang y tế

5.4. Bệnh nhân

- Thăm khám và làm các xét nghiệm cần thiết trước khi tháo que cấy tránh thai.

- Tư vấn khách hàng (trước, trong, sau tháo que cấy tránh thai, quy trình, các bước thực hiện thủ thuật, tai biến, nguy cơ....

5.5. Hồ sơ bệnh án Điền đầy đủ thông tin hành chính, ký cam kết

5.6. Thời gian thực hiện 0,5 giờ (30 phút)

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ

a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá chính xác thông tin người bệnh, xét nghiệm, chẩn đoán, kỹ thuật thực hiện, ký xác nhận của người bệnh, vị trí thực hiện kỹ thuật

b) Thực hiện theo bảng kiểm an toàn kỹ thuật trước, trong, sau khi thực hiện kỹ thuật.

c) Đặt tư thế bệnh nhân: Bệnh nhân ngửa nằm trên bàn (giường), bọc lộ vùng, vị trí que cấy tránh thai (cánh tay có que cấy tránh thai gập lại ở khuỷu tay, xoay ra ngoài, hướng lên trên, bàn tay ngửa, ngón tay cái ngang vị trí tai)…

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Bước 1: Xác định que cấy tránh thai và đánh dấu đầu dưới que cấy tránh thai (nơi gần khuỷu tay nhất).

6.2. Bước 2: Gây tê vùng da định rạch, phía dưới que cấy tránh thai.

6.3. Bước 3: Rạch da khoảng 0.5 - 1 cm phía đầu que cấy tránh thai gần khuỷu tay.

6.4. Bước 4: Phẫu tích mô lấy que cấy tránh thai (đảm bảo lấy hết và toàn vẹn que cấy tránh thai).

6.5. Bước 5: Khâu cầm máu, khâu da

6.6. Bước 6: Băng ép bằng gạc vô khuẩn tháo sau 24h.

6.7. Kết thúc quy trình

- Đánh giá toàn trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật: Mạch, nhiệt độ, huyết áp, vị trí tháo que cấy tránh thai

- Hoàn thiện hồ sơ tháo QCTT, lưu hồ sơ

- Bàn giao người bệnh theo dõi sau tháo que cấy tránh thai.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN.

Theo dõi

- Theo dõi toàn trạng (mạch, nhiệt độ, huyết áp), vị trí tháo que cấy tránh thai, 30 phút sau thủ thuật. Bệnh nhân ổn định xuất viện.

- Đơn thuốc kháng sinh sau thủ thuật nếu có nguy cơ nhiễm trùng.

- Hẹn khám lại khi có các dấu hiệu bất thường.

7.1. Tai biến trong tháo que cấy tránh thai

Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc, chảy máu: băng ép, kẹp mô, khâu cầm máu

7.2. Tai biến sau tháo que cấy tránh thai

- Đau, tụ máu, chảy máu sau khi cấy (tháo). Giảm đau, băng ép, khâu.

7.3. Biến chứng muộn (tại vị trí tháo que cấy tránh thai).

- Nhiễm khuẩn vị trí tháo (đau, nóng, đỏ) hoặc áp xe (có mủ) - ít gặp.

+ Viêm: Sát trùng, kháng sinh.

+ Áp xe: Sát trùng, chích dẫn lưu mủ, kháng sinh.

71. THỦ THUẬT THÁO QUE CẤY TRÁNH THAI LẠC CHỖ

1. ĐẠI CƯƠNG

Que cấy tránh thai một nang, nhiều nang là biện pháp tránh thai tạm thời, dài hạn (3 - 5 năm), có chứa progestin (Etonogestrel, Levonogestrel).

Que cấy tránh lạc chỗ khi que cấy tránh thai không nằm hoàn toàn trong lớp mỡ dưới da mà một phần hay toàn bộ que cấy tránh thai nằm trong cân, cơ tam đầu, nhị đầu, cánh tay, có di lệch khỏi vị trí cấy.

2. CHỈ ĐỊNH

Xác định rõ ràng que cấy tránh thai lạc chỗ bằng khám lâm sàng (sờ, nắn) không có liên quan đến thần kinh, mạch máu, di lệch ít khỏi vị trí và kèm theo một trong các chỉ định sau:

- Có thai
- Áp xe, nhiễm khuẩn tại vị trí cấy que cấy tránh thai.
- Ra máu âm dạo kéo dài sau cấy que cấy tránh thai không kiểm soát được.
- Hết hạn sử dụng que cấy tránh thai.
- Muốn sinh con.
- Muốn dùng biện pháp tránh thai khác. Không muốn tiếp tục sử que cấy tránh thai.
- Trong thời gian sử dụng que cấy tránh thai xuất hiện các bệnh: tăng huyết áp kéo dài và tăng lên, bệnh ác tính khối u phụ thuộc progesteron, tắc mạch.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH: Khi chưa xác định chính xác vị trí que cấy tránh thai.

4. THẬN TRỌNG

Khi tháo vthăm khám kỹ các trường hợp que cấy tránh thai lạc chỗ (di lệnh) hay đã từng tháo que cấy tránh thai thất bại, tháo đảm bảo lấy toàn vẹn và số lượng nang que cấy tránh thai.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Thủ thuật viên chính: 01 bác sĩ
- Thủ thuật viên phụ: 01 - 02 bác sĩ
- Dụng cụ viên: 01 điều dưỡng/hộ sinh

5.2. Thuốc: thuốc sát khuẩn và khử trùng, kháng sinh, dịch truyền…

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật/thủ thuật.
- Kim, chỉ khâu.
- Bơm tiêm, kim tiêm, kim luồn nhựa, dây truyền dịch, khóa ba chạc, ống thông...
- Găng tay vô trùng, mũ khẩu trang vô trùng, gạc y tế tiệt trùng; băng dính…
- Dao điện, dao siêu âm, dao hàn mạch,…
- Đèn phẫu thuật/thủ thuật, bàn phẫu thuật/thủ thuật, máy hút, thân máy.
- Đồ vải

+ Quần, áo công tác
+ Quần, áo thủ thuật
+ Quần áo người bệnh
+ Săng phẫu thuật/thủ thuật

5.4. Người bệnh

- Người bệnh và đại diện người bệnh: Được giải thích về bệnh lý và quá trình phẫu thuật/thủ thuật, các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể sảy ra trong và sau khi làm phẫu thuật/thủ thuật, tiên lượng kết quả điều trị… và ký giấy cam đoan đồng ý làm phẫu thuật/thủ thuật.
- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định.
- Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật theo quy định.
- Tại phòng thực hiện kỹ thuật:

+ Kiểm tra đúng người bệnh, biên bản hội chẩn, giấy cam kết phẫu thuật/thủ thuật, …
+ Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp, bộc lộ rõ vị trí làm phẫu thuật/thủ thuật.
+ Vô cảm cho bệnh nhân (gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống,...)
+ Thông tiểu (nếu cần)
+ Sát khuẩn vùng phẫu thuật/thủ thuật.
+ Trải săng vô khuẩn.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Được hoàn thiện theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện: Ước tính thời gian 0,5 - 1 giờ

5.7. Địa điểm thực hiện: Phòng thủ thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Bước 1: Xác định que cấy tránh thai và đánh dấu đầu dưới que cấy tránh thai (nơi gần khuỷu tay nhất).

6.2. Bước 2: Gây tê vùng da định rạch, phía dưới que cấy tránh thai.

6.3. Bước 3: Rạch da khoảng 0.5 - 1 cm phía đầu que cấy tránh thai gần khuỷu tay.

6.4. Bước 4: Phẫu tích mô lấy que cấy tránh thai (đảm bảo lấy hết và toàn vẹn que cấy tránh thai).

6.5. Bước 5: Khâu cầm máu, khâu da.

6.6. Bước 6: Băng ép bằng gạc vô khuẩn tháo sau 24 giờ.

6.7. Kết thúc quy trình

Đánh giá toàn trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật: Mạch, nhiệt độ, huyết áp, vị trí tháo que cấy tránh thai.

Hoàn thiện hồ sơ tháo que cấy tránh thai, lưu hồ sơ

Bàn giao người bệnh theo dõi sau tháo que cấy tránh thai.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN.

Theo dõi

Theo dõi toàn trạng (mạch, nhiệt độ, huyết áp), vị trí tháo que cấy tránh thai, 30 phút sau thủ thuật. Bệnh nhân ổn định xuất viện.

Đơn thuốc kháng sinh sau thủ thuật.

Hẹn khám lại khi có các dấu hiệu bất thường.

7.1. Tai biến trong tháo que cấy tránh thai

Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc, chảy máu: băng ép, kẹp mô, khâu cầm máu

7.2. Tai biến sau tháo que cấy tránh thai

- Đau, tụ máu, chảy máu sau khi cấy (tháo). Giảm đau, băng ép, khâu.

7.3. Biến chứng muộn (tại vị trí tháo que cấy tránh thai).

- Nhiễm khuẩn vị trí tháo (đau, nóng, đỏ) hoặc áp xe (có mủ) - ít gặp.
- Viêm: Sát trùng, kháng sinh.
- Áp xe: Sát trùng, chích dẫn lưu mủ, kháng sinh.