

Số: 15 /QĐ-TTYT

Cát Hải, ngày 12 tháng 02 năm 2026

QUYẾT ĐỊNH

Về việc ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật”
thực hiện tại Trung tâm Y tế Cát Hải (Tập 2)

GIÁM ĐỐC TRUNG TÂM Y TẾ CÁT HẢI

Căn cứ Luật Khám bệnh, chữa bệnh số: 15/2023/QH13;

Căn cứ Quyết định số 132/QĐ-UBND ngày 16/01/2023 của UBND thành phố Hải Phòng về việc Quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Trung tâm Y tế huyện Cát Hải, trực thuộc Sở Y tế Hải Phòng (nay là Trung tâm y tế Cát Hải);

Căn cứ Quyết định 2803/QĐ-UBND ngày 07/7/2025 của Ủy ban nhân dân thành phố Hải Phòng về việc đổi tên một số đơn vị sự nghiệp công lập trực thuộc Sở Y tế và Trạm Y tế các xã, phường, đặc khu trực thuộc Trung tâm Y tế khu vực;

Xét Biên bản họp ngày 06 tháng 02 năm 2026 của Hội đồng Khoa học kỹ thuật nghiệm thu Quy trình kỹ thuật tại Trung tâm Y tế Cát Hải;

Xét đề nghị của Trưởng phòng Kế hoạch - Nghiệp vụ - Điều Dưỡng,

QUYẾT ĐỊNH

Điều 1: Ban hành kèm theo Quyết định này tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật” (Tập 2) gồm 313 quy trình kỹ thuật:

- Cơ xương khớp: 121 quy trình
- Mắt: 36 quy trình
- Tai: 11 quy trình
- Mũi họng miệng: 63 quy trình
- Da và lớp bao phủ: 38 quy trình
- Tạo hình thẩm mỹ: 19 quy trình
- Gây mê hồi sức: 25 quy trình

(Có quy trình kỹ thuật kèm theo)

Điều 2: Tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật” (Tập 2) được áp dụng tại các khoa, phòng thuộc Trung tâm Y tế Cát Hải.

Điều 3: Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký, ban hành và thay thế các Quyết định ban hành “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật” đã ban hành trước đây của Trung tâm Y tế Cát Hải.

Điều 4: Các khoa, phòng có liên quan chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này.

Nơi nhận:

- Như Điều 4;
- Website TTYT;
- Lưu: VT, KHNVDĐ.



GIÁM ĐỐC

Nguyễn Văn Huân

DANH SÁCH 313 QUY TRÌNH KỸ THUẬT

(Ban hành kèm theo Quyết định số 15 /QĐ-TTYT ngày 12/ 02/ 2026
của Giám đốc Trung tâm Y tế Cát Hải)

STT	Tên quy trình	Ghi chú
1	Phẫu thuật KHX gãy xương đòn	Cơ xương khớp
2	Phẫu thuật KHX gãy đầu dưới xương quay	
3	Phẫu thuật cắt u nang bao hoạt dịch	
4	Phẫu thuật kết hợp xương gãy xương đốt bàn ngón tay	
5	Phẫu thuật tổn thương gân duỗi cẳng và bàn ngón tay	
6	Phẫu thuật tổn thương gân gấp của cổ tay và cẳng tay	
7	Phẫu thuật tổn thương gân gấp bàn - cổ tay	
8	Phẫu thuật nối gân duỗi bàn tay	
9	Phẫu thuật vết thương phần mềm tổn thương gân gấp	
10	Khâu tổn thương gân gấp vùng I, III, IV, V	
11	Phẫu thuật tái tạo phục hồi tổn thương gân gấp bàn tay thì 1	
12	Phẫu thuật tái tạo phục hồi tổn thương gân gấp bàn tay thì 2	
13	Phẫu thuật khâu phục hồi tổn thương bàn tay	
14	Phẫu thuật khâu phục hồi tổn thương ngoài bàn tay	
15	Phẫu thuật cắt lọc xử trí vết thương phần mềm	
16	Phẫu thuật cắt lọc xử trí vết thương rách da đầu	
17	Phẫu thuật KHX xương bánh chè	
18	Phẫu thuật kết hợp xương gãy thân xương chày	
19	Phẫu thuật kết hợp xương gãy xương mác đơn thuần	
20	Phẫu thuật kết hợp xương gãy thân xương cẳng chân	
21	Cố định ngoại vi trong điều trị gãy hờ xương chi trên khác	
22	Cố định ngoại vi trong điều trị gãy hờ xương chi dưới khác	
23	Phẫu thuật tạo hình điều trị tật thừa ngón tay	
24	Phẫu thuật làm mòm cụt ngón và đốt bàn ngón	
25	Phẫu thuật sửa mòm cụt chi	
26	Phẫu thuật sửa mòm cụt ngón tay (1 ngón)	
27	Phẫu thuật sửa mòm cụt ngón chân (1 ngón)	
28	Phẫu thuật tổn thương gân duỗi dài ngón 1	
29	Phẫu thuật nối gân Achilles	
30	Nắn, bó bột gãy xương bàn ngón tay	

31	Nắn, bó bột gãy xương chày	
32	Nắn, bó bột gãy xương ngón chân	
33	Nắn, bó bột gãy xương bàn chân	
34	Nắn, bó bột trật khớp cổ chân	
35	Nắn, bó bột bàn chân	
36	Nắn, bó bột gãy 1/3 trên xương đùi	
37	Nắn, bó bột gãy 1/3 dưới xương đùi	
38	Nắn, bó bột cột sống	
39	Nắn, bó bột trật khớp háng	
40	Nắn, bó bột gãy xương chậu	
41	Nắn, bó bột gãy cổ xương đùi	
42	Nắn, cố định trật khớp háng	
43	Nắn, bó bột gãy lồi cầu xương đùi	
44	Nắn, bó bột gãy xương gót	
45	Nắn, bó bột gãy 1/3 giữa xương đùi	
46	Nắn, bó bột gãy mâm chày	
47	Nắn, bó bột gãy 1/3 trên hai xương cẳng chân	
48	Nắn, bó bột gãy 1/3 giữa hai xương cẳng chân	
49	Nắn, bó bột gãy 1/3 dưới hai xương cẳng chân	
50	Nắn, bó bột cẳng bàn chân	
51	Nắn, bó bột gãy 1/3 trên thân xương cánh tay	
52	Nắn, bó bột gãy 1/3 giữa thân xương cánh tay	
53	Nắn, bó bột gãy 1/3 dưới thân xương cánh tay	
54	Nắn, bó bột gãy cổ xương cánh tay	
55	Nắn, bó bột trật khớp vai	
56	Nắn, bó bột gãy xương đòn	
57	Nắn, bó bột trật khớp cùng đòn	
58	Nắn, bó bột trật khớp khuỷu	
59	Nắn, bó bột gãy 1/3 trên hai xương cẳng tay	
60	Nắn, bó bột gãy 1/3 giữa hai xương cẳng tay	
61	Nắn, bó bột gãy 1/3 dưới hai xương cẳng tay	
62	Nắn, bó bột gãy một xương cẳng tay	
63	Nắn, bó bột gãy Pouteau - Colles	
64	Nắn, bó bột gãy Monteggia	
65	Bó bột ống trong gãy xương bánh chè	
66	Nắn, bó bột trật khớp gối	
67	Phẫu thuật tháo phương tiện kết hợp xương	
68	Nắn, cố định trật khớp hàm	
69	Tháo bột các loại	

70	Bó bột cẳng bàn tay	
71	Bó bột cánh cẳng bàn tay	
72	Nắn, bó bột bàn tay	
73	Nắn, bó bột trật chỏm quay	
74	Bó bột cẳng bàn chân	
75	Bó bột đùi cẳng bàn chân	
76	Bó bột ống đùi cẳng chân	
77	Bó bột chậu lưng chân	
78	Phẫu thuật vá da diện tích từ 5-10cm ²	
79	Phẫu thuật vá da mỏng	
80	Phẫu thuật lấy bỏ u phần mềm	
81	Đặt đai số 8 gãy xương đòn	
82	Đặt đai vải treo tay	
83	Đặt lại khớp trật cũ khớp vai	
84	Đặt nẹp đùi cẳng bàn chân chống xoay trong gãy cổ xương đùi	
85	Băng chỉnh hình số 8	
86	Cắt chi thép	
87	Cắt lọc hạt tồ phi vỡ	
88	Chích rạch, dẫn lưu ổ áp xe	
89	Tiêm khớp gối	
90	Tiêm khớp cổ chân	
91	Tiêm khớp cổ tay	
92	Tiêm khớp khuỷu tay	
93	Tiêm khớp bàn ngón tay	
94	Tiêm khớp bàn ngón chân	
95	Tiêm khớp đốt ngón tay	
96	Tiêm khớp vai	
97	Tiêm khớp ức đòn	
98	Tiêm khớp ức sườn	
99	Tiêm khớp đòn cùng vai	
100	Tiêm khớp thái dương hàm	
101	Tiêm khớp háng	
102	Tiêm khớp cùng chậu	
103	Hút dịch khớp gối	
104	Hút dịch khớp vai	
105	Hút dịch khớp khuỷu	
106	Hút dịch khớp cổ chân	
107	Hút dịch khớp cổ tay	
108	Tháo khớp ngón chân	

109	Băng ép cầm máu	
110	Kỹ thuật garo cầm máu	
111	Cố định tạm thời cột sống cổ bằng nẹp	
112	Cố định tạm thời cột sống lưng bằng nẹp	
113	Cố định tạm thời xương chậu	
114	Cố định tạm thời xương vai	
115	Cố định tạm thời xương đòn	
116	Cố định tạm thời xương cẳng tay	
117	Cố định tạm thời xương cánh tay	
118	Cố định tạm thời xương đùi	
119	Cố định tạm thời xương cẳng chân	
120	Phẫu thuật dẫn lưu ổ áp xe cơ	
121	Phẫu thuật KHX 1 xương cẳng tay	
122	Cắt chỉ khâu da mi	Mắt
123	Khâu vết rách một phần chiều dày mi hoặc cung mày	
124	Khâu vết rách toàn bộ chiều dày mi	
125	Khâu vết rách mi phức tạp	
126	Chích chấp, lẹo	
127	Cắt tổn thương nhỏ khác ở mi mắt	
128	Chích áp xe kết mạc	
129	Chích máu hoặc Chích mù mi mắt	
130	Lấy sạn vôi kết mạc	
131	Lấy dị vật mi mắt	
132	Nhổ lông mi điều trị lông xiêu	
133	Làm sạch bờ mi	
134	Thông lệ đạo	
135	Lấy dị vật giác mạc nông	
136	Lấy dị vật kết mạc	
137	Rửa cùng đồ kết mạc	
138	Lấy chất liệu nhân tạo đặt trong giác mạc	
139	Rửa tiền phòng	
140	Khâu vết rách củng mạc	
141	Lấy dị vật củng mạc	
142	Soi đáy mắt bằng kính tiếp xúc	
143	Soi đáy mắt bằng kính không tiếp xúc	
144	Đo độ lồi nhãn cầu	
145	Khám mắt	
146	Cắt chỉ khâu giác mạc	
147	Cấp cứu bong mắt ban đầu	
148	Rửa mắt tẩy độc	
149	Lấy dị vật giác mạc sâu	
150	Lấy dị vật hốc mắt	
151	Cắt chỉ khâu kết mạc	

152	Đo thị lực	
153	Thử kính	
154	Đo sắc giác	
155	Soi đáy mắt trực tiếp	
156	Đo độ lác	
157	Bơm rửa lệ đạo	
158	Chích rạch màng nhĩ	Tai
159	Khâu vết rách vành tai	
160	Lấy dị vật tai	
161	Nội soi lấy dị vật tai	
162	Chọc hút dịch vành tai	
163	Chích nhọt ống tai ngoài	
164	Làm thuốc tai	
165	Lấy nút biểu bì ống tai ngoài	
166	Đặt vật liệu cầm máu tai 1 bên	
167	Nong ống tai ngoài 1 bên	
168	Chích rạch dẫn lưu tụ dịch vành tai 1 bên	
169	Chọc rửa xoang hàm	Mũi họng miệng
170	Hút rửa mũi xoang theo phương pháp Proetz	
171	Nhét bắc mũi sau	
172	Nhét bắc mũi trước	
173	Cầm máu mũi bằng vật liệu cầm máu	
174	Lấy dị vật mũi	
175	Hút rửa mũi, xoang sau mổ	
176	Chích áp xe sàn miệng	
177	Chích áp xe quanh Amidan	
178	Lấy dị vật họng miệng	
179	Lấy dị vật hạ họng	
180	Châm họng (làm thuốc vùng họng)	
181	Bơm thuốc thanh quản	
182	Khí dung mũi họng	
183	Chích áp xe thành sau họng	
184	Nội soi hạ họng ống cứng chẩn đoán	
185	Nội soi hạ họng ống cứng lấy dị vật	
186	Nội soi thanh quản ống cứng lấy dị vật	
187	Phẫu thuật mở khí quản	
188	Thay ống mở khí quản	
189	Cắt chỉ sau phẫu thuật	
190	Thay băng vết mổ	
191	Chích áp xe vùng đầu cổ	
192	Khâu vết thương phần mềm trên 5 cm	
193	Khâu vết thương phần mềm trên 5 cm vùng đầu, mặt, cổ	
194	Kỹ thuật rửa mũi ở trẻ em	
195	Nội soi tai mũi họng	
196	Nẹp cố định tạm gãy xương vùng hàm mặt bằng chì thép	

197	Khâu cầm máu vết thương vùng hàm mặt	
198	Phẫu thuật cắt u lưỡi	
199	Phẫu thuật lấy dị vật vùng hàm mặt	
200	Nắn trật khớp thái dương hàm	
201	Phẫu thuật dẫn lưu áp xe vùng hàm mặt	
202	Phẫu thuật điều trị vết thương phần mềm vùng hàm mặt	
203	Mài chỉnh khớp cắn điều trị rối loạn thái dương hàm	
204	Nạo túi quanh răng	
205	Lấy cao răng và làm nhẵn mặt răng	
206	Phẫu thuật cắt phanh lưỡi	
207	Chích áp xe lợi	
208	Phẫu thuật dẫn lưu áp xe quanh răng	
209	Điều trị nội nha (lấy tủy, làm sạch, tạo hình và hàn kín) bằng file cầm tay và lên ngang	
210	Điều trị nội nha (lấy tủy, làm sạch, tạo hình và hàn kín) răng sữa bằng file cầm tay	
211	Điều trị nội nha (lấy tủy, làm sạch, tạo hình và hàn kín) bằng file máy và lên ngang	
212	Điều trị nội nha (lấy tủy, làm sạch, tạo hình và hàn kín) bằng file máy và lên dọc	
213	Điều trị nội nha (lấy tủy, làm sạch, tạo hình và hàn kín) bằng file máy và trám bít bằng vật liệu sinh học	
214	Điều trị nội nha lại (lấy chất hàn cũ, làm sạch, tạo hình và hàn kín)	
215	Che tủy răng bằng vật liệu sinh học	
216	Che tủy chân răng bằng vật liệu sinh học	
217	Hàn lỗ thông sàn buồng tủy/thành ống tủy bằng vật liệu sinh học	
218	Đặt thuốc điều trị nhạy cảm ngà	
219	Phục hình mất răng bằng hàm giả tháo lắp bán phần nền nhựa	
220	Phục hình mất răng bằng hàm khung hợp kim	
221	Tháo cầu/chụp răng giả	
222	Đặt máng điều trị tật nghiêng răng	
223	Lấy dấu và đồ mẫu	
224	Phẫu thuật cắt chân răng	
225	Phẫu thuật nhổ răng/chân răng vĩnh viễn	
226	Trám bít hố rãnh dự phòng sâu răng	
227	Che tủy răng sữa bằng vật liệu sinh học	
228	Che tủy chân răng sữa bằng vật liệu sinh học	
229	Tái khoáng hóa men răng bằng thuốc bôi bề mặt	
230	Nhổ răng sữa/chân răng sữa	
231	Mài chỉnh núm phụ mặt nhai răng vĩnh viễn	
232	Cắt chỉ	Da và lớp bao phủ
233	Cắt sẹo hoặc bệnh lý da	

234	Cắt sẹo hoặc bệnh lý da và khâu kín	
235	Cắt, gọt tổn thương dày sừng	
236	Châm tại chỗ dung dịch trichloroacetic acid (kỹ thuật CROSS) điều trị sẹo lõm	
237	Đặt dẫn lưu vết thương	
238	Khâu cầm máu, thắt mạch máu cấp cứu chảy máu trong vết bỏng sâu hoặc vết thương	
239	Kỹ thuật xoay chuyển người bệnh dự phòng loét tỳ đè	
240	Làm sạch, loại bỏ tổn thương da, phục hồi da bệnh lý	
241	Rạch hoại tử giải thoát chèn ép	
242	Thay băng điều trị vết bỏng $\geq 60\%$ diện tích cơ thể ở trẻ em	
243	Thay băng điều trị vết bỏng từ 40% - dưới 60% diện tích cơ thể ở trẻ em	
244	Thay băng điều trị vết bỏng từ 20% - dưới 40% diện tích cơ thể ở trẻ em	
245	Thay băng điều trị vết bỏng từ 10% - dưới 20% diện tích cơ thể ở trẻ em	
246	Thay băng điều trị vết bỏng từ 5% - dưới 10% diện tích cơ thể ở trẻ em	
247	Thay băng điều trị vết bỏng $< 5\%$ diện tích cơ thể ở trẻ em	
248	Thay băng điều trị vết bỏng $\geq 60\%$ diện tích cơ thể ở người lớn	
249	Thay băng điều trị vết bỏng từ 40% - dưới 60% diện tích cơ thể ở người lớn	
250	Thay băng điều trị vết bỏng từ 20% - dưới 40% diện tích cơ thể ở người lớn	
251	Thay băng điều trị vết bỏng từ 10% - dưới 20% diện tích cơ thể ở người lớn	
252	Thay băng điều trị vết bỏng từ 5% - dưới 10% diện tích cơ thể ở người lớn	
253	Thay băng điều trị vết bỏng $< 5\%$ diện tích cơ thể ở người lớn	
254	Thay băng điều trị vết loét, hoại tử chi dưới diện tích từ 200cm ² đến 400cm ² do đái tháo đường	
255	Thay băng điều trị vết loét, hoại tử chi dưới diện tích từ 100 đến 200cm ² cơ thể do đái tháo đường	
256	Thay băng điều trị vết loét, hoại tử chi dưới diện tích từ 50 cm ² đến dưới 100 cm ² do đái tháo đường	
257	Thay băng điều trị vết loét, hoại tử chi dưới diện tích < 50 cm ² do đái tháo đường	
258	Thay băng điều trị vết thương, vết loét mạn tính trên 6% diện tích cơ thể	
259	Thay băng điều trị vết thương, vết loét mạn tính từ 3% đến 6% diện tích cơ thể	

260	Thay băng điều trị vết thương, vết loét mạn tính từ 1% đến dưới 3% diện tích cơ thể	
261	Thay băng điều trị vết thương, vết loét mạn tính < 1% diện tích cơ thể	
262	Thay băng vết thương, vết mổ chiều dài từ > 50 cm	
263	Thay băng vết thương, vết mổ chiều dài từ trên 30 cm đến 50 cm	
264	Thay băng vết thương, vết mổ chiều dài từ 15cm đến 30 cm	
265	Thay băng vết thương, vết mổ chiều dài < 15cm	
266	Thay băng vết thương, vết mổ nhiễm trùng chiều dài > 50cm	
267	Thay băng vết thương, vết mổ nhiễm trùng chiều dài từ trên 30 cm đến 50 cm	
268	Thay băng vết thương, vết mổ nhiễm trùng chiều dài từ 15 cm đến 30 cm	
269	Thay băng vết thương, vết mổ nhiễm trùng chiều dài < 15 cm	
270	Cắt lọc - khâu vết thương da đầu mang tóc	Tạo hình - thẩm mỹ
271	Cắt lọc - khâu vết thương vùng trán	
272	Phẫu thuật tái tạo lột da đầu bán phần kích thước < 5cm ²	
273	Phẫu thuật tạo hình vết thương da vùng mí mắt	
274	Phẫu thuật khâu vết rách đơn giản vành tai	
275	Phẫu thuật khâu đóng trực tiếp sẹo vùng cổ, mặt (dưới 3cm)	
276	Phẫu thuật che phủ khuyết da đầu mang tóc bằng vật tại chỗ	
277	Phẫu thuật khâu vết thương thấu má	
278	Phẫu thuật khâu đóng vết thương dương vật	
279	Phẫu thuật cắt bỏ u sụn vành tai dưới 2cm	
280	Phẫu thuật cắt bỏ u da vành tai dưới 2cm	
281	Phẫu thuật cắt u da mặt dưới 2cm	
282	Cắt u máu nhỏ hơn 2 cm vùng đầu mặt cổ	
283	Cắt u phần mềm vùng cổ dưới 2cm	
284	Cắt u da lành tính vùng hàm mặt	
285	Phẫu thuật cắt bỏ u da lành tính vùng da đầu từ 2 cm đến 5 cm	
286	Khâu và cắt lọc vết thương vùng mũi	
287	Khâu vết thương vùng môi	
288	Khâu cắt lọc vết thương vành tai	
289	Gây mê nội khí quản	Gây mê hồi sức
290	Gây mê bằng dụng cụ kiểm soát đường thở trên nắp thanh môn	
291	Gây mê tĩnh mạch	
292	Gây mê hô hấp	
293	Gây mê qua mở khí quản	
294	An thần đường tĩnh mạch	
295	An thần đường hô hấp	
296	Gây tê ngoài màng cứng	
297	Gây tê tuỷ sống	

298	Gây tê tại chỗ		
299	Phong bế thần kinh chi trên		
300	Phong bế thần kinh thẹn		
301	Phong bế thần kinh chày		
302	Phong bế thần kinh mác		
303	Phong bế gốc ngón		
304	Phong bế gốc dương vật		
305	Theo dõi thán đồ		
306	Theo dõi khí mê		
307	Giảm đau cấp tính đường tĩnh mạch		
308	Giảm đau cấp tính đường ngoài màng cứng		
309	Giảm đau cấp tính đường tuỷ sống kết hợp ngoài màng cứng		
310	Giảm đau cấp tính đường uống		
311	Giảm đau mạn tính bằng thuốc tiêm đường tĩnh mạch		
312	Giảm đau mạn tính bằng thuốc đường uống		
313	Giảm đau mạn tính bằng thuốc tiêm đường tiêm bắp		

QUY TRÌNH KỸ THUẬT PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG (KHX) GỠY XƯƠNG ĐÒN

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật KHX gậy xương đòon nhằm nấn chỉnh ổ gậy về vị trí giải phẫu, cố định vững chắc bằng nẹp vít hoặc đinh nội tủy để xương liền nhanh (thường 6-12 tuần), phục hồi chức năng vai sớm.

II. CHỈ ĐỊNH

- Gậy xương đòon di lệch nhiều (chòong ngắn >2cm, di lệch hoàn toàn).
- Gậy hở, dọa thủng da, gậy phức tạp (nhiều mảnh).
- Gậy kèm tổn thương mạch máu/thần kinh, phổi (tràn khí/máu màng phổi).
- Gậy kèm gậy xương bả vai, gậy sườn, hoặc chậm liền/khớp giả sau bảo tồn.
- Bệnh nhân trẻ, hoạt động nhiều, cần phục hồi sớm (lao động, thể thao).

III. CHÔNG CHỈ ĐỊNH

- Gậy không di lệch hoặc di lệch ít (thường điều trị bảo tồn bằng treo tay hoặc băng số 8).
- Rối loạn đông máu nặng chưa điều chỉnh.
- Nhiễm trùng toàn thân nặng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

- o Giải thích thủ thuật, lợi ích (phục hồi sớm, giảm đau), nguy cơ (nhiễm trùng, gậy nẹp, cần tháo nẹp sau). Ký cam kết đồng ý.
- o Xét nghiệm: Công thức máu, đông máu, X-quang ngực thẳng + nghiêng, CT nếu phức tạp.
- o Nhịn ăn 6 giờ trước mổ.

2. Dụng cụ:

- o Nẹp vít (nẹp khóa đa hướng 3.5mm, thường 6-8 lỗ), vít 3.5mm, đinh nội tủy (Kirschner, Rush, đinh đàn hồi nếu gậy nhiều đoạn).
- o Dao mổ, kéo, kẹp, banh Farabeuf, máy khoan, máy C-arm (nếu cần kiểm tra trong mổ).
- o Thuốc tê/mê: Gậy tê đám rối hoặc gậy mê toàn thân.

3. Tư thế: Nằm ngửa, kê gối dưới vai để ưỡn cổ, đầu nghiêng bên lành.

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

5. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. **Gây mê/mê:** Gây mê toàn thân hoặc mê đám rối cổ.
2. **Sát trùng:** Sát khuẩn rộng vùng vai-cổ bằng betadin + cồn 70%.
3. **Rạch da:** Rạch dọc theo xương đòn (dài 5-10cm) mặt trước vùng gãy, bộc lộ ổ gãy.
4. **Nắn chỉnh ổ gãy:** Dùng kẹp giảm di lệch, nắn xương về vị trí giải phẫu (có thể dùng C-arm kiểm tra).
5. **Cố định:**
 - o **Nẹp vít (phổ biến nhất):** Đặt nẹp tạo hình (contour) mặt trước dưới xương đòn, khoan và bắt vít (thường 4-6 vít mỗi bên ổ gãy).
 - o **Đinh nội tủy:** Đóng đinh Kirschner hoặc đinh đàn hồi từ đầu ngoài xương đòn qua ổ gãy (cho gãy nhiều đoạn).
 - o Nếu gãy phức tạp: Bổ sung vít ngoài nẹp hoặc vòng chỉ thép để tăng vững chắc.
6. **Kiểm tra:** Dùng C-arm hoặc X-quang trong mổ xác nhận vị trí cố định, cầm máu kỹ.
7. **Đóng vết mổ:** Khâu lớp lớp (cơ, cân, da), băng vô trùng.

VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC SAU PHẪU THUẬT

- Theo dõi 1-2 ngày: Mạch, HA, đau, sung, dấu hiệu nhiễm trùng.
- Thuốc: Giảm đau, kháng sinh dự phòng 3-5 ngày.
- Vật lý trị liệu: Tập vận động vai sớm (sau 1-2 tuần nếu cố định vững), tránh đưa tay quá đầu 4-6 tuần.
- X-quang kiểm tra: Sau mổ, 6 tuần, 3 tháng để đánh giá liền xương.
- Tháo nẹp/vít: Sau 6-12 tháng nếu có kích ứng hoặc theo chỉ định (tháo nẹp vít nếu cần).
- Thời gian lành xương: 6-12 tuần (xương liền vững), phục hồi chức năng hoàn toàn 3-6 tháng.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- **Nhiễm trùng:** Kháng sinh mạnh, dẫn lưu.
- **Gãy nẹp/vít:** Phẫu thuật lại.
- **Chậm liền/khớp giả:** Theo dõi, ghép xương nếu cần.
- **Đau vai kéo dài:** Vật lý trị liệu, tháo nẹp nếu kích ứng.

VIII. GHI CHÉP HỒ SƠ

Ghi đầy đủ trình tự phẫu thuật. Các chỉ số sinh tồn, diễn biến trong và sau phẫu thuật. Ký xác nhận của bác sĩ phẫu thuật

TÀI LIỆU THAM KHẢO CHÍNH:

Quyết định 11/QĐ-BYT ngày 04/01/2022: Ban hành tài liệu **Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa Chuyên khoa Phẫu thuật... Tiêu hóa, Nam học** (bao gồm các

quy trình Chấn thương chỉnh hình, trong đó có cố định gãy xương sườn bằng băng dính to bản, nhưng khung chung áp dụng cho gãy xương đòn).

Quyết định 5728/QĐ-BYT năm 2017: Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình (vẫn là nguồn chuẩn tham chiếu cho KHX xương chi trên, bao gồm xương đòn).

QUY TRÌNH KỸ THUẬT PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG (KHX) GỠ ĐÀU DƯỚI XƯƠNG QUAY

I. ĐẠI CƯƠNG

Gãy đầu dưới xương quay thường do ngã chống tay duỗi (FOOSH injury), phân loại AO/OTA (23-A, 23-B, 23-C) hoặc Frykman/Melone. Phẫu thuật KHX nhằm tái tạo bề mặt khớp, phục hồi chiều dài xương quay và góc nghiêng khớp quay cổ tay.

II. CHỈ ĐỊNH

- Gãy di lệch nhiều (ngắn >3-5mm, lệch góc >10-15°, lệch khớp >2mm).
- Gãy khớp mặt (intra-articular) với bước khớp >1-2mm.
- Gãy hở, dọa thủng da, hoặc kèm tổn thương dây chằng cổ tay.
- Gãy không ổn định sau nắn kín (re-displacement).
- Bệnh nhân trẻ, hoạt động nhiều, cần phục hồi chức năng sớm.
- Người cao tuổi nếu gãy phức tạp (cân nhắc nẹp vít volar để ổn định sớm).

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Gãy không di lệch hoặc di lệch ít (thường nắn kín + bó bột).
- Rối loạn đông máu nặng chưa điều chỉnh.
- Nhiễm trùng vùng cổ tay.
- Bệnh nhân lớn tuổi, ít hoạt động, tình trạng toàn thân kém (có thể bó bột chức năng).

IV. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

- o Giải thích thủ thuật, lợi ích (phục hồi sớm, giảm đau), nguy cơ (nhiễm trùng, cứng khớp, cần tháo nẹp sau). Ký cam kết đồng ý.
- o Xét nghiệm: Công thức máu, đông máu, X-quang cổ tay thẳng + nghiêng + oblique, CT 3D nếu gãy phức tạp khớp.
- o Nhịn ăn 6 giờ trước mổ.

2. Dụng cụ:

- o Nẹp vít khóa đa hướng volar (locking compression plate distal radius 2.4-2.7mm, thường 7-12 lỗ).
- o Vít khóa 2.4mm, vít cortical.
- o Dao mổ, kéo, kẹp, banh Farabeuf, máy khoan, máy C-arm.
- o Thuốc tê/mê: Gây tê đám rối hoặc gây mê toàn thân.

3. Tư thế: Nằm ngửa, tay duỗi trên bàn tay, vai hơi dạng.

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

5. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật

V. CÁC BƯỚC TIỀN HÀNH

1. **Gây tê/mê:** Gây mê toàn thân hoặc tê đám rối cổ.
2. **Sát trùng:** Sát khuẩn rộng vùng cẳng tay-bàn tay bằng betadin + cồn 70%.
3. **Rạch da:**
 - Đường rạch volar (Henry approach): Rạch dọc mặt trước cẳng tay, từ nếp gấp cổ tay lên 5-8cm.
 - Bộc lộ mặt trước đầu dưới xương quay, tránh thần kinh giữa (median nerve) và động mạch quay.
4. **Nắn chỉnh ổ gãy:**
 - Nắn chỉnh di lệch, phục hồi chiều dài xương quay, góc nghiêng khớp quay cổ tay (radial inclination 20-25°, volar tilt 10-15°).
 - Nếu gãy khớp: Nâng mảnh khớp bằng dụng cụ nâng (joystick hoặc elevator).
 - Kiểm tra bằng C-arm.
5. **Cố định:**
 - **Nẹp vít khóa volar (phương pháp tiêu chuẩn hiện nay):**
 - Đặt nẹp volar locking plate mặt trước xương quay.
 - Bắt vít khóa vào đầu xương (subchondral support), vít cortical ở thân xương.
 - Thường 4-6 vít khóa ở đầu xương, 3-4 vít cortical ở thân.
 - **Đinh Kirschner bổ sung:** Nếu gãy nhiều mảnh khớp, dùng K-wire tạm thời cố định mảnh khớp.
 - **External fixator:** Nếu gãy phức tạp, hở nặng (ít dùng hơn hiện nay).
6. **Kiểm tra:** Xác nhận vị trí cố định, bề mặt khớp phẳng, chiều dài xương quay bình thường.
7. **Đóng vết mổ:** Khâu lớp lớp (cân, da), băng vô trùng.

VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC SAU PHẪU THUẬT

- Theo dõi 2-5 ngày: Mạch, HA, đau, sưng, dấu hiệu hội chứng chèn ép ống cổ tay (carpal tunnel syndrome).
- Thuốc: Giảm đau, kháng sinh dự phòng 3-5 ngày.
- Vật lý trị liệu: Treo tay 1-2 tuần, tập vận động ngón tay và cổ tay sớm (finger motion, wrist flexion/extension sau 1-2 tuần).
- X-quang kiểm tra: Sau mổ, 6 tuần, 3 tháng để đánh giá liền xương.
- Tháo nẹp/vít: Sau 6-12 tháng nếu có kích ứng.
- Thời gian lành xương: 6-10 tuần, phục hồi chức năng gần bình thường 3-6 tháng.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- **Nhiễm trùng:** Kháng sinh mạnh, dẫn lưu.
- **Hội chứng chèn ép ống cổ tay:** Phẫu thuật giải phóng thần kinh giữa.
- **Hoại tử xương:** Theo dõi X-quang, có thể cần ghép xương.
- **Cứng khớp cổ tay:** Vật lý trị liệu tích cực.

VIII. GHI CHÉP HỒ SƠ

Ghi đầy đầy đủ trình tự phẫu thuật. Các chỉ số sinh tồn, diễn biến trong và sau phẫu thuật. Ký xác nhận của bác sĩ phẫu thuật

TÀI LIỆU THAM KHẢO CHÍNH:

Quyết định 5728/QĐ-BYT năm 2017: Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình (khung cố định gãy xương chi trên, bao gồm đầu dưới xương quay).

Quyết định 11/QĐ-BYT ngày 04/01/2022: Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa (bao gồm khung xử trí gãy xương chi trên).

QUY TRÌNH KỸ THUẬT PHẪU THUẬT CẮT U NANG BAO HOẠT DỊCH

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật cắt u nang bao hoạt dịch nhằm loại bỏ toàn bộ túi nang và cuống nối (stalk) với bao hoạt dịch hoặc bao gân để giảm tái phát (tái phát cao nếu chỉ chọc hút hoặc cắt không triệt để).

II. CHỈ ĐỊNH

- U nang gây đau, hạn chế vận động (cổ tay, ngón tay, bàn chân...).
- U nang to, ảnh hưởng thẩm mỹ hoặc chức năng (chèn ép thần kinh, gân).
- U nang tái phát sau chọc hút hoặc tự vỡ.
- U nang nghi ngờ ác tính (hiếm, cần sinh thiết).
- Bệnh nhân yêu cầu vì lý do thẩm mỹ hoặc nghề nghiệp.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm trùng vùng u nang (viêm cấp) – cần điều trị kháng sinh trước.
- Rối loạn đông máu nặng chưa kiểm soát.
- U nang nhỏ, không triệu chứng (có thể theo dõi).

IV. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

- o Giải thích thủ thuật, lợi ích (giảm đau, thẩm mỹ), nguy cơ (tái phát 5-15%, nhiễm trùng, tổn thương thần kinh/gân). Ký cam kết đồng ý.
- o Xét nghiệm: Công thức máu, đông máu, siêu âm hoặc MRI nếu nghi ngờ u nang phức tạp.
- o Nhịn ăn nếu gây mê (thường gây tê cục bộ).

2. Dụng cụ:

- o Dao mổ số 15, kéo cong, kẹp, panh cầm máu.
- o Chỉ khâu tự tiêu Vicryl/Monocryl 4-0/5-0 (mô dưới da), chỉ không tiêu Nylon/Prolene 5-0/6-0 (da).
- o Thuốc tê cục bộ: Lidocain 1-2% + adrenalin.
- o Sát khuẩn: Betadin 10%, nước muối sinh lý.
- o Găng tay vô trùng, băng, gạc.

3. Tư thế: Nằm ngửa, tay đặt trên bàn tay (cổ tay duỗi nếu u nang mu bàn tay).

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

5. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. **Gây tê:** Gây tê cục bộ (Lidocain 1-2% + adrenalin) quanh u nang hoặc phong bế thần kinh vùng (brachial plexus block nếu cần).
2. **Sát trùng:** Sát khuẩn rộng vùng u nang.
3. **Rạch da:**
 - Rạch da theo đường nếp da tự nhiên (transverse hoặc longitudinal) dài 2-4cm qua u nang.
 - Bộc lộ túi nang (thường màu trắng đục, chứa dịch nhầy).
4. **Cắt bỏ u nang:**
 - Bóc tách túi nang khỏi mô xung quanh (cẩn thận tránh tổn thương gân, thần kinh, mạch máu).
 - Xác định cuống nối (stalk) với bao hoạt dịch hoặc bao gân → cắt bỏ hoàn toàn cuống (để giảm tái phát).
 - Nếu cuống nối vào khớp: Có thể cần mở khớp nhỏ để cắt gốc cuống.
5. **Cầm máu:** Đốt điện hoặc khâu mạch nhỏ.
6. **Khâu:**
 - Khâu lớp dưới da bằng chỉ tự tiêu 4-0/5-0.
 - Khâu da bằng chỉ không tiêu 5-0/6-0 (mũi rời thẩm mỹ).
7. **Băng:** Băng gạc vô trùng nhẹ, băng ép nếu nguy cơ tụ máu.

VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC SAU PHẪU THUẬT

- Theo dõi 1-2 giờ: Không chảy máu, không đau nhiều.
- Thuốc: Giảm đau (paracetamol), kháng sinh uống nếu có nguy cơ nhiễm trùng.
- Chăm sóc:
 - + Giữ băng 3-5 ngày, thay băng hàng ngày nếu cần.
 - + Giữ tay cao, tránh vận động mạnh 2-4 tuần.
 - + Tập vận động nhẹ cổ tay/ngón tay sớm.
- Cắt chỉ da: 7-10 ngày (nếu dùng chỉ không tiêu).
- Tái khám: Sau 7-10 ngày kiểm tra lành vết thương, theo dõi tái phát (siêu âm nếu nghi ngờ).

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- **Tái phát u nang:** 5-15% (do không cắt hết cuống) → phẫu thuật lại.
- **Nhiễm trùng:** Kháng sinh, dẫn lưu.
- **Tổn thương thần kinh/gân:** Hiếm, cần phẫu thuật sửa chữa nếu xảy ra.
- **Sẹo xấu:** Massage sẹo sau 2-4 tuần.

VIII. GHI CHÉP HỒ SƠ

Ghi đầy đủ trình tự phẫu thuật. Các chỉ số sinh tồn, diễn biến trong và sau phẫu thuật. Ký xác nhận của bác sĩ phẫu thuật

TÀI LIỆU THAM KHẢO CHÍNH:

Quyết định 5728/QĐ-BYT năm 2017: Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình (bao gồm cắt u nang bao hoạt dịch).

Quyết định 11/QĐ-BYT ngày 04/01/2022: Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa (khung xử trí u lành tính phần mềm và u nang).

QUY TRÌNH KỸ THUẬT PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG (KHX) GỠY XƯƠNG ĐỐT BÀN NGÓN TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

Gãy xương đốt bàn/ngón tay chiếm khoảng 10-30% gãy xương chi trên, ảnh hưởng lớn đến chức năng bàn tay (vận động tinh tế). Phẫu thuật KHX nhằm đạt giải phẫu tốt nhất, vận động sớm, tránh cứng khớp, can lệch.

II. CHỈ ĐỊNH

- Gãy di lệch nhiều (gập góc $>30-40^\circ$ ở đốt bàn 4-5, $>10-20^\circ$ ở đốt bàn 2-3; ngắn $>2-3\text{mm}$; xoay).
- Gãy nội khớp (bước khớp $>1-2\text{mm}$).
- Gãy hở, dọa thủng da, gãy phức tạp (nhiều mảnh).
- Gãy kèm tổn thương gân, thần kinh, mạch máu.
- Điều trị bảo tồn thất bại (di lệch thứ phát).
- Bệnh nhân trẻ, lao động tay, cần phục hồi sớm.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Gãy không di lệch hoặc di lệch chấp nhận được (thường bảo tồn bằng bó bột chức năng hoặc nẹp).
- Nhiễm trùng toàn thân nặng.
- Rối loạn đông máu nặng chưa điều chỉnh.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

- o Giải thích thủ thuật, ký cam kết đồng ý.
- o X-quang bàn tay thẳng + nghiêng + oblique, CT nếu gãy phức tạp khớp.
- o Kháng sinh dự phòng (cephalosporin).

2. Dụng cụ:

- o Nẹp vít mini (locking plate 1.5-2.4mm), vít mini.
- o Đinh Kirschner (K-wire) 1.0-1.6mm.
- o Dao mổ, kéo, kẹp, banh nhỏ, máy khoan mini, máy C-arm.
- o Thuốc tê/mê: Gây tê đám rối hoặc gây mê toàn thân.

3. Tư thế: Nằm ngửa, tay duỗi trên bàn tay, vai hơi dạng.

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

5. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Gây tê/mê: Gây mê toàn thân hoặc tê đám rối cổ.

2. **Sát trùng:** Sát khuẩn rộng bàn tay bằng betadin + cồn 70%.

3. **Rạch da:**

- Đường rạch mặt mu tay (dorsal approach) hoặc mặt bên (lateral approach) tương ứng vị trí gãy, dài 3-5cm.
- Bộc lộ ổ gãy, bảo tồn gân, thần kinh.

4. **Nắn chỉnh ổ gãy:**

- Dùng kẹp giảm di lệch, nắn xương về vị trí giải phẫu (trục thẳng, không ngắn, không xoay).
- Kiểm tra bằng C-arm.

5. **Cố định:**

- **Nẹp vít mini (phương pháp phổ biến cho gãy phức tạp):** Đặt nẹp mặt mu hoặc mặt bên, bắt vít mini (ít nhất 2 vít mỗi bên ổ gãy).
- **Đinh Kirschner (phương pháp kín hoặc ít xâm lấn):** Xuyên ngang, chéo, hoặc nội tủy (Grundberg: đóng chìm đinh Steinmann ngắn; xuyên qua da hoặc mở ổ gãy).
- **Kỹ thuật khác:** Buộc vòng Lister (chỉ thép + K-wire), vít lag nếu gãy chéo.

6. **Kiểm tra:** Kiểm tra vận động khớp bàn ngón, liên đốt ngón; C-arm xác nhận cố định vững.

7. **Đóng vết mổ:** Khâu lớp lớp, băng vô trùng.

VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC SAU PHẪU THUẬT

- Theo dõi 1-3 ngày: Đau, sưng, dấu hiệu nhiễm trùng.
- Thuốc: Giảm đau, kháng sinh dự phòng 3-5 ngày.
- Vật lý trị liệu: Tập vận động ngón tay sớm (finger motion), tránh bó bột cứng lâu (thường nẹp 2-4 tuần).
- X-quang kiểm tra: Sau mổ, 4-6 tuần để đánh giá liền xương.
- Rút K-wire: 4-6 tuần nếu dùng.
- Thời gian lành xương: 4-8 tuần, phục hồi chức năng 3-6 tháng.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- **Nhiễm trùng:** Kháng sinh mạnh, dẫn lưu.
- **Hạn chế vận động khớp:** Vật lý trị liệu tích cực.
- **Tái di lệch:** Phẫu thuật lại.
- **Chậm liền:** Ghép xương nếu cần.

VIII. GHI CHÉP HỒ SƠ

Ghi đầy đủ trình tự phẫu thuật. Các chỉ số sinh tồn, diễn biến trong và sau phẫu thuật. Ký xác nhận của bác sĩ phẫu thuật

TÀI LIỆU THAM KHẢO CHÍNH:

Quyết định 4484/QĐ-BYT năm 2016: Ban hành **90 quy trình kỹ thuật Ngoại khoa, chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình**, trong đó có quy trình riêng "**Phẫu thuật kết hợp xương gãy xương đốt bàn và ngón tay**".

Quyết định 5728/QĐ-BYT năm 2017: Hướng dẫn quy trình Chấn thương chỉnh hình (khung chung cho cố định gãy xương chi trên).

QUY TRÌNH KỸ THUẬT PHẪU THUẬT XỬ TRÍ TỔN THƯƠNG GÂN DUỖI CẰNG VÀ BÀN NGÓN TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

Tổn thương gân duỗi thường theo phân loại **Verdan** (vùng 1-8):

- Vùng 1: Gân duỗi ngón tay ở đốt xa (mallet finger).
- Vùng 2-3: Gân duỗi ở đốt giữa và đốt gần.
- Vùng 4-5: Gân duỗi ở bàn tay và cổ tay.
- Vùng 6-8: Gân duỗi cẳng tay.

Phẫu thuật khâu phục hồi gân đứt để tái lập chức năng duỗi ngón/cổ tay.

II. CHỈ ĐỊNH

- Gân duỗi đứt hoàn toàn hoặc rách >50% (do cắt, rách, nghiền).
- Gãy xương kèm tổn thương gân duỗi.
- Gân duỗi đứt do viêm mạn tính hoặc chấn thương lặp lại.
- Bệnh nhân trẻ, lao động tay, cần phục hồi chức năng sớm.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm trùng vết thương nặng (mủ, hoại tử) – cần làm sạch, kháng sinh trước, khâu muộn (delayed repair).
- Vết thương quá cũ (>3-4 tuần) với rút ngắn gân – có thể cần ghép gân.
- Rối loạn đông máu nặng chưa kiểm soát.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

- o Giải thích thủ thuật, ký cam kết đồng ý.
- o X-quang bàn tay/cẳng tay để loại trừ gãy xương kèm theo.
- o Kháng sinh dự phòng (cephalosporin).

2. Dụng cụ:

- o Chỉ khâu gân: Chỉ không tiêu Prolene/Ethibond 3-0/4-0 (4 lõi + vòng lặp).
- o Chỉ khâu bao gân và da: Vicryl 4-0/5-0, Nylon 5-0/6-0.
- o Dao mổ, kéo, kẹp, panh cầm máu, máy C-arm nếu cần.
- o Thuốc tê/mê: Gây tê đám rối hoặc gây mê toàn thân.

3. Tư thế: Nằm ngửa, tay duỗi trên bàn tay.

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

5. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. **Gây tê/mê:** Gây tê đám rối cổ hoặc gây mê toàn thân.
2. **Sát trùng:** Sát khuẩn rộng bàn tay/cẳng tay bằng betadin + cồn 70%.
3. **Rạch da:**
 - Rạch theo đường thẳng dọc hoặc zigzag theo nếp da tự nhiên, lộ vùng tổn thương gân.
 - Bộc lộ đầu gân đứt, cắt lọc mô hoại tử.
4. **Khâu gân duỗi:**
 - **Khâu 4 lõi + vòng lặp** (modified Kessler hoặc Tsuge):
 - Khâu 2-4 lõi dọc thân gân (Prolene 3-0/4-0).
 - Vòng lặp quanh gân để tăng sức chịu lực.
 - Khâu bao gân (paratenon) bằng chỉ Vicryl 5-0 để giảm dính.
 - Nếu tổn thương vùng 1 (mallet finger): Khâu trực tiếp hoặc cố định bằng K-wire.
 - Nếu tổn thương vùng 7-8 (cẳng tay): Khâu từng bó gân riêng (EDC, EDM, ECU...).
5. **Kiểm tra:** Duỗi cổ tay/ngón tay kiểm tra độ căng gân, không quá chặt (gây cứng khớp) hoặc lỏng (gây yếu duỗi).
6. **Đóng vết mổ:** Khâu lớp lớp (cân, da), băng vô trùng.

VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC SAU PHẪU THUẬT

- Theo dõi 1-3 ngày: Đau, sưng, dấu hiệu nhiễm trùng.
- Thuốc: Giảm đau, kháng sinh 5-7 ngày.
- **Phục hồi chức năng sớm** (early active motion):
 - Nẹp cố định cổ tay duỗi 20-30° và ngón tay duỗi nhẹ 2-4 tuần.
 - Tập vận động chủ động nhẹ từ tuần 1-2 (theo giao thức Duran hoặc Kleinert).
- X-quang kiểm tra nếu dùng K-wire.
- Thời gian lành gân: 6-8 tuần, phục hồi chức năng 3-6 tháng.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- **Nhiễm trùng:** Kháng sinh mạnh, mở dẫn lưu.
- **Dính gân:** Vật lý trị liệu tích cực, có thể phẫu thuật giải phóng dính sau 3-6 tháng.
- **Rách gân tái phát:** Phẫu thuật lại, ghép gân nếu cần.
- **Cứng khớp:** Tập phục hồi chức năng.

VIII. GHI CHÉP HỒ SƠ

Ghi đầy đủ trình tự phẫu thuật. Các chỉ số sinh tồn, diễn biến trong và sau phẫu thuật. Ký xác nhận của bác sĩ phẫu thuật

TÀI LIỆU THAM KHẢO CHÍNH:

Quyết định 4484/QĐ-BYT năm 2016: Ban hành **90 quy trình kỹ thuật Ngoại khoa, chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình**, trong đó có quy trình riêng "**Phẫu thuật khâu gân duỗi bàn tay và ngón tay**" và "**Xử trí tổn thương gân duỗi cẳng tay**"

Quyết định 5728/QĐ-BYT năm 2017: Hướng dẫn quy trình Chấn thương chỉnh hình (khung chung cho tổn thương gân chi trên).

QUY TRÌNH KỸ THUẬT PHẪU THUẬT XỬ TRÍ TỔN THƯƠNG GÂN GẤP CỔ TAY VÀ CẰNG TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

Tổn thương gân gấp thường theo phân loại **Verdan** (vùng 1-5 cho ngón tay, vùng 5-8 cho cổ tay/cẳng tay):

- Vùng 1: Gân gấp sâu ở đốt xa (Jersey finger).
- Vùng 2: "No man's land" – gân gấp trong ống gân (phức tạp nhất, dễ dính).
- Vùng 3-5: Gân gấp ở bàn tay và cổ tay.
- Vùng 6-8: Gân gấp cẳng tay (FDS, FDP, FCR, FCU, FPL...).

Phẫu thuật khâu phục hồi gân đứt để tái lập chức năng gấp ngón/cổ tay.

II. CHỈ ĐỊNH

- Gân gấp đứt hoàn toàn hoặc rách >50% (do cắt, rách, nghiền).
- Gãy xương kèm tổn thương gân gấp.
- Gân gấp đứt do viêm mạn tính hoặc chấn thương lặp lại.
- Bệnh nhân trẻ, lao động tay, cần phục hồi chức năng sớm.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm trùng vết thương nặng (mủ, hoại tử) – cần làm sạch, kháng sinh trước, khâu muộn (delayed repair).
- Vết thương quá cũ (>3-4 tuần) với rút ngắn gân – có thể cần ghép gân.
- Rối loạn đông máu nặng chưa kiểm soát.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

- o Giải thích thủ thuật, ký cam kết đồng ý.
- o X-quang bàn tay/cẳng tay để loại trừ gãy xương kèm theo.
- o Kháng sinh dự phòng (cephalosporin).

2. Dụng cụ:

- o Chỉ khâu gân: Chỉ không tiêu Prolene/Ethibond 3-0/4-0 (4 lỗ + vòng lặp).
- o Chỉ khâu bao gân và da: Vicryl 4-0/5-0, Nylon 5-0/6-0.
- o Dao mổ, kéo, kẹp, panh cầm máu, máy C-arm nếu cần.
- o Thuốc tê/mê: Gây tê đám rối hoặc gây mê toàn thân.

3. Tư thế: Nằm ngửa, tay duỗi trên bàn tay.

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

5. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật

V. CÁC BƯỚC TIỀN HÀNH

1. **Gây tê/mê:** Gây tê đám rối cổ hoặc gây mê toàn thân.
2. **Sát trùng:** Sát khuẩn rộng bàn tay/cẳng tay bằng betadin + cồn 70%.
3. **Rạch da:**
 - Rạch theo đường zigzag (Bruner incision) hoặc đường thẳng dọc theo nếp da tự nhiên để lộ vùng tổn thương gân.
 - Bộc lộ đầu gân đứt, cắt lọc mô hoại tử.
4. **Khâu gân gấp:**
 - **Khâu 4 lõi + vòng lặp** (modified Kessler hoặc Tsuge):
 - Khâu 2-4 lõi dọc thân gân (Prolene 3-0/4-0).
 - Vòng lặp quanh gân để tăng sức chịu lực.
 - Khâu bao gân (paratenon) bằng chỉ Vicryl 5-0 để giảm dính.
 - Nếu tổn thương vùng 2 ("no man's land"): Khâu gân gấp sâu (FDP) và gân gấp nông (FDS) riêng biệt, bảo tồn bao gân.
 - Nếu tổn thương vùng 5 (cổ tay): Khâu từng bó gân riêng (FDS, FDP, FCR, FCU, FPL...).
5. **Kiểm tra:** Gấp cổ tay/ngón tay kiểm tra độ căng gân, không quá chặt (gây cứng khớp) hoặc lỏng (gây yếu gấp).
6. **Đóng vết mổ:** Khâu lớp lớp (cân, da), băng vô trùng.

VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC SAU PHẪU THUẬT

- Theo dõi 1-3 ngày: Đau, sưng, dấu hiệu nhiễm trùng.
- Thuốc: Giảm đau, kháng sinh 5-7 ngày.
- **Phục hồi chức năng sớm** (early active motion):
 - Nẹp cố định cổ tay gấp nhẹ và ngón tay duỗi 2-4 tuần.
 - Tập vận động chủ động nhẹ từ tuần 1-2 (theo giao thức Duran hoặc Kleinert).
- Thời gian lành gân: 6-8 tuần, phục hồi chức năng 3-6 tháng.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- **Nhiễm trùng:** Kháng sinh mạnh, mở dẫn lưu.
- **Dính gân:** Vật lý trị liệu tích cực, có thể phẫu thuật giải phóng dính sau 3-6 tháng.
- **Rách gân tái phát:** Phẫu thuật lại, ghép gân nếu cần.
- **Cứng khớp:** Tập phục hồi chức năng.

VIII. GHI CHÉP HỒ SƠ

Ghi đầy đủ trình tự phẫu thuật. Các chỉ số sinh tồn, diễn biến trong và sau phẫu thuật. Ký xác nhận của bác sĩ phẫu thuật

TÀI LIỆU THAM KHẢO CHÍNH:

Quyết định 4484/QĐ-BYT năm 2016: Ban hành **90 quy trình kỹ thuật Ngoại khoa, chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình**, trong đó có quy trình riêng "**Phẫu thuật khâu gân gấp bàn tay và ngón tay**" và "**Xử trí tổn thương gân gấp cẳng tay**"

Quyết định 5728/QĐ-BYT năm 2017: Hướng dẫn quy trình Chấn thương chỉnh hình (khung chung cho tổn thương gân chi trên).

QUY TRÌNH KỸ THUẬT PHẪU THUẬT XỬ TRÍ TỔN THƯƠNG GÂN GẤP BÀN TAY - CỔ TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

Tổn thương gân gấp vùng bàn tay - cổ tay thường theo phân loại **Verdan** (vùng 1-5):

- Vùng 1: Gân gấp sâu ở đốt xa (Jersey finger).
- Vùng 2: "No man's land" – gân gấp trong ống gân từ đốt gần đến cổ tay (phức tạp nhất, dễ dính).
- Vùng 3-5: Gân gấp ở bàn tay và cổ tay (FDS, FDP, FCR, FCU, FPL...).

Phẫu thuật khâu phục hồi gân đứt để tái lập chức năng gấp ngón/cổ tay.

II. CHỈ ĐỊNH

- Gân gấp đứt hoàn toàn hoặc rách >50% (do cắt, rách, nghiền, tai nạn).
- Gãy xương kèm tổn thương gân gấp.
- Gân gấp đứt do viêm mạn tính hoặc chấn thương lặp lại.
- Bệnh nhân trẻ, lao động tay, cần phục hồi chức năng sớm.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm trùng vết thương nặng (mủ, hoại tử) – cần làm sạch, kháng sinh trước, khâu muộn (delayed repair).
- Vết thương quá cũ (>3-4 tuần) với rút ngắn gân – có thể cần ghép gân.
- Rối loạn đông máu nặng chưa kiểm soát.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

- o Giải thích thủ thuật, ký cam kết đồng ý.
- o X-quang bàn tay/cổ tay để loại trừ gãy xương kèm theo.
- o Kháng sinh dự phòng (cephalosporin).

2. Dụng cụ:

- o Chỉ khâu gân: Chỉ không tiêu Prolene/Ethibond 3-0/4-0 (4 lõi + vòng lặp).
- o Chỉ khâu bao gân và da: Vicryl 4-0/5-0, Nylon 5-0/6-0.
- o Dao mổ, kéo, kẹp, panh cầm máu, máy C-arm nếu cần.
- o Thuốc tê/mê: Gây tê đám rối hoặc gây mê toàn thân.

3. Tư thế: Nằm ngửa, tay duỗi trên bàn tay.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- 1. Gây tê/mê:** Gây tê đám rối cổ hoặc gây mê toàn thân.
- 2. Sát trùng:** Sát khuẩn rộng bàn tay/cổ tay bằng betadin + cồn 70%.
- 3. Rửa da:**

- Rạch theo đường zigzag (Bruner incision) hoặc đường thẳng dọc theo nếp da tự nhiên để lộ vùng tổn thương gân.
- Bộc lộ đầu gân đứt, cắt lọc mô hoại tử.

4. Khâu gân gấp:

- **Khâu 4 lõi + vòng lặp** (modified Kessler hoặc Tsuge):
 - Khâu 2-4 lõi dọc thân gân (Prolene 3-0/4-0).
 - Vòng lặp quanh gân để tăng sức chịu lực.
- Khâu bao gân (paratenon) bằng chỉ Vicryl 5-0 để giảm dính.
- Nếu tổn thương vùng 2 ("no man's land"): Khâu gân gấp sâu (FDP) và gân gấp nông (FDS) riêng biệt, bảo tồn bao gân.
- Nếu tổn thương vùng 5 (cổ tay): Khâu từng bó gân riêng (FDS, FDP, FCR, FCU, FPL...).

5. **Kiểm tra:** Gấp cổ tay/ngón tay kiểm tra độ căng gân, không quá chặt (gây cứng khớp) hoặc lỏng (gây yếu gấp).

6. **Đóng vết mổ:** Khâu lớp lớp (cân, da), băng vô trùng.

VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC SAU PHẪU THUẬT

- Theo dõi 1-3 ngày: Đau, sưng, dấu hiệu nhiễm trùng.
- Thuốc: Giảm đau, kháng sinh 5-7 ngày.
- **Phục hồi chức năng sớm** (early active motion):
- Nẹp cố định cổ tay gấp nhẹ và ngón tay duỗi 2-4 tuần.
- Tập vận động chủ động nhẹ từ tuần 1-2 (theo giao thức Duran hoặc Kleinert).
- Thời gian lành gân: 6-8 tuần, phục hồi chức năng 3-6 tháng.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- **Nhiễm trùng:** Kháng sinh mạnh, mở dẫn lưu.
- **Dính gân:** Vật lý trị liệu tích cực, có thể phẫu thuật giải phóng dính sau 3-6 tháng.
- **Rách gân tái phát:** Phẫu thuật lại, ghép gân nếu cần.
- **Cứng khớp:** Tập phục hồi chức năng.

VIII. GHI CHÉP HỒ SƠ

Ghi đầy đủ diễn biến trình tự phẫu thuật. Các chỉ số sinh tồn, diễn biến trong và sau phẫu thuật. Ký xác nhận của bác sĩ phẫu thuật

TÀI LIỆU THAM KHẢO CHÍNH:

Quyết định 4484/QĐ-BYT năm 2016: Ban hành **90** quy trình kỹ thuật Ngoại khoa, chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình, trong đó có quy trình riêng "**Phẫu thuật khâu gân gấp bàn tay và ngón tay**" và "**Xử trí tổn thương gân gấp cổ tay**"

Quyết định 5728/QĐ-BYT năm 2017: Hướng dẫn quy trình Chấn thương chỉnh hình (khung chung cho tổn thương gân chi trên).

QUY TRÌNH KỸ THUẬT PHẪU THUẬT NỐI GÂN DUỖI BÀN TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

Tổn thương gân duỗi bàn tay thường theo phân loại **Verdan** (vùng 4-5):

- Vùng 4: Gân duỗi ở mu bàn tay (junctional zone).
- Vùng 5: Gân duỗi ở cổ tay (dưới cân giữ gân duỗi).

Gân duỗi bàn tay mỏng, phẳng, dễ khâu nhưng dễ dính nếu không phục hồi đúng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Gân duỗi đứt hoàn toàn hoặc rách >50% ở mu bàn tay (do cắt, rách, nghiền).
- Gân duỗi đứt kèm gãy xương đốt bàn.
- Gân duỗi đứt do viêm mạn tính hoặc chấn thương lặp lại.
- Bệnh nhân trẻ, lao động tay, cần phục hồi chức năng sớm.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm trùng vết thương nặng – cần làm sạch, kháng sinh trước, khâu muộn.
- Vết thương quá cũ (>3-4 tuần) với rút ngắn gân – có thể cần ghép gân.
- Rối loạn đông máu nặng chưa kiểm soát.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

- o Giải thích thủ thuật, ký cam kết đồng ý.
- o X-quang bàn tay để loại trừ gãy xương kèm theo.
- o Kháng sinh dự phòng (cephalosporin).

2. Dụng cụ:

- o Chỉ khâu gân: Chỉ không tiêu Prolene/Ethibond 4-0/5-0 (mattress suture hoặc running suture).
- o Chỉ khâu bao gân và da: Vicryl 5-0, Nylon 5-0/6-0.
- o Dao mổ, kéo, kẹp, panh cầm máu.
- o Thuốc tê/mê: Gây tê đám rối hoặc gây mê toàn thân.

3. Tư thế: Nằm ngửa, tay duỗi trên bàn tay.

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

5. **Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. **Gây tê/mê:** Gây tê đám rối cổ hoặc gây mê toàn thân.
2. **Sát trùng:** Sát khuẩn rộng bàn tay bằng betadin + cồn 70%.
3. **Rạch da:**

- Rạch dọc hoặc zigzag theo nếp da mu bàn tay để lộ vùng tổn thương gân.
- Bộc lộ đầu gân đứt, cắt lọc mô hoại tử.

4. **Khâu/nối gân duỗi:**

- **Khâu mattress suture** hoặc **running horizontal mattress** (phổ biến cho gân duỗi mỏng):
 - Khâu ngang gân bằng chỉ 4-0/5-0, mũi liên tục hoặc rời.
- **Khâu 4 lõi + vòng lặp** nếu gân dày (modified Kessler).
- Khâu bao gân (extensor retinaculum) bằng chỉ Vicryl 5-0 để giảm dính.
- Nếu đứt nhiều bó gân: Khâu từng bó riêng (EDC, EIP, EDM...).

5. **Kiểm tra:** Duỗi bàn tay/ngón tay kiểm tra độ căng gân, không quá chặt (gây cứng khớp) hoặc lỏng (gây yếu duỗi).

6. **Đóng vết mổ:** Khâu lớp lớp (cân, da), băng vô trùng.

VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC SAU PHẪU THUẬT

- Theo dõi 1-3 ngày: Đau, sưng, dấu hiệu nhiễm trùng.
- Thuốc: Giảm đau, kháng sinh 5-7 ngày.
- **Phục hồi chức năng sớm:**
 - Nẹp cố định bàn tay duỗi nhẹ 2-4 tuần.
 - Tập vận động chủ động nhẹ từ tuần 1-2 (early active motion).
 - Thời gian lành gân: 6-8 tuần, phục hồi chức năng 3-6 tháng.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- **Nhiễm trùng:** Kháng sinh mạnh, mở dẫn lưu.
- **Dính gân:** Vật lý trị liệu tích cực, phẫu thuật giải phóng dính sau 3-6 tháng.
- **Rách gân tái phát:** Phẫu thuật lại, ghép gân nếu cần.
- **Cứng khớp:** Tập phục hồi chức năng.

VIII. GHI CHÉP HỒ SƠ

Ghi đầy đủ trình tự phẫu thuật. Các chỉ số sinh tồn, diễn biến trong và sau phẫu thuật. Ký xác nhận của bác sĩ phẫu thuật

TÀI LIỆU THAM KHẢO CHÍNH:

Quyết định 4484/QĐ-BYT năm 2016: Ban hành **90 quy trình kỹ thuật Ngoại khoa, chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình**, trong đó có quy trình riêng "**Phẫu thuật khâu gân duỗi bàn tay và ngón tay**"

Quyết định 5728/QĐ-BYT năm 2017: Hướng dẫn quy trình Chấn thương chỉnh hình (khung chung cho tổn thương gân chi trên).

QUY TRÌNH KỸ THUẬT PHẪU THUẬT VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM TỔN THƯƠNG GÂN GẤP

I. ĐẠI CƯƠNG

Vết thương phần mềm kèm tổn thương gân gấp thường do cắt, rách, nghiền nát (dao, máy móc, tai nạn giao thông), ảnh hưởng vùng bàn tay/cổ tay (vùng Verdan 1-5).
Phẫu thuật kết hợp:

- Làm sạch vết thương.
- Khâu gân gấp.
- Bảo tồn bao gân và mô mềm để giảm dính.

II. CHỈ ĐỊNH

- Vết thương phần mềm hở kèm gân gấp đứt hoàn toàn hoặc rách >50%.
- Gãy xương kèm tổn thương gân gấp.
- Vết thương bản nhẹ, có thể làm sạch trong 6-24 giờ.
- Bệnh nhân trẻ, lao động tay, cần phục hồi chức năng sớm.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Vết thương nhiễm trùng nặng (mủ, hoại tử lan rộng) – cần làm sạch, kháng sinh trước, khâu muộn.
- Vết thương quá cũ (>3-4 tuần) với rút ngắn gân – có thể cần ghép gân.
- Rối loạn đông máu nặng chưa kiểm soát.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

- o Giải thích thủ thuật, ký cam kết đồng ý.
- o X-quang bàn tay/cổ tay để loại trừ gãy xương kèm theo.
- o Kháng sinh dự phòng tĩnh mạch (cephalosporin + metronidazole nếu vết bẩn).

2. Dụng cụ:

- o Chỉ khâu gân: Prolene/Ethibond 3-0/4-0 (4 lõi + vòng lặp).
- o Chỉ khâu bao gân và da: Vicryl 4-0/5-0, Nylon 5-0/6-0.
- o Dao mổ, kéo, kẹp, panh cầm máu, máy C-arm nếu cần.
- o Thuốc tê/mê: Gây tê đám rối hoặc gây mê toàn thân.

3. Tư thế: Nằm ngửa, tay duỗi trên bàn tay.

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

5. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. **Gây tê/mê:** Gây tê đám rối cổ hoặc gây mê toàn thân.
2. **Sát trùng và làm sạch vết thương:**
 - Rửa mạnh vết thương bằng nước muối sinh lý (áp lực cao nếu có máy rửa vết thương).
 - Cắt lọc mô hoại tử, loại bỏ dị vật, rửa betadin pha loãng.
3. **Khám và bộc lộ gân:**
 - Mở rộng vết thương theo đường zigzag (Bruner incision) để lộ đầu gân đứt.
 - Xác định gân gấp nông (FDS) và gân gấp sâu (FDP).
4. **Khâu gân gấp:**
 - **Khâu 4 lõi + vòng lặp** (modified Kessler hoặc Tsuge):
 - Khâu 2-4 lõi dọc thân gân (Prolene 3-0/4-0).
 - Vòng lặp quanh gân để tăng sức chịu lực.
 - Khâu bao gân (paratenon) bằng chỉ Vicryl 5-0 để giảm dính.
 - Nếu tổn thương vùng 2 ("no man's land"): Khâu FDP và FDS riêng biệt, bảo tồn bao gân.
 - Nếu tổn thương vùng 5 (cổ tay): Khâu từng bó gân riêng (FDS, FDP, FCR, FCU, FPL...).
5. **Kiểm tra:** Gấp cổ tay/ngón tay kiểm tra độ căng gân, không quá chặt hoặc lỏng.
6. **Đóng vết mổ:** Khâu lớp lớp (cân, da), đặt dẫn lưu nếu vết thương bẩn, băng vô trùng.

VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC SAU PHẪU THUẬT

- Theo dõi 1-3 ngày: Đau, sưng, dấu hiệu nhiễm trùng.
- Thuốc: Giảm đau, kháng sinh 5-7 ngày.
- **Phục hồi chức năng sớm** (early active motion):
 - + Nẹp cố định cổ tay gấp nhẹ và ngón tay duỗi 2-4 tuần.
 - + Tập vận động chủ động nhẹ từ tuần 1-2 (theo giao thức Duran hoặc Kleinert).
 - + Thời gian lành gân: 6-8 tuần, phục hồi chức năng 3-6 tháng.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- **Nhiễm trùng:** Kháng sinh mạnh, mở dẫn lưu.
- **Dính gân:** Vật lý trị liệu tích cực, phẫu thuật giải phóng dính sau 3-6 tháng.
- **Rách gân tái phát:** Phẫu thuật lại, ghép gân nếu cần.
- **Cứng khớp:** Tập phục hồi chức năng.

VIII. GHI CHÉP HỒ SƠ

Ghi đầy đầy đủ trình tự phẫu thuật. Các chỉ số sinh tồn, diễn biến trong và sau phẫu thuật. Ký xác nhận của bác sĩ phẫu thuật

TÀI LIỆU THAM KHẢO CHÍNH:

Quyết định 4484/QĐ-BYT năm 2016: Ban hành **90 quy trình kỹ thuật Ngoại khoa, chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình**, trong đó có quy trình riêng "**Phẫu thuật khâu gân gấp bàn tay và ngón tay**" và "**Xử trí vết thương phần mềm kèm tổn thương gân**"

Quyết định 5728/QĐ-BYT năm 2017: Hướng dẫn quy trình Chấn thương chỉnh hình (khung xử trí tổn thương gân chi trên).

QUY TRÌNH KỸ THUẬT KHÂU TÔN THƯƠNG GÂN GẤP VÙNG I, III, IV, V PHÂN VÙNG VERDAN CHO GÂN GẤP (FLEXOR TENDONS)

- **Vùng I:** Đốt xa ngón tay (distal phalanx) – từ chỗ bám gân FDP đến đầu ngón.
- **Vùng II:** "No man's land" – từ cổ tay đến đốt gần (proximal phalanx) – khu vực ống gân (tendon sheath), phức tạp nhất.
- **Vùng III:** Bàn tay (palm) – từ cổ tay đến đầu ống gân.
- **Vùng IV:** Cổ tay – dưới retinaculum flexor (cân giữ gân gấp).
- **Vùng V:** Cẳng tay – trên retinaculum flexor.

QUY TRÌNH CHUNG CHO KHÂU GÂN GẤP (ÁP DỤNG CHO TẤT CẢ VÙNG)

1. **Gây tê/mê:** Gây tê đám rối cổ (brachial plexus block) hoặc gây mê toàn thân.
2. **Sát trùng và làm sạch:** Rửa vết thương mạnh bằng nước muối sinh lý, cắt lọc mô hoại tử, loại bỏ dị vật.
3. **Bộc lộ gân:** Rạch da theo đường zigzag (Bruner incision) hoặc đường thẳng dọc nếp da để lộ đầu gân đứt.
4. **Khâu gân:**
 - o Kỹ thuật tiêu chuẩn hiện nay: **Khâu 4 lỗ + vòng lặp** (modified Kessler hoặc Tsuge) bằng chỉ không tiêu Prolene/Ethibond 3-0/4-0.
 - o Vòng lặp quanh gân để tăng sức chịu lực.
 - o Khâu bao gân (paratenon) bằng chỉ Vicryl 5-0 để giảm dính.
5. **Kiểm tra:** Gấp ngón tay kiểm tra độ căng gân (không quá chặt gây cứng khớp, không lỏng gây yếu gấp).
6. **Đóng vết mổ:** Khâu lớp lớp, băng vô trùng.

ĐẶC ĐIỂM VÀ KỸ THUẬT KHÂU Ở TỪNG VÙNG

Vùng I (*Jersey finger – đứt gân gấp sâu ở đốt xa*)

- **Đặc điểm:** Gân FDP đứt tại chỗ bám ở đốt xa, gây không gấp được đốt cuối ngón (mallet-like nhưng ở gấp).
- **Kỹ thuật:**
 - o Rạch da mặt lòng ngón, bộc lộ chỗ bám gân.
 - o Khâu gân trực tiếp vào xương đốt xa bằng chỉ không tiêu 3-0/4-0 (mũi Bunnell hoặc pull-out suture).
 - o Cố định thêm bằng đinh Kirschner (K-wire) xuyên qua khớp liên đốt xa (DIP) trong 4-6 tuần.
- **Phục hồi:** Nẹp cố định DIP gấp nhẹ 6-8 tuần, tập chủ động sớm.
- **Tiêu lượng:** Tốt nếu khâu sớm, nhưng dễ cứng khớp DIP.

Vùng III (*bàn tay – palm*)

- **Đặc điểm:** Gân FDS và FDP ở vùng bàn tay, ít ống gân, dễ tiếp cận hơn vùng II.

- **Kỹ thuật:**
 - Rạch da theo nếp da bàn tay (zigzag).
 - Khâu từng gân riêng (FDS và FDP) bằng kỹ thuật 4 lỗ + vòng lặp.
 - Khâu bao gân nếu có.
- **Phục hồi:** Nẹp cổ tay gấp nhẹ, tập sớm từ tuần 1-2.
- **Tiêu lượng:** Tốt, ít dính hơn vùng II.

Vùng IV (cổ tay – dưới retinaculum flexor)

- **Đặc điểm:** Gân FDS, FDP, FCR, FCU, FPL đi dưới retinaculum flexor (carpal tunnel).
- **Kỹ thuật:**
 - Rạch dọc mặt trước cổ tay, có thể mở rộng retinaculum flexor.
 - Khâu từng bó gân riêng bằng 4 lỗ + vòng lặp.
 - Khâu lại retinaculum flexor để tránh dính và hội chứng ống cổ tay.
- **Phục hồi:** Nẹp cổ tay gấp nhẹ, tập sớm.
- **Tiêu lượng:** Tốt nếu khâu sớm, nhưng dễ dính do không gian hẹp.

Vùng V (cẳng tay – trên retinaculum flexor)

- **Đặc điểm:** Gân FDS, FDP, FCR, FCU, FPL ở cẳng tay, nhiều cơ, dễ tiếp cận.
- **Kỹ thuật:**
 - Rạch dọc mặt trước cẳng tay.
 - Khâu từng bó gân riêng bằng 4 lỗ + vòng lặp.
 - Không cần khâu bao gân (không có ống gân ở vùng này).
- **Phục hồi:** Nẹp cổ tay gấp nhẹ, tập sớm.
- **Tiêu lượng:** Tốt nhất trong các vùng, ít dính.

THEO DÕI VÀ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

- **Phục hồi sớm (early active motion):** Nẹp cố định cổ tay gấp nhẹ và ngón tay duỗi 2-4 tuần, tập chủ động nhẹ từ tuần 1-2 (giao thức Duran hoặc Kleinert).
- **Thời gian lành gân:** 6-8 tuần, phục hồi chức năng 3-6 tháng.
- **Tai biến phổ biến:** Dính gân (adhesion), cứng khớp (stiffness), rách gân tái phát (rerupture).
- **Xử trí:** Vật lý trị liệu tích cực, phẫu thuật giải phóng dính nếu cần sau 3-6 tháng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO CHÍNH:

- Bộ Y tế (2016): **Quyết định 4484/QĐ-BYT** – Quy trình khâu gân gấp bàn tay và ngón tay.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT PHẪU THUẬT TÁI TẠO - PHỤC HỒI TÔN THƯƠNG GÂN GẤP BÀN TAY THÌ 1

ĐẶC ĐIỂM TÔN THƯƠNG VÙNG 1

- Gân gấp sâu (FDP – Flexor Digitorum Profundus) bị **đứt tại chỗ bám** vào nền xương đốt xa (distal phalanx) hoặc bị **rút cả mảnh xương nhỏ** kèm theo (avulsion fracture).
- Hậu quả: **Không gấp được đốt cuối ngón** (đốt xa – DIP joint), ngón ở tư thế duỗi nhẹ, khi cố gấp ngón sẽ chỉ gấp được đốt giữa (PIP), đốt xa vẫn duỗi.
- Hay gặp ở ngón áp út (ngón 4) > ngón giữa > ngón trỏ.
- Thường xảy ra khi kéo mạnh ngón trong tư thế gấp (kéo áo, bóng bầu dục, vật nặng...).

PHÂN ĐỘ TÔN THƯƠNG (LEDDY & PACKER)

- **Loại 1:** Gân đứt, co rút lên đến đốt giữa (PIP), khoảng cách lớn nhất → cần phẫu thuật sớm.
- **Loại 2:** Gân đứt, co rút lên đến khớp PIP.
- **Loại 3:** Gân đứt kèm mảnh xương lớn, mảnh xương bị kẹt ở khớp PIP → rất khó kéo về.
- **Loại 4** (ít gặp): Gân đứt + mảnh xương nhỏ, mảnh xương kẹt ở khớp PIP.

CHỈ ĐỊNH PHẪU THUẬT

Hầu như **tất cả các trường hợp** đều cần phẫu thuật (trừ một số rất ít trường hợp người lớn tuổi, ít hoạt động, chấp nhận không gấp được đốt cuối ngón).

Càng phẫu thuật sớm càng tốt (tốt nhất trong **1-2 tuần đầu**):

- Loại 1 & 2: Phải kéo gân về bám lại sớm, nếu để lâu gân co rút nhiều, không kéo được → phải ghép gân.
- Loại 3 & 4: Thường cần phẫu thuật sớm để lấy mảnh xương về.

Các phương pháp phẫu thuật chính (đang sử dụng phổ biến ở Việt Nam)

1. Phương pháp khâu trực tiếp + cố định bằng K-wire (phương pháp kinh điển – phổ biến nhất)

- Rạch da mặt lòng đốt giữa hoặc đốt xa.
- Tìm đầu gân đứt (thường co lên cao).
- Dùng chỉ kéo gân về, khâu gân vào nền xương đốt xa bằng kỹ thuật **pull-out suture** hoặc **anchor suture** (neo xương nhỏ hoặc chỉ xuyên xương).
- Cố định khớp liên đốt xa (DIP) bằng **đinh Kirschner (K-wire)** trong tư thế gấp nhẹ 20-30° (để giảm căng gân).
- Thời gian cố định K-wire: **6-8 tuần**.

2. Phương pháp dùng Mini-suture anchor (neo nhỏ bám xương)

- Hiện đại hơn, đang được áp dụng nhiều ở các bệnh viện lớn.

- Đặt 1 neo mini (mini-suture anchor) vào nền xương đốt xa.
- Khâu gân trực tiếp vào neo → không cần xuyên chỉ qua da, ít kích ứng hơn.
- Có thể không cần cố định K-wire hoặc chỉ cố định ngắn hơn (4-6 tuần).
- Ưu điểm: Ít kích ứng da, phục hồi nhanh hơn.

3. Phương pháp ghép gân (chỉ làm khi tổn thương cũ, gân co rút nhiều)

- Lấy gân ghép từ nơi khác (thường gân gấp nông FDS của chính ngón đó hoặc gân gấp từ ngón khác).
- Khâu nối 2 đầu gân.
- Tiên lượng kém hơn, chức năng gấp đốt xa thường không hoàn hảo.

QUY TRÌNH PHẪU THUẬT (PHƯƠNG PHÁP PHỔ BIẾN NHẤT HIỆN NAY – NEO + K-WIRE)

1. Gây tê đám rối hoặc gây mê toàn thân.
2. Rạch da mặt lòng đốt giữa hoặc đốt xa.
3. Tìm và kéo đầu gân đứt về (thường cần rạch thêm ở đốt giữa để lấy gân).
4. Đặt **mini-suture anchor** vào nền xương đốt xa hoặc khâu pull-out suture.
5. Khâu gân vào neo/chỉ bằng kỹ thuật **Bunnell** hoặc **modified Kessler**.
6. Cố định khớp DIP bằng **K-wire** (đưa từ đầu ngón xuyên qua khớp DIP, giữ ở tư thế gấp nhẹ).
7. Khâu da, băng vô trùng.

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG SAU PHẪU THUẬT

- **Tuần 0-6:** Nẹp cố định DIP gấp nhẹ, tập gấp chủ động các khớp còn lại (PIP, MCP).
- **Tuần 6-8:** Rút K-wire, tập gấp chủ động nhẹ đốt xa.
- **Sau 8 tuần:** Tăng dần vận động, tập kháng trở.
- Thời gian phục hồi chức năng tốt: 3-6 tháng (đốt xa thường gấp kém hơn một chút so với bình thường).

TÀI LIỆU THAM KHẢO CHÍNH:

Bộ Y tế (2016): Quyết định 4484/QĐ-BYT – Quy trình khâu gân gấp bàn tay và ngón tay.

PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG XƯƠNG BÁNH CHÈ

I. ĐẠI CƯƠNG

Xương bánh chè là xương vùng lớn nhất cơ thể, nằm trong gân cơ tứ đầu đùi, đóng vai trò đòn bẩy cơ học quan trọng, làm tăng lực cơ của cơ tứ đầu lên đến 50% trong động tác duỗi gối. Phẫu thuật kết hợp xương (KHX) xương bánh chè là phẫu thuật nội khớp nhằm mục đích nắn chỉnh chính xác các mảnh gãy, khôi phục hoàn toàn bề mặt trơn láng của mặt khớp sau xương bánh chè, đồng thời tái tạo lại sự toàn vẹn và liên tục của hệ thống duỗi gối (cơ tứ đầu - xương bánh chè - gân bánh chè). Mục tiêu cuối cùng là đạt được sự vững chắc cơ học để cho phép tập vận động sớm, phòng ngừa cứng khớp và thoái hóa khớp bánh chè - đùi thứ phát.

II. CHỈ ĐỊNH

- Gãy xương bánh chè có di lệch giữa các mảnh gãy $> 4\text{mm}$.
- Gãy xương bánh chè có di lệch, tạo bậc thang ở mặt khớp $> 2\text{mm}$ (bất kể khoảng cách giữa các mảnh).
- Gãy xương bánh chè dọc, ngang, cực trên, cực dưới hoặc vụn nhiều mảnh không vững.
- Gãy hở xương bánh chè.
- Một số chỉ định khác theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị do Bộ Y tế ban hành.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Gãy xương bánh chè không di lệch hoặc di lệch rất ít (khe gãy $< 2\text{mm}$, bậc thang khớp $< 1\text{mm}$), không ảnh hưởng đến cơ chế duỗi gối chủ động, có thể điều trị bảo tồn.
- Gãy xương bánh chè "trong bao" (còn vỏ xương liên tục) và vững.
- Người bệnh có tình trạng nhiễm trùng da, phần mềm nặng ngay tại vùng đầu gối.
- Người bệnh có bệnh lý toàn thân nặng (suy tim, suy hô hấp mất bù, rối loạn đông máu không kiểm soát) không cho phép phẫu thuật và gây mê.

IV. THẬN TRỌNG

- Kiểm tra kỹ diện khớp: Bắt buộc phải mở khớp (thường qua đường rạch cánh ngoài bánh chè) để quan sát trực tiếp mặt sau xương bánh chè. Đảm bảo nắn chỉnh hoàn hảo, không còn bậc thang hay khe hở để ngừa thoái hóa khớp.
- Bảo tồn nguồn máu nuôi: Xương bánh chè được nuôi dưỡng bởi mạng lưới mạch máu đi vào từ cực trên và các bờ trong, ngoài. Cần hạn chế bóc tách phần mềm quá mức, đặc biệt ở mặt trước và các bờ, để tránh hoại tử mảnh xương.

- Đảm bảo độ vững của hệ thống duỗi: Phương pháp cố định phải đủ chắc để chống lại lực kéo mạnh của cơ tứ đầu đùi, cho phép tập duỗi gối chủ động sớm mà không lo đứt lại.

V. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Nhân lực trực tiếp:* Phẫu thuật viên chuyên khoa Chấn thương Chỉnh hình.
- Nhân lực hỗ trợ:* Hai phụ mổ, một dụng cụ viên, bác sĩ gây mê hồi sức.

5.2. Thuốc

- Kháng sinh dự phòng: Kháng sinh phổ rộng
- Dung dịch sát khuẩn.

5.3. Vật tư

- Kim Kirschner: Cỡ 1.8mm, 2.0mm hoặc 2.2mm (ít nhất 02 cây).
- Chỉ thép không gỉ liền kim, đường kính 1.0mm hoặc 1.2mm.
- Hệ thống nẹp vít chuyên dụng cho xương bánh chè (nẹp móc cực trên/dưới, nẹp hình cánh bướm, vít xóp cỡ nhỏ) - sử dụng thay thế hoặc bổ sung cho chỉ thép trong gãy phức tạp.
- Chỉ khâu: Chỉ khâu gân, cân (Vicryl 1, 2-0), chỉ khâu da.
- Dẫn lưu ống cao su hoặc silicone.

5.4. Trang thiết bị

- Bàn mổ.
- Máy khoan xương cầm tay.
- Bộ dụng cụ kết hợp xương nhỏ.
- Máy hút, máy đốt điện.

5.5. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích rõ về tình trạng gãy xương, mục đích phẫu thuật, các nguy cơ (nhiễm trùng, đứt lại gân, cứng khớp, đau khớp bánh chè-đùi mạn tính, cần lấy phương tiện sau này...).
- Người bệnh/nhà ký cam đoan phẫu thuật.
- Vệ sinh vùng gối, cẳng chân sạch sẽ. Nhịn ăn uống theo quy định.
- Chụp X-quang khớp gối thẳng, nghiêng, chếch trục bánh chè để đánh giá đường gãy và mức độ di lệch.

5.6. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế.

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật

Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

Tại phòng mổ thuộc khoa Gây mê hồi sức.

5.9. Kiểm tra hồ sơ

a) *Kiểm tra người bệnh*: Xác định đúng người, đúng chẩn đoán, đánh dấu đúng chi thể cần phẫu thuật.

b) *Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật*.

c) *Đặt tư thế BN*: Người bệnh nằm ngửa trên bàn mổ, chân duỗi thẳng. Có thể kê một gối nhỏ dưới gối để gối gấp nhẹ 10-15 độ nếu cần. Garô đã quấn sẵn ở đùi.

VI. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Vô cảm

- Tiến hành gây mê/tê theo chỉ định.

6.2. Bước 2: Rửa da, mở khớp và làm sạch

- Rửa da đường giữa trước gối (midline) hoặc đường bên trong (parapatellar), dài 10-15cm, từ trên cực trên xương bánh chè đến dưới lồi củ chày.
- Rửa cân, mở bao khớp, bộc lộ toàn bộ xương bánh chè và ổ gãy.
- Hút sạch máu tụ trong khớp và ổ gãy. Rửa khớp bằng nước muối sinh lý để lấy các mảnh sụn vụn.

6.3. Bước 3: Nắn chỉnh và cố định tạm thời

- Nắn chỉnh chính xác các mảnh gãy, đặc biệt chú ý bề mặt khớp sau.
- Dùng kẹp xương (reduction clamp) giữ tạm các mảnh chính.
- Với gãy ngang đơn giản: Xuyên hai kim Kirschner song song theo trục dọc xương bánh chè, từ cực dưới lên cực trên, qua cả hai mảnh gãy.

6.4. Bước 4: Cố định xương

- Kỹ thuật Tension Band Wiring (Nẹp ép bằng chỉ thép):
 - Luồn một sợi chỉ thép phía sau xương bánh chè, ngang qua gân bánh chè và gân cơ tứ đầu, sát mặt trước xương.
 - Vắt chỉ thép hình số 8 hoặc hình 0 phía trước hai kim Kirschner.
 - Siết chặt từ từ chỉ thép để tạo lực ép chặt ổ gãy, biến lực kéo của cơ tứ đầu thành lực ép tại ổ gãy.
- Kỹ thuật Cerclage Wiring (Buộc vòng chỉ thép): Áp dụng cho gãy vụn nhiều mảnh. Luồn chỉ thép vòng quanh chu vi xương bánh chè để giữ các mảnh vỡ lại với nhau, có thể phối hợp với kim Kirschner.
- Kỹ thuật dùng Nẹp vít: Với gãy cực trên/dưới hoặc mảnh lớn, sử dụng nẹp móc (hook plate) hoặc nẹp tạo hình kết hợp với vít xóp nhỏ để cố định.

6.5. Bước 5: Kiểm tra mặt khớp và đóng vết mổ

- Bắt buộc: Rạch mở bao khớp ở cánh ngoài bánh chè (lateral retinaculum) để đưa ngón tay hoặc dụng cụ vào sờ nắn, quan sát trực tiếp mặt khớp sau xương bánh chè, đảm bảo hoàn toàn phẳng.
- Kiểm tra độ vững bằng cách cho bệnh nhân (nếu gây tê) hoặc dùng tay gấp duỗi gối thụ động nhẹ nhàng.
- Cắt ngắn và uốn cong đầu kim Kirschner nếu có.
- Cầm máu kỹ. Bơm rửa lại khớp.
- Đặt dẫn lưu trong khớp.
- Khâu phục hồi bao khớp và cánh ngoài bánh chè. Khâu cân, dưới da và da.

6.6. Bước cuối: Kết thúc quy trình

- Băng ép vết thương. Đặt chân trên nẹp lòng thuyền hoặc bó bột căng-bàn chân ở tư thế duỗi hoàn toàn trong những ngày đầu.
- Đánh giá tình trạng người bệnh, đặc biệt cảm giác và vận động bàn chân (kiểm tra thần kinh mào chung).
- Ghi chép chi tiết phương pháp cố định vào hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho khoa Hồi sức/Hậu phẫu.

VII. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong mổ

- Vỡ thêm mảnh gãy khi khoan/kim đâm: Cần thay đổi vị trí, sử dụng thêm chỉ thép buộc vòng để ổn định mảnh vỡ.
- Khó nắn chỉnh mặt khớp: Phải kiên trì, có thể dùng vít ép (lag screw) tạm thời để kéo và giữ các mảnh.

7.2. Tai biến sau mổ

- Nhiễm trùng khớp/sâu: Biểu chứng nặng. Xử trí: dùng kháng sinh mạnh theo kháng sinh đồ, thay băng, dẫn lưu mủ. Nếu nhiễm trùng kháng trị hoặc vật liệu lỏng lẻo, phải mổ lại lấy bỏ toàn bộ phương tiện và làm sạch triệt để.
- Đứt lại hệ thống duỗi/Toạc phương tiện cố định: Thường do tập quá sớm, quá mạnh hoặc kỹ thuật cố định không vững. Người bệnh đột ngột mất duỗi chủ động. Xử trí: Phẫu thuật lại để sửa chữa hoặc thay thế phương tiện cố định.
- Hạn chế tầm vận động gối (Cứng khớp): Nguyên nhân chính do đau, sợ đau và không tập luyện sớm. Xử trí: Giảm đau tích cực, bắt đầu tập vận động thụ động và chủ động có kiểm soát sớm (có thể từ 1-2 tuần sau mổ nếu cố định vững), dưới sự hướng dẫn của kỹ thuật viên vật lý trị liệu.

7.3. Biến chứng muộn

- Đau khớp bánh chè-đùi mạn tính/Thoái hóa khớp: Do di chứng của tổn thương sụn khớp ban đầu hoặc do nắn chỉnh mặt khớp không hoàn hảo. Xử trí: vật lý trị liệu, thuốc giảm đau, tiêm khớp. Nặng có thể cần phẫu thuật.
- Chậm liền xương/Khớp giả: Ít gặp nếu cố định vững. Xử trí: mổ lại kết xương kèm ghép xương tự thân.
- Kích ứng phần mềm do phương tiện: Đầu kim Kirschner hoặc nút thắt chỉ thép cọ xát gây đau. Xử trí: Rút kim Kirschner, cắt chỉ thép sau khi xương liền vững (thường sau 6-12 tháng).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2014). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa - chuyên khoa Phẫu thuật chấn thương chỉnh hình, Phẫu thuật cột sống. Quyết định số 198/QĐ-BYT ngày 16/01/2014 của Bộ Y tế.

PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG GÃY THÂN XƯƠNG CHÀY

I. ĐẠI CƯƠNG

Gãy thân xương cẳng chân (xương chày và xương mác) là loại gãy xương thường gặp, được định nghĩa là gãy ở vị trí dưới nếp gấp gối 5cm và trên nếp gấp cổ chân 5cm. Phẫu thuật kết hợp xương (KHX) nhằm mục đích nắn chỉnh diện gãy về đúng vị trí giải phẫu và cố định vững chắc bằng phương tiện cơ học (đinh nội tủy có chốt hoặc nẹp vít khóa). Mục tiêu là phục hồi chiều dài, trục xoay và trục thẳng của chi, tạo điều kiện cho người bệnh vận động sớm, phục hồi chức năng và tránh các biến chứng như cứng khớp, teo cơ, khớp giả.

II. CHỈ ĐỊNH

- Gãy kín thân hai xương cẳng chân (xương chày và mác) ở người lớn hoặc trẻ em, có di lệch nhiều, không thể nắn chỉnh bảo tồn hoặc điều trị bảo tồn thất bại.
- Gãy hở độ I theo phân loại Gustilo (vết thương sạch, < 1cm, tổn thương phần mềm tối thiểu), người bệnh đến sớm trong vòng 6-8 giờ.
- Các trường hợp gãy xương không vững: gãy chéo xoắn, gãy nhiều mảnh (gãy 3 mảnh trở lên), gãy có đoạn thứ ba.
- Gãy xương bệnh lý (u xương, nang xương) ở vùng thân xương chày.
- Một số chỉ định khác theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị do Bộ Y tế ban hành.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Gãy hở từ độ II Gustilo trở lên (vết thương rộng, ô nhiễm nhiều, tổn thương phần mềm nặng) hoặc gãy hở đến muộn (quá 8-12 giờ). Thường xử trí cắt lọc, làm sạch vết thương trước, KHX thì hai.
- Người bệnh đang có tình trạng nhiễm trùng cấp tính tại vùng cẳng chân.
- Gãy không di lệch hoặc di lệch ít ở trẻ em (có thể điều trị bảo tồn bằng bột).
- Tình trạng toàn thân quá nặng (sốc chấn thương không ổn định, suy hô hấp tuần hoàn) không cho phép thực hiện phẫu thuật kéo dài.

IV. THẬN TRỌNG

- Cần phẫu tích nhẹ nhàng, bảo vệ tối đa màng xương và phần mềm xung quanh ổ gãy để duy trì nguồn máu nuôi, thúc đẩy liền xương và giảm nguy cơ nhiễm trùng.
- Theo dõi sát tình trạng tưới máu ngoại vi (màu sắc da, nhiệt độ, mạch mu chân) và các dấu hiệu sớm của hội chứng chèn ép khoang (đau dữ dội, căng cứng cơ, giảm cảm giác, đau khi kéo căng cơ), đặc biệt với gãy 1/3 trên cẳng chân.

- Lựa chọn phương pháp cố định phù hợp: Đinh nội tủy (IMN) là lựa chọn vàng cho hầu hết gãy thân xương chày vì ít xâm lấn, vững chắc cơ học và cho phép tỳ sớm. Nẹp vít được cân nhắc trong một số trường hợp đặc biệt (ổ gãy gần khớp, có tổn thương mạch máu cần phẫu tích).

V. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

a) *Nhân lực trực tiếp*: 01 Phẫu thuật viên chính chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình và 02 trợ thủ phẫu thuật.

b) *Nhân lực hỗ trợ*: 01 Dụng cụ viên và kíp gây mê hồi sức (bác sĩ, kỹ thuật viên).

5.2. Thuốc

- Dung dịch sát khuẩn vùng mổ (Povidone Iodine 10%, cồn 70 độ)..
- Kháng sinh dự phòng đường tĩnh mạch trước mổ.
- Thuốc dự phòng huyết khối tĩnh mạch sâu.

5.3. Vật tư

- Bộ dụng cụ kết hợp xương cẳng chân cơ bản.
- **Phương tiện KHX:**
 - + Đinh nội tủy có chốt: Hệ thống đinh và dụng cụ luồn đinh tương ứng (SIGN, Küntscher, các hệ thống hiện đại), vít chốt gần và xa.
 - + Nẹp vít (LCP): Nẹp khóa thân xương chày (4.5mm LCP), vít khóa, vít vỏ xương 4.5mm, bộ khoan vặn.
- Dẫn lưu kín, chỉ khâu các loại.

5.4. Trang thiết bị

- Bàn mổ chỉnh hình, máy hút, dao điện.
- Màn huỳnh quang tăng sáng (C-arm) (nếu có).
- Hệ thống garo hơi.(nếu có)
- Bàn kéo chỉnh hình (nếu cần) nếu đóng đinh nội tủy (tùy kỹ thuật và thói quen).

5.5. Người bệnh

- Được giải thích rõ về quy trình phẫu thuật (ưu tiên đinh nội tủy), các tai biến có thể xảy ra (nhiễm trùng, tổn thương thần kinh, hội chứng khoang, khớp giả, chậm liền xương...).
- Vệ sinh sạch sẽ vùng mổ, cạo lông chi phẫu thuật và nhịn ăn tối thiểu 6 giờ trước mổ.
- Xét nghiệm tiền phẫu đầy đủ, đặc biệt đánh giá tình trạng mạch máu chi dưới.

5.6. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế.

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật

Theo thời gian phẫu thuật thực tế.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

Tại phòng mổ vô khuẩn thuộc khoa Gây mê hồi sức.

5.9. Kiểm tra hồ sơ

a) *Kiểm tra người bệnh*: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán và đúng vị trí căng chân cần can thiệp (đánh dấu chi mổ).

b) *Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật*.

c) *Đặt tư thế BN*: Nằm ngửa, chân duỗi thẳng. Với đình nội tủy, có thể đặt chân lên bàn kéo chỉnh hình, gối gấp 90 độ.

VI. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Vô cảm và đặt garo(nếu có)

- Tiến hành gây mê toàn thân hoặc gây tê tủy sống.
 - Sát khuẩn rộng toàn bộ chi dưới, trái toàn vô khuẩn.
 - Đặt garo hơi 1/3 dưới đùi, áp lực khoảng 350-400 mmHg (nếu dùng).
- Ghi chú thời gian.

6.2. Bước 2: Bộc lộ điểm vào và ổ gãy

- Với đình nội tủy (kỹ thuật ưu tiên):
 - + Rạch da đường dọc khoảng 3-5cm mặt trước, ngay trên và dọc theo gân bánh chè.
 - + Tách đôi sợi gân bánh chè, bộc lộ lõi củ trước xương chày.
 - + Mở điểm vào ống tủy: Sử dụng mũi khoan cung hoặc đục xương, tạo lỗ vào ống tủy ngay sau lõi củ trước xương chày 1-1.5cm, theo hướng trục của ống tủy.
- Với nẹp vít:
 - + Rạch da dọc song song và cách mào chày về phía ngoài khoảng 1cm, dài đủ để bộc lộ ổ gãy.
 - + Tách cơ chày trước ra phía trước (bóc xương), bộc lộ mặt ngoài xương chày và ổ gãy.

6.3. Bước 3: Nắn chỉnh và tạo đường ống tủy

- Với đình nội tủy:
 - + Luồn que thăm dò (guide wire) có đầu mềm vào ống tủy, vượt qua ổ gãy dưới hướng dẫn của C-arm.
 - + Nắn chỉnh trục, chiều dài và xoay của chi bằng tay hoặc qua bàn kéo. Đảm bảo que dẫn nằm giữa ống tủy trên cả hai bình diện.

- + Tuần tự nong rộng ống tủy bằng các trâm nong (reamer) cho đến kích thước phù hợp (thường lớn hơn đường kính đinh dự kiến 1-1.5mm).
- **Với nẹp vít:** Trực tiếp nắn chỉnh ổ gãy bằng tay hoặc kìm kẹp, khôi phục trục và chiều dài.

6.4. Bước 4: Cố định vĩnh viễn

- **Với đinh nội tủy:**
 - + Lựa chọn đinh có chiều dài và đường kính phù hợp. Luồn đinh vào ống tủy dọc theo que dẫn.
 - + Rút que dẫn. Kiểm tra dưới C-arm đảm bảo đinh nằm đúng vị trí, ổ gãy được cố định vững.
 - + Bắt vít chốt: Sử dụng mẫu định vị để bắt vít chốt gần (qua lỗ trên đinh) và vít chốt xa (dưới hướng dẫn của C-arm) qua cả hai vỏ xương. Ít nhất 2 vít chốt ở mỗi đầu.
- **Với nẹp vít:**
 - + Chọn nẹp LCP phù hợp, uốn nẹp nhẹ nếu cần.
 - + Đặt nẹp áp sát mặt xương. Cố định tạm. Khoan và bắt các vít khóa hoặc vít ép. Nguyên tắc: mỗi đầu ổ gãy tối thiểu 3-4 vít, ưu tiên vít khóa ở vùng xương xẹp gần khớp.

6.5. Bước 5: Đóng vết mổ

- Kiểm tra độ vững, cầm máu kỹ. Bơm rửa sạch.
- Đặt dẫn lưu ổ gãy (thường đặt với nẹp vít, có thể không cần với đinh nội tủy kín).
- Khâu phục hồi gân bánh chè (với đinh nội tủy) hoặc cơ che xương (với nẹp vít). Khâu các lớp theo giải phẫu và đóng da.

6.6. Bước cuối cùng: Kết thúc quy trình

- Tháo garo (nếu có). Đánh giá ngay tình trạng tưới máu, cảm giác, vận động ngón chân.
- Băng ép vết mổ.
- **Thường không cần bất động bột nếu cố định vững.** Có thể dùng nẹp chức năng.
- Hoàn thiện hồ sơ phẫu thuật, bàn giao người bệnh về phòng hồi tỉnh.

VII. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- *Nứt/ vỡ xương khi nong tủy hoặc luồn đinh:*

- + Xử trí: Nếu vỡ nhỏ, tiếp tục cố định bằng đinh và có thể bắt thêm vít cố định đoạn vỡ. Nếu vỡ lớn gây mất vững, có thể phải chuyển sang dùng nẹp dài hơn hoặc cố định ngoài.
- *Khó nắn chỉnh trực hoặc que dẫn không qua được ổ gãy:*
 - + Xử trí: Có thể cần rạch mở nhỏ tại ổ gãy để nắn chỉnh trực tiếp (phẫu thuật mở).

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- *Hội chứng chèn ép khoang:* Biện chứng cấp cứu.
 - + Xử trí: Cắt bỏ ngay tất cả băng bột, nâng cao chi. Nếu triệu chứng không cải thiện, phải mở cân giải ép cấp cứu tất cả 4 khoang cẳng chân.
- *Nhiễm trùng:*
 - + Xử trí: Kháng sinh đường tĩnh mạch theo kháng sinh đồ. Nếu nhiễm trùng nông, chăm sóc vết thương. Nếu nhiễm trùng sâu (viêm xương), thường phải tháo dụng cụ, cắt lọc rộng và đặt cement kháng sinh.
- *Tắc mạch mỡ:* Biểu hiện khó thở, lú lẫn, ban xuất huyết... sau mổ 24-72h.
 - + Xử trí: Hỗ trợ hô hấp (thở oxy, thở máy), truyền dịch, điều trị tại đơn vị hồi sức tích cực.

7.3. Biện chứng muộn

- *Chậm liền xương/ Khớp giả:*
 - + Xử trí: Với đinh nội tủy, có thể "động hóa" bằng cách tháo bớt một vít chốt ở đầu xa để tăng lực ép trực tại ổ gãy. Nếu thất bại, phải phẫu thuật lại: lấy đinh cũ, nạo ổ khớp giả, ghép xương tự thân và cố định lại bằng đinh lớn hơn hoặc nẹp.
- *Gãy vít, gãy đinh:*
 - + Xử trí: Phẫu thuật thay dụng cụ mới, thường kèm ghép xương.
- *Đau vùng gói (đặc biệt sau đinh nội tủy):*
 - + Xử trí: Vật lý trị liệu, thuốc giảm đau. Nếu đau dai dẳng do đinh chồi ra, có thể phẫu thuật tháo đinh sau khi xương liền vững (thường sau 1.5-2 năm).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2022). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa chuyên khoa Phẫu thuật Tim mạch, Cột sống, Chi dưới, Gan mật, Thần kinh, Ung bướu, Trung tâm ghép tạng, tiêu hóa, Nam học. Quyết định số 11/QĐ-BYT ngày 04/01/2022 của Bộ Y tế.
2. Bộ Y tế (2014). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa - chuyên khoa Phẫu thuật chấn thương chỉnh hình, Phẫu thuật cột sống. Quyết định số 198/QĐ-BYT ngày 16/01/2014 của Bộ Y tế.

PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG GỖ XƯƠNG MÁC ĐƠN THUẦN

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật kết hợp xương gãy thân xương mác đơn thuần là một kỹ thuật ngoại khoa thuộc chuyên ngành Chấn thương chỉnh hình. Phẫu thuật nhằm nắn chỉnh chính xác diện gãy xương mác về đúng vị trí giải phẫu và cố định vững chắc bằng phương tiện kết hợp xương (thường là nẹp vít). Mục tiêu chính là phục hồi sự ổn định của cổ chân và mộng chày mác, tạo điều kiện liền xương tốt và phục hồi chức năng vận động sớm cho người bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH

- Gãy đầu xa xương mác có di lệch.
- Gãy đầu xa xương mác gây mất vững mộng chày mác (hội chứng xòe mộng chày mác).
- Gãy xương mác đơn thuần không vững, có nguy cơ di lệch thứ phát.
- Một số chỉ định khác theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị do Bộ Y tế ban hành.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Gãy cao ở phần thân xương mác thường không ảnh hưởng đến sự vững của cổ chân và có thể điều trị bảo tồn.
- Gãy xương hở độ 3 theo phân độ Gustilo hoặc gãy hở đến muôn do nguy cơ nhiễm trùng cao.
- Tổn thương phần mềm vùng gãy quá nặng (dập nát, hoại tử, thiếu da), chưa ổn định.
- Người bệnh có tình trạng nhiễm trùng toàn thân hoặc tại chỗ chưa được kiểm soát.
- Người bệnh có bệnh lý nội khoa nặng, không đảm bảo an toàn gây mê, phẫu thuật.

IV. THẬN TRỌNG

- Cần thực hiện phẫu tích nhẹ nhàng, bảo vệ các cấu trúc thần kinh-nông (đặc biệt là thần kinh mác nông) và mạch máu vùng mắt cá ngoài để tránh biến chứng.
- Thận trọng với người bệnh có tiền sử tổn thương phần mềm nặng tại vùng cổ chân. Nguy cơ hoại tử da lộ dụng cụ cao, có thể cần hoãn mổ hoặc có kế hoạch che phủ phần mềm.
- Đánh giá kỹ sự vững của mộng chày mác trước và trong mổ. Nếu mất vững, cần phối hợp cố định mộng chày mác.

- Lựa chọn phương tiện cố định phù hợp với đặc điểm gãy xương và tình trạng xương của người bệnh.

V. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

a) Nhân lực trực tiếp: Phẫu thuật viên chính chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình.

b) Nhân lực hỗ trợ: 02 phụ phẫu thuật, 01 dụng cụ viên và kíp gây mê hồi sức.

5.2. Thuốc

- Kháng sinh dự phòng đường tĩnh mạch trước mổ.
- Dung dịch sát khuẩn da vùng mổ (Povidone Iodine, cồn 70°).

5.3. Vật tư

- Bộ dụng cụ kết hợp xương cơ bản và chuyên dụng cho xương mác.
- Phương tiện kết hợp xương chính: Nẹp vít (nẹp bản nhỏ, nẹp tạo hình mắt cá), vít AO các cỡ.
- Phương tiện thay thế/bổ sung: Đinh Rush hoặc kim Kirschner (K-wire) các cỡ, dùng trong trường hợp đặc biệt hoặc hỗ trợ cố định tạm.
- Vít cố định mỏng chày mác nếu cần.
- Chỉ khâu các lớp giải phẫu và chỉ khâu da.
- Bơm tiêm, gạc, băng vô khuẩn.

5.4. Trang thiết bị

- Bàn mổ chỉnh hình, máy hút, dao điện.
- Hệ thống garo hơi hoặc garo chun. (nếu có)
- Màn huỳnh quang tăng sáng (C-arm) (nếu có)

5.5. Người bệnh

- Được bác sĩ giải thích đầy đủ về tình trạng bệnh, mục đích, quy trình phẫu thuật, các tai biến, biến chứng có thể xảy ra (nhiễm trùng, chảy máu, tổn thương thần kinh, cứng khớp, khớp giả...) và ký cam đoan phẫu thuật.
- Vệ sinh thân thể, vùng mổ sạch sẽ. Cạo lông vùng chi phẫu thuật nếu cần thiết.
- Nhịn ăn, uống theo hướng dẫn của gây mê.
- Xét nghiệm tiền phẫu đầy đủ, đặc biệt chú ý đánh giá tình trạng phần mềm vùng cổ chân.

5.6. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế.

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật

Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

Tại phòng mổ vô khuẩn thuộc khoa Gây mê hồi sức.

5.9. Kiểm tra hồ sơ

a) *Kiểm tra người bệnh*: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán và đúng vị trí chi, bên gãy cần can thiệp (đánh dấu vị trí mổ).

b) *Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật*.

c) *Đặt tư thế BN*: Người bệnh nằm ngửa, nên kê đệm dưới mông bên đối diện để xoay trong chi dưới, để bộc lộ mặt ngoài xương mác.

VI. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Vô cảm và đặt garo (nếu có)

- Thực hiện phương pháp vô cảm đã lựa chọn (gây tê túy sống, tê vùng hoặc gây mê toàn thân).
- Sát khuẩn rộng vùng chi dưới từ 1/3 giữa đùi trở xuống, trải toan vô khuẩn.
- Dồn máu bằng garo chun và đặt garo hơi ở 1/3 trên đùi. Ghi chú thời gian bơm garo.

6.2. Bước 2: Rạch da và bộc lộ diện gãy

- Rạch da đường dọc phía sau ngoài, dọc theo trục xương mác, dài khoảng 8-12cm (tùy vị trí gãy).
- Phẫu tích qua các lớp, bảo vệ thần kinh mác nông. Tách cân cơ, bộc lộ trực tiếp hai đầu xương mác gãy.

6.3. Bước 3: Làm sạch và nắn chỉnh giải phẫu

- Làm sạch diện gãy, lấy bỏ máu tụ và các tổ chức phần mềm kẹt.
- Dùng kim kẹp xương nắn chỉnh đưa các đầu xương về đúng vị trí giải phẫu, đảm bảo chiều dài và xoay của xương.
- Kiểm tra dưới C-arm (nếu có) để xác nhận nắn chỉnh đạt.

6.4. Bước 4: Cố định xương

- Phương pháp ưu tiên: Nẹp vít. Chọn nẹp phù hợp (thường là nẹp bản nhỏ 1/3 ống), đặt áp sát mặt sau xương mác.
- Cố định nẹp bằng các vít xương: sử dụng vít ép xuyên qua diện gãy nếu có thể, kết hợp các vít khóa ở hai đầu nẹp. Mỗi đoạn xương lành nên có tối thiểu 3 vít.
- Trường hợp đặc biệt:
 - + Gãy chéo vát: Có thể sử dụng vít tự do bắt vuông góc với diện gãy để tạo lực ép.

- + Mất vững mộng chày mác: Phải bắt thêm vít cố định mộng chày mác qua 3-4 lớp vỏ xương.
- + Thay thế: Nếu không có nẹp vít phù hợp, có thể sử dụng đinh Rush hoặc kim Kirschner làm phương tiện cố định chính hoặc hỗ trợ.
- Kiểm tra lại độ vững, vị trí dụng cụ và diện khớp cổ chân dưới C-arm (nếu có).

6.5. Bước 5: Kiểm tra và đóng vết mổ

- Cầm máu kỹ, bơm rửa sạch vết mổ bằng dung dịch nước muối sinh lý vô khuẩn.
- Thông thường không cần đặt dẫn lưu nếu cầm máu tốt.
- Khâu phục hồi các lớp cân-cơ theo giải phẫu.
- Khâu da, băng ép vết mổ.

6.6. Bước cuối cùng: Kết thúc quy trình

- Tháo garo, đánh giá ngay tình trạng tưới máu đầu chi (màu sắc, nhiệt độ, mạch mu chân), cảm giác và vận động các ngón chân.
- Băng bất động nhẹ bằng nẹp chức năng hoặc bột rạch dọc tùy độ vững của cố định.
- Hoàn thiện hồ sơ phẫu thuật, ghi chép đầy đủ loại dụng cụ sử dụng.
- Bàn giao người bệnh về phòng hồi tỉnh.

VII. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Tổn thương thần kinh mác nông:
 - + Xử trí: Phẫu tích lại, bảo vệ thần kinh. Nếu đứt, có thể khâu nối vi phẫu.
- Chảy máu nhiều từ nhánh mạch nuôi xương:
 - + Xử trí: Cầm máu tích cực bằng kẹp cầm máu, đốt điện hoặc khâu buộc.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu sau mổ: Hiếm gặp.
 - + Xử trí: Băng ép chặt, nâng cao chi. Nếu chảy máu nhiều, động mạch, cần mổ lại để kiểm tra và cầm máu.
- Nhiễm trùng vết mổ:
 - + Xử trí: Thay băng hàng ngày, dùng kháng sinh theo kháng sinh đồ. Nếu nhiễm trùng sâu, có thể phải mổ lại làm sạch, cắt lọc và đôi khi phải tháo dụng cụ sớm.

- Hoại tử phần mềm, lộ dụng cụ: Biện chứng này thường xảy ra trên người bệnh vốn bị tổn thương phần mềm nặng trước đó.
 - + Xử trí: Chăm sóc vết thương tích cực. Cần có kế hoạch che phủ phần mềm sớm bằng vật da tại chỗ hoặc vật da tự do.

7.3. Biện chứng muộn

- Chậm liền xương, khớp giả:
 - + Xử trí: Hạn chế tỳ đè, bổ sung dinh dưỡng, có thể kích thích liền xương. Nếu không liền, phẫu thuật lại kèm ghép xương.
- Gãy dụng cụ (vít, nẹp):
 - + Xử trí: Phẫu thuật thay dụng cụ mới, thường kèm ghép xương.
- Cứng khớp cổ chân:
 - + Xử trí: Tập phục hồi chức năng tích cực, chủ động sớm ngay khi được cho phép.
- Thoái hóa khớp cổ chân thứ phát (nếu gây ảnh hưởng diện khớp):
 - + Xử trí: Điều trị nội khoa, vật lý trị liệu. Trường hợp nặng có thể xem xét phẫu thuật.
- Vấn đề liên quan đến dụng cụ tồn lưu: Thời gian tháo phương tiện kết hợp xương (nẹp vít) ở vị trí xương mác thường được khuyến cáo trong khoảng 8-12 tháng sau khi xương đã liền vững, nếu có chỉ định tháo. Việc tháo hay để vĩnh viễn cần được bác sĩ cân nhắc dựa trên tình trạng cụ thể.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2017). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa, chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình. Quyết định số 5728/QĐ-BYT ngày 21/12/2017 của Bộ Y tế.

PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG GỠ THÂN XƯƠNG CẰNG CHÂN

I. ĐẠI CƯƠNG

Gãy thân hai xương cẳng chân (xương chày và xương mác) là chấn thương nặng, được định nghĩa là gãy nằm trong khoảng dưới nếp gấp gối 5cm và trên nếp gấp cổ chân 5cm.

Phẫu thuật kết hợp xương (KHX) nhằm mục đích nắn chỉnh chính xác diện gãy về vị trí giải phẫu và cố định vững chắc bằng phương tiện cơ học (đinh nội tủy có chốt hoặc nẹp vít khóa).

Nguyên lý là phục hồi chiều dài, trục thẳng và xoay của cẳng chân, từ đó tạo điều kiện tối ưu cho liền xương, cho phép người bệnh tập vận động sớm, phục hồi chức năng và phòng ngừa các biến chứng như cứng khớp, teo cơ.

II. CHỈ ĐỊNH

- Gãy kín thân hai xương cẳng chân ở người lớn hoặc ở trẻ em có di lệch nhiều, không ổn định sau khi đã nắn chỉnh bảo tồn thất bại.
- Gãy hở độ I theo phân loại Gustilo (vết thương sạch, dưới 1cm, tổn thương phần mềm tối thiểu), với điều kiện người bệnh đến sớm (trong vòng 6-8 giờ).
- Gãy không vững: gãy chéo xoắn, gãy nhiều mảnh, gãy có đoạn thứ ba.
- Gãy bệnh lý (u xương, nang xương) vùng thân xương cẳng chân.
- Một số chỉ định khác theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị do Bộ Y tế ban hành.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Gãy hở từ độ II Gustilo trở lên (vết thương rộng, ô nhiễm nhiều, tổn thương phần mềm nặng) hoặc gãy hở đến muộn (quá 8-12 giờ). Ưu tiên xử lý vết thương, cắt lọc và có thể cố định ngoài tạm thời trước.
- Tình trạng nhiễm trùng cấp tính tại vùng cẳng chân chưa được kiểm soát.
- Gãy không di lệch hoặc di lệch ít, còn vững ở đối tượng trẻ em (có thể điều trị bảo tồn bằng bột).
- Người bệnh có tình trạng toàn thân quá nặng (sốc chấn thương chưa ổn định, suy đa tạng) hoặc bệnh lý nội khoa trầm trọng không cho phép đảm bảo an toàn trong phẫu thuật và gây mê kéo dài.

IV. THẬN TRỌNG

- Cần theo dõi sát tình trạng tưới máu ngoại vi (màu sắc da, nhiệt độ, mạch mu chân, chày sau) và các dấu hiệu sớm của hội chứng chèn ép khoang (đau dữ dội không tương xứng, căng cứng cơ, giảm cảm giác, đau khi kéo căng cơ). Cảnh giác cao độ với gãy 1/3 trên cẳng chân.

- Phẫu tích nhẹ nhàng, tôn trọng tối đa tổ chức phần mềm và màng xương để bảo tồn nguồn máu nuôi xương, thúc đẩy liền xương và giảm nguy cơ nhiễm trùng.
- Kiểm tra và đảm bảo phục hồi chính xác chiều dài chi, trục thẳng và trục xoay. Không để ngắn chi quá 2cm so với bên lành.
- Lựa chọn phương pháp cố định phù hợp: Đinh nội tủy có chốt (IMN) được coi là tiêu chuẩn vàng cho hầu hết gãy thân xương chày ở người lớn do tính vững cơ học cao, ít xâm lấn phần mềm và cho phép tỳ sớm.

V. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

a) Nhân lực trực tiếp: Phẫu thuật viên chính chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình.

b) Nhân lực hỗ trợ: 02 phẫu thuật viên phụ mổ, 01 dụng cụ viên và kíp gây mê hồi sức (bác sĩ, kỹ thuật viên).

5.2. Thuốc

- Dung dịch sát khuẩn vùng mổ (Povidone Iodine 10%, cồn 70 độ).
- Kháng sinh dự phòng đường tĩnh mạch liều cao trước mổ

5.3. Vật tư

- Bộ dụng cụ kết hợp xương cơ bản và chuyên dụng cho chi dưới.
- Phương tiện KHX chính:
 - + Đinh nội tủy có chốt: Hệ thống đinh và dụng cụ luồn đinh tương ứng, vít chốt gần và xa.
 - + Nẹp vít khóa (LCP): Nẹp khóa thân xương chày (4.5mm/5.0mm LCP), vít khóa, vít ép.
- Dẫn lưu kín, chỉ khâu các lớp và chỉ khâu da.

5.4. Trang thiết bị

- Bàn mổ chỉnh hình (có thể sử dụng bàn kéo chỉnh hình - traction table), máy hút, dao điện.
- Màn huỳnh quang tăng sáng (C-arm)(nếu có): Thiết bị bắt buộc để kiểm tra nắn chỉnh, vị trí đinh/vít và đánh giá trục xương trong mổ.
- Hệ thống garo hơi (nếu có).

5.5. Người bệnh

- Được giải thích đầy đủ về tình trạng bệnh, phương án phẫu thuật (ưu tiên đinh nội tủy), các tai biến, biến chứng có thể gặp (nhiễm trùng, hội chứng khoang, tổn thương thần kinh, chậm liền xương, khớp giả...).
- Vệ sinh sạch sẽ vùng mổ, cạo lông chi phẫu thuật (nếu cần). Nhịn ăn, uống ít nhất 6 giờ trước mổ.

- Xét nghiệm tiền phẫu đầy đủ, đặc biệt đánh giá tình trạng mạch máu và thần kinh chi dưới.

5.6. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế.

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật

Theo thời gian phẫu thuật thực tế

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

Tại phòng mổ vô khuẩn thuộc khoa Gây mê hồi sức.

5.9. Kiểm tra hồ sơ

a) Kiểm tra người bệnh: Đảm bảo đúng người bệnh, đúng chẩn đoán và vị trí chi cần phẫu thuật (đánh dấu chi mổ).

b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

c) Đặt tư thế BN: Người bệnh nằm ngửa, hai chân duỗi thẳng. Với đình nội tủy, có thể đặt chân lên bàn kéo chỉnh hình, gối gấp khoảng 90 độ.

VI. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Vô cảm và đặt garo(nếu có)

- Thực hiện phương pháp vô cảm đã lựa chọn.
- Sát khuẩn rộng toàn bộ chi dưới từ 1/3 giữa đùi trở xuống, trải toan vô khuẩn.
- Đặt garo hơi gốc chi (1/3 trên đùi) sau khi dôn máu. Ghi chú thời gian bơm garo.

6.2. Bước 2: Rạch da và bộc lộ điểm vào/tạo đường ống tủy

- **Với đình nội tủy:**
 - + Rạch da đường dọc khoảng 3-5cm mặt trước, ngay trên và dọc theo gân bánh chè.
 - + Tách đôi sợi gân bánh chè, bộc lộ lõi củ trước xương chày.
 - + Mở điểm vào ống tủy: Tạo lỗ vào ngay sau lõi củ trước xương chày 1.5-2cm, hướng theo trục ống tủy.
- **Với nẹp vít:**
 - + Rạch da đường dọc song song và cách mào chày về phía ngoài khoảng 1cm, dài đủ để bộc lộ ổ gãy.
 - + Tách cơ chày trước ra phía trước, bộc lộ mặt ngoài xương chày.

6.3. Bước 3: Nắn chỉnh và tạo đường ống tủy

- **Với đình nội tủy:**
 - + Luồn que dẫn (guide wire) có đầu mềm vào ống tủy, vượt qua ổ gãy dưới hướng dẫn của C-arm.

- + Nắn chỉnh trực, chiều dài và xoay của chi. Đảm bảo que dẫn nằm giữa ống tủy.
- + Tuần tự nong rộng ống tủy bằng các trâm nong đến kích thước phù hợp.
- **Với nẹp vít:** Trực tiếp nắn chỉnh ổ gãy bằng tay hoặc kìm kẹp, khôi phục trục và chiều dài.

6.4. Bước 4: Cố định xương vĩnh viễn

- **Với đinh nội tủy:**
 - + Lựa chọn đinh có chiều dài và đường kính phù hợp. Luồn đinh vào ống tủy dọc theo que dẫn.
 - + Rút que dẫn. Kiểm tra dưới C-arm đảm bảo đinh nằm đúng vị trí.
 - + **Bắt vít chốt:** Sử dụng mẫu định vị để bắt vít chốt gần và vít chốt xa qua cả hai vỏ xương. Ít nhất 2 vít chốt ở mỗi đầu.
- **Với nẹp vít:**
 - + Chọn nẹp LCP phù hợp, uốn nẹp nhẹ nếu cần.
 - + Đặt nẹp áp sát mặt xương. Khoan và bắt các vít khóa hoặc vít ép. Nguyên tắc: mỗi đầu ổ gãy tối thiểu 3-4 vít.

6.5. Bước 5: Kiểm tra và đóng vết mổ

- Kiểm tra độ vững, cầm máu kỹ. Bơm rửa sạch bằng dung dịch vô khuẩn.
- Đặt dẫn lưu ổ gãy (thường áp dụng với nẹp vít, có thể cân nhắc với đinh nội tủy).
- Khâu phục hồi gân bánh chè (với đinh nội tủy) hoặc cơ che xương (với nẹp vít). Khâu các lớp theo giải phẫu và đóng da.

6.6. Bước cuối cùng: Kết thúc quy trình

- Tháo garo. Đánh giá ngay tình trạng tưới máu, cảm giác, vận động các ngón chân.
- Băng ép vết mổ. Thường không cần bất động bột nếu cố định vững. Có thể dùng nẹp chức năng.
- Hoàn thiện hồ sơ phẫu thuật, bàn giao người bệnh về phòng hồi tỉnh.

VII. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- *Nứt/vỡ xương khi nong tủy hoặc luồn đinh:*
 - + *Xử trí:* Nếu vỡ nhỏ, tiếp tục cố định bằng đinh. Nếu vỡ lớn gây mất vững, có thể phải chuyển sang dùng nẹp dài hơn.
- *Tổn thương thần kinh mạc nông* (đặc biệt trong phẫu tích đường ngoài cho nẹp vít):

- + *Xử trí*: Phẫu tích lại, bảo vệ thần kinh. Nếu đứt, có thể khâu nối vi phẫu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- *Hội chứng chèn ép khoang*: Biến chứng cấp cứu nặng.
 - + *Xử trí*: Cắt bỏ ngay tất cả băng bột/nẹp bất động, nâng cao chi. Nếu không cải thiện, phải mở cân giải ép cấp cứu tất cả 4 khoang cẳng chân.
- *Nhiễm trùng*:
 - + *Xử trí*: Kháng sinh đường tĩnh mạch theo kháng sinh đồ. Nếu nhiễm trùng sâu (viêm xương), thường phải tháo dụng cụ, cắt lọc rộng và đặt hệ thống xi-lanh kháng sinh.
- *Chảy máu sau mổ*:
 - + *Xử trí*: Băng ép chặt. Nếu chảy máu động mạch nhiều, phải mở lại vết mổ để cầm máu.

7.3. Biến chứng muộn

- *Chậm liền xương/Khớp giả*:
 - + *Xử trí*: Với đỉnh nội tủy, có thể "động hóa" bằng cách tháo bớt một vít chốt ở đầu xa để tăng lực ép trực. Nếu thất bại, phải phẫu thuật lại: lấy đỉnh cũ, nạo ổ khớp giả, ghép xương tự thân và cố định lại bằng đinh lớn hơn hoặc nẹp.
- *Tắc mạch mỡ*:
 - + *Xử trí*: Biểu hiện khó thở, lú lẫn sau mổ 24-72h. Điều trị hỗ trợ hô hấp, tuần hoàn tại đơn vị hồi sức tích cực.
- *Lệch trục chi, ngắn chi*:
 - + *Xử trí*: Nếu ảnh hưởng chức năng nặng, có thể cần phẫu thuật cắt xương chỉnh trục, kéo dài xương về sau.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2022). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa chuyên khoa Phẫu thuật Tim mạch, Cột sống, Chi dưới, Gan mật, Thần kinh, Ung bướu, Trung tâm Ghép tạng, Tiêu hóa, Nam học. Quyết định số 11/QĐ-BYT ngày 04/01/2022 của Bộ Y tế.

PHẪU THUẬT TẠO HÌNH ĐIỀU TRỊ TẬT THỪA NGÓN TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật tạo hình điều trị tật thừa ngón tay là kỹ thuật ngoại khoa nhằm cắt bỏ ngón tay thừa và tái tạo hình dạng, chức năng cho ngón tay chính. Nguyên lý dựa trên việc loại bỏ tổ chức thừa, bảo tồn tối đa cấu trúc mạch máu, thần kinh và gân cơ cần thiết, đồng thời chỉnh hình lại xương và phần mềm. Mục đích là khôi phục chức năng cầm nắm và tính thẩm mỹ cho bàn tay, thường áp dụng cho các dị tật bẩm sinh như thừa ngón (polydactyly), đặc biệt là thừa ngón cái.

II. CHỈ ĐỊNH

- Thừa ngón tay trong dị tật bẩm sinh.
- Ngón tay cái thừa hoặc ngón tay cái xẻ đôi gây ảnh hưởng chức năng và thẩm mỹ.
- Một số chỉ định khác theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị do Bộ Y tế ban hành.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có các bệnh lý toàn thân nặng không cho phép phẫu thuật.
- Tình trạng nhiễm trùng tại chỗ vùng bàn tay đang tiến triển.

IV. THẬN TRỌNG

- Cần phẫu tích tỉ mỉ để bảo tồn tối đa hệ thống mạch máu và thần kinh nuôi dưỡng ngón chính.
- Thận trọng khi xử lý các điểm bám gân của ngón thừa để chuyển sang tăng cường chức năng cho ngón chính.

V. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

a) *Nhân lực trực tiếp*: Phẫu thuật viên chuyên khoa Phẫu thuật Tạo hình hoặc Phẫu thuật bàn tay.

b) *Nhân lực hỗ trợ*: 02 bác sĩ phụ phẫu thuật, kíp gây mê và dụng cụ viên.

5.2. Thuốc

Kháng sinh dự phòng trước mổ.

Dung dịch sát khuẩn: Betadine, cồn 70 độ.

5.3. Vật tư

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình, hàm mặt hoặc dụng cụ vi phẫu.
- Phương tiện kết hợp xương: Kim Kirschner (nếu cần chỉnh trục xương).
- Chỉ phẫu thuật (Vicryl, Nylon), băng gạc vô khuẩn.

5.4. Trang thiết bị

- Bàn mổ tiêu chuẩn, đèn mổ chuyên dụng.

- Máy garo hơi (áp lực 150-250 mmHg tùy lứa tuổi) (nếu có).
- Kính lúp hoặc kính hiển vi phẫu thuật hỗ trợ bóc tách.

5.5. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng: Giải thích kỹ cho gia đình và người bệnh về mục đích, các tai biến rủi ro và ký cam đoan phẫu thuật.
- Làm các xét nghiệm máu thường quy và chụp Xquang bàn tay để đánh giá cấu trúc xương. Vệ sinh sạch vùng mổ, nhịn ăn trước mổ ít nhất 6 giờ.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật:

Theo thời gian thực hiện phẫu thuật thực tế.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại phòng mổ thuộc khoa Gây mê hồi sức.

5.9. 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: Đảm bảo đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán và đúng vị trí bàn tay cần phẫu thuật.

b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c) Đặt tư thế BN: Nằm ngửa, tay phẫu thuật đặt ngang trên bàn mổ.

VI. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Vô cảm và đặt garo (nếu có)

Gây mê nội khí quản đối với trẻ em (thường dưới 15 tuổi) hoặc gây tê vùng/tại chỗ đối với người lớn.

Đặt garo hơi tại gốc chi để kiểm soát chảy máu, tạo phẫu trường khô sạch.

6.2. Bước 2: Thiết kế và rạch da

Thiết kế đường rạch da sao cho tận dụng được một phần da của ngón tay thừa để bù đắp phần da khuyết sau khi cắt bỏ ngón.

Rạch da theo đường thiết kế đã vẽ.

6.3. Bước 3: Bộc lộ và xử lý tổ chức mềm

Bóc tách tổ chức phần mềm, bộc lộ gốc ngón tay thừa và các cấu trúc liên quan.

Tách riêng và giữ lại các phần gân của ngón thừa nếu cần thiết để chuyển sang tạo hình cho ngón chính.

6.4. Bước 4: Can thiệp xương và cắt bỏ ngón thừa

Cắt bỏ hoàn toàn ngón thừa từ gốc xương.

Trong trường hợp ngón cái xẻ đôi, tiến hành cắt xương chỉnh trục ngón tay về đúng vị trí giải phẫu.

Cố định xương bằng kim Kirschner nếu có can thiệp chỉnh trục.

6.5. Bước 5: Tạo hình gân và đóng vết mổ

Chuyển gân gấp/đuôi và các cơ nội tại của ngón thừa sang ngón chính để tối ưu hóa chức năng.

Cầm máu kỹ và khâu đóng vết mổ theo từng lớp giải phẫu.

6.6. Kết thúc quy trình

Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật: Kiểm tra tưới máu đầu ngón sau khi tháo garo.

Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.

Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo: Bàn giao người bệnh cho bộ phận hậu phẫu.

VII. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: Cầm máu kỹ bằng đốt điện hoặc khâu buộc.
- Tai biến do gây mê/tê (dị ứng, sốc phản vệ): Xử trí theo phác đồ chống sốc.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Nhiễm trùng vết mổ: Thay băng hàng ngày, dùng kháng sinh theo kháng sinh đồ.
- Hoại tử vạt da hoặc hoại tử ngón (do chèn ép hoặc mất nguồn nuôi): Cắt chỉ giảm căng, kiểm tra mạch máu và điều trị hỗ trợ
- Sẹo xấu, sẹo co kéo gây biến dạng ngón: Phẫu thuật sửa sẹo khi ổn định.
- Lệch trục khớp hoặc tái phát biến dạng: Cân nhắc phẫu thuật chỉnh xương thì sau.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2018). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Phẫu thuật Tạo hình Thẩm mỹ. Quyết định số 3449/QĐBYT ngày 07/06/2018 của Bộ Y tế.
2. Bộ Y tế (2017). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Nhi khoa. Quyết định số 5344/QĐBYT ngày 28/11/2017 của Bộ Y tế.

43: PHẪU THUẬT LÀM MỎM CỤT NGÓN VÀ ĐÓT BÀN NGÓN

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật làm mỏm cụt ngón và đốt bàn ngón là kỹ thuật cắt cụt một hoặc nhiều ngón tay, có thể kèm theo phần xương đốt bàn tương ứng, trong khi vẫn bảo tồn hệ thống xương khối tụ cốt của bàn tay. Nguyên lý là loại bỏ triệt để tổ

chức hoại tử, nhiễm trùng hoặc không có khả năng phục hồi, đồng thời tạo hình phần mô mềm che phủ đầu xương cắt cụt. Mục đích là giải quyết tổn thương, ngăn ngừa biến chứng và tạo mỗm cụt tối ưu cho chức năng còn lại hoặc lắp chi giả.

II. CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý mạch máu chi gây tắc mạch hoặc loét do đái tháo đường.
- Cụt chân thương, dập nát các ngón không có khả năng bảo tồn.
- Hoại tử ngón tay do bỏng hoặc nhiễm trùng nặng tổ chức các ngón.
- Một số chỉ định khác theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị do Bộ Y tế ban hành.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tổn thương dập nát, hoại tử xâm lấn sâu đến khối tụ cốt bàn tay hoặc tình trạng cấp máu tại chỗ quá kém không đảm bảo liền vết thương.
- Các trường hợp chống chỉ định can thiệp ngoại khoa nói chung (tình trạng toàn thân quá nặng).

IV. THẬN TRỌNG

- Cần giải thích kỹ cho người bệnh và gia đình vì việc tháo bỏ toàn bộ xương bàn ngón sẽ làm mất hoàn toàn chức năng của ngón tay đó.
- Đặc biệt thận trọng với ngón cái (ngón I) để bảo tồn tối đa chiều dài và chức năng đối chiếu.

V. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- a) *Nhân lực trực tiếp:* Phẫu thuật viên chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình.
- b) *Nhân lực hỗ trợ (nếu có):* Phụ phẫu thuật, kíp gây mê và dụng cụ viên.

5.2. Thuốc

Thuốc sát khuẩn: Betadine hoặc cồn 70 độ, dịch rửa vết thương.

Kháng sinh dự phòng.

5.3. Vật tư

- Bộ dụng cụ phẫu thuật bàn tay chuyên dụng.
- Chỉ phẫu thuật: Chỉ tiêu để khâu lớp màng xương, cân cơ; chỉ không tiêu để khâu da.

5.4. Trang thiết bị

- Phòng mổ vô khuẩn.
- Hệ thống ga rô hơi hoặc ga rô chun. (nếu có)

5.5. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng: Được giải thích kỹ, chuẩn bị tâm lý và ký cam đoan phẫu thuật.
- Được vệ sinh thân thể, cắt móng tay, và nhịn ăn uống ít nhất 6 giờ trước phẫu thuật.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật:

Theo thời gian thực hiện phẫu thuật thực tế.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại phòng mổ thuộc khoa Gây mê hồi sức.

5.9. 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: Đảm bảo đúng người bệnh, đúng chẩn đoán và đúng vị trí ngón tay cần thực hiện mổ cắt.

b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c) Đặt tư thế BN: Nằm ngửa, tay phẫu thuật đặt trên bàn mổ riêng.

VI. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Vô cảm và đặt ga rô

- Tiến hành gây tê gốc ngón, gây tê đám rối cánh tay hoặc gây mê toàn thân tùy chỉ định.
- Đặt ga rô tại gốc ngón hoặc cánh tay để kiểm soát chảy máu.

6.2. Bước 2: Xử trí phần mềm và mạch máu, thần kinh

- Rạch da ngang nền đốt 1 các ngón. Cắt bỏ hệ thống gân gấp, duỗi.
- Cầm máu bó mạch bên (bờ quay, bờ trụ) bằng dao điện hoặc khâu mũi chữ X chỉ tiêu.
- Thần kinh: Kéo nhẹ xuống, cắt cao để đầu thần kinh tự tụt vào trong, tránh tạo u thần kinh tại mỏm cắt.

6.3. Bước 3: Xử trí xương (Làm mỏm cắt xương bàn ngón)

- *Ngón I (ngón cái):* Bảo tồn tối đa, giữ lại nền đốt bàn nếu có thể; che phủ phần mềm kỹ, không để lộ xương.
- *Ngón II:* Cắt xương đến tận nền đốt bàn. Giấu thần kinh vào khoảng gian cốt, khâu kín màng xương.
- *Ngón III, IV:* Khi tháo bỏ xương bàn, cần khâu khếp hai đầu xương bàn lân cận lại để thu hẹp khoảng cách bàn tay.
- *Ngón V:* Cắt bỏ thân đốt bàn V nhưng giữ lại nền đốt bàn (nơi bám của gân cơ gấp và duỗi cổ tay trụ).

6.4. Bước 4: Tạo hình mỗm cụt và đóng vết mổ

- Phẫu tích vật da che phủ đầu xương (thường vật gan tay dài hơn vật mu tay).
- Khâu đóng vết mổ theo các lớp giải phẫu. Đặt dẫn lưu nếu cần thiết.

6.5. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật: Kiểm tra lại tưới máu các ngón còn lại và tình trạng mỗm cụt sau tháo ga rô.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo: Bàn giao người bệnh cho bộ phận hậu phẫu.

VII. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

Thường không có tai biến đặc thù trong khi thực hiện nếu tuân thủ đúng kỹ thuật.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- *Chảy máu mỗm cụt*: Băng ép nhẹ nhàng. Nếu không cầm được phải mở vết mổ để khâu cầm máu lại.
- *Nhiễm trùng*: Thay băng hàng ngày, tách chỉ nếu có tụ dịch/mủ, dùng kháng sinh theo kháng sinh đồ.

7.3. Biến chứng muộn

- *Hoại tử mỗm cụt*: Nếu lộ xương hoặc hoại tử vật da, cần phẫu thuật sửa lại mỗm cụt hoặc chuyển vật che phủ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2016). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình. Quyết định số 4484/QĐBYT ngày 18/08/2016 của Bộ Y tế.

PHẪU THUẬT SỬA MỖM CỤT

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật sửa mồm cụt ngón chân là kỹ thuật tạo hình nhằm chỉnh sửa các biến chứng sau cắt cụt như viêm rò, nhiễm trùng mạn tính hoặc hình thái xấu. Nguyên lý dựa trên việc cắt lọc tổ chức hoại tử, xử lý xương chết hoặc chồi xương, và tái tạo phần mềm che phủ. Mục đích là tạo hình mồm cụt mới ổn định, giảm đau, đảm bảo chức năng tỳ đè khi đi lại và cải thiện thẩm mỹ.

II. CHỈ ĐỊNH

- Mồm cụt bị viêm rò, nhiễm trùng mạn tính hoặc có xương chết.
- Mồm cụt có sẹo xấu, sẹo co kéo hoặc có chồi xương dưới da gây đau, viêm loét khi mang giày dép.
- Mồm cụt không đạt yêu cầu về hình thái giải phẫu để phục hồi chức năng.
- Biến chứng loét, hoại tử khu trú ở ngón chân do đái tháo đường cần xử trí sửa lại diện cắt.

Một số chỉ định khác theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị do Bộ Y tế ban hành.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các trường hợp đang điều trị nội khoa (kháng sinh, chăm sóc tại chỗ) có tiến triển tốt.
- Người bệnh có bệnh lý toàn thân nặng hoặc rối loạn đông máu không đảm bảo an toàn cho gây mê và phẫu thuật.
- Tình trạng cấp máu cho vùng cổ bàn chân quá kém, không đảm bảo khả năng liền vết thương.

IV. THẬN TRỌNG

- Cần phẫu tích tỉ mỉ để bảo tồn tối đa chiều dài của ngón chân, đặc biệt là ngón cái (ngón I) để giữ chức năng tỳ nén khi đi lại.
- Chú ý bảo vệ các bó mạch và thần kinh bên ngón chân để đảm bảo nguồn máu nuôi dưỡng cho vạt da mồm cụt.

V. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

a) *Nhân lực trực tiếp*: 01 Phẫu thuật viên chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình.

b) *Nhân lực hỗ trợ (nếu có)*: 02 phụ phẫu thuật, kíp gây mê và dụng cụ viên.

5.2. Thuốc

- *Kháng sinh dự phòng*.
- *Dung dịch sát khuẩn*: Betadine, nước muối sinh lý, oxy già.

5.3. Vật tư

- Bộ dụng cụ phẫu thuật phần mềm và xương chi dưới.
- Chỉ khâu tiêu và không tiêu hệ thống dẫn lưu nếu cần.

5.4. Trang thiết bị

- Phòng mổ đạt chuẩn vô khuẩn.
- Hệ thống ga rô hơi gốc chi hoặc ga rô chun (nếu có).

5.5. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng: Được giải thích rõ mục đích, các tai biến rủi ro.
- Vệ sinh sạch chi thể, nhịn ăn ít nhất 6 giờ trước mổ.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại phòng mổ thuộc khoa Gây mê hồi sức.

5.9. 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: Đảm bảo đúng người bệnh, đúng chẩn đoán và đúng vị trí ngón chân cần can thiệp.

b) *Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.*

c) *Đặt tư thế BN:* Nằm ngửa, căng chân được cố định chắc, bàn chân để ra ngoài mép bàn mổ.

VI. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Vô cảm và đặt ga rô (nếu có)

- Tiến hành gây tê tùy sống, gây tê gốc ngón hoặc gây mê toàn thân tùy chỉ định.
- Đặt ga rô tại gốc chi hoặc cổ chân để kiểm soát chảy máu, tạo phẫu trường khô sạch.

6.2. Bước 2: Rạch da và bộc lộ

- Rạch da theo đường mổ cũ hoặc thiết kế vạt da mới (vạt hình chữ U hoặc vạt gan chân dài hơn vạt mu chân) đảm bảo che phủ kín đầu xương mà không bị căng.

6.3. Bước 3: Xử lý phần mềm và xương

- Cắt bỏ tổ chức sẹo xơ, nạo sạch ổ viêm, lấy bỏ tổ chức hoại tử và xương chết.
- Nếu đầu xương gồ hoặc quá dài, tiến hành cắt ngắn bớt xương bằng kim cắt xương, dùng dũa xương mài nhẵn các cạnh sắc để tạo mỗm cụt thon đều.

6.4. Bước 4: Xử lý mạch máu và thần kinh

- Cầm máu kỹ các mạch máu riêng ngón chân bằng đốt điện hoặc thắt chỉ tiêu.
- Thần kinh: Kéo nhẹ xuống, cắt cao để đầu thần kinh tự tụt vào trong cơ, tránh tạo u thần kinh gây đau mồm cụt.

6.5. Bước 5: Đóng vết mổ

- Khâu phục hồi màng xương, khâu các nhóm cơ đối xứng để che phủ đầu xương.
- Khâu đóng vạt da bằng chỉ không tiêu, có thể đặt dẫn lưu nếu diện bóc tách rộng.

6.6. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật: Kiểm tra tưới máu vạt da đầu ngón sau khi tháo ga rô. Băng ép nhẹ mồm cụt.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo: Bàn giao người bệnh cho bộ phận hậu phẫu.

VII. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

Thường không có tai biến đặc thù trong khi thực hiện nếu tuân thủ đúng kỹ thuật.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- *Chảy máu, tụ máu mồm cụt*: Băng ép nhẹ nhàng; nếu chảy nhiều phải mở vết mổ để lấy máu tụ và cầm máu lại.
- *Nhiễm trùng*: Tách chỉ vết mổ, làm sạch, dẫn lưu mủ và sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ.

7.3. Biến chứng muộn

- *Hoại tử mồm cụt*: Nếu lộ xương hoặc vạt da hoại tử, cần phẫu thuật cắt lọc lại và xem xét cắt cụt ở mức cao hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2017). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa, chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình. Quyết định số 5728/QĐBYT ngày 21/12/2017 của Bộ Y tế.
2. Bộ Y tế (2016). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa, chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình. Quyết định số 4484/QĐBYT ngày 18/08/2016 của Bộ Y tế.

Bộ Y tế (2013). Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Nội tiết. Quyết định số 1119/QĐBYT ngày 05/04/2013 của Bộ Y tế

PHẪU THUẬT SỬA MỖM CỤT NGÓN TAY (1 NGÓN)

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật sửa mỗm cụt ngón tay là một phẫu thuật tạo hình, nhằm chỉnh sửa các mỗm cụt bị biến chứng như viêm rò, nhiễm khuẩn, không liền hoặc có hình thái xấu gây đau đớn và cản trở chức năng vận động, thẩm mỹ của bàn tay. Nguyên lý là loại bỏ tổ chức hoại tử, xương chết, chồi xương và tái tạo lại cấu trúc phần mềm che phủ. Mục đích là tạo hình mỗm cụt mới ổn định, giảm đau, phục hồi chức năng cầm nắm và cải thiện thẩm mỹ.

II. CHỈ ĐỊNH

- Mỗm cụt bị viêm rò, nhiễm trùng kéo dài hoặc có xương chết.
- Mỗm cụt có sẹo xấu, sẹo co kéo hoặc chồi xương dưới da gây đau đớn, viêm loét.
- Mỗm cụt không đạt yêu cầu về hình thái để phục hồi chức năng hoặc lấp chi giả.
- Một số chỉ định khác theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị do Bộ Y tế ban hành.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các trường hợp đang điều trị nội khoa có tiến triển tốt.
- Người bệnh có bệnh lý toàn thân nặng như suy tim, suy thận, đái tháo đường chưa kiểm soát ổn định, không cho phép can thiệp phẫu thuật.

IV. THẬN TRỌNG

- Cần phẫu tích tỉ mỉ để bảo tồn tối đa chiều dài của ngón tay, đặc biệt là ngón cái.
- Chú ý bảo vệ các bó mạch và thần kinh bên ngón tay để đảm bảo nguồn máu nuôi dưỡng cho vật da che phủ mỗm cụt.

V. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

a) *Nhân lực trực tiếp*: Phẫu thuật viên chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình.

b) *Nhân lực hỗ trợ (nếu có)*: 02 phụ phẫu thuật, kíp gây mê và dụng cụ viên.

5.2. Thuốc

- Thuốc sát khuẩn (Betadine, cồn 70 độ).
- Kháng sinh dự phòng.

5.3. Vật tư

- Bộ dụng cụ phẫu thuật bàn tay chuyên dụng.
- Chỉ khâu tiêu (Vicryl) và không tiêu (Nylon).

- Hệ thống dẫn lưu áp lực âm nếu cần.

5.4. Trang thiết bị

- Phòng mổ đạt chuẩn vô khuẩn.
- Hệ thống ga rô hơi hoặc ga rô chun (nếu có).

5.5. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng: Được giải thích rõ mục đích, rủi ro; ký cam đoan phẫu thuật.
- Vệ sinh sạch chi thể; nhịn ăn ít nhất 6 giờ trước mổ.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại phòng mổ thuộc khoa Gây mê hồi sức.

5.9. 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: Đảm bảo tính chính xác của người bệnh, đúng vị trí ngón tay cần can thiệp.

b) *Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật* (nếu là phẫu thuật, thủ thuật) (theo dữ liệu người dùng cung cấp).

c) *Đặt tư thế BN:* Nằm ngửa, tay phẫu thuật đặt trên bàn mổ riêng.

VI. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Vô cảm và đặt ga rô

Tiến hành gây tê gốc ngón, gây tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc gây mê toàn thân tùy tình trạng người bệnh.

Đặt ga rô tại gốc ngón hoặc cánh tay để kiểm soát máu chảy, tạo phẫu trường khô sạch.

6.2. Bước 2: Rạch da và bộc lộ

Rạch da theo đường mổ cũ hoặc thiết kế vạt da mới (thường vạt gan tay dài hơn vạt mu tay) để đảm bảo che phủ đầu xương kín, không căng.

6.3. Bước 3: Xử lý xương và phần mềm

Cắt bỏ tổ chức sẹo xơ, nạo sạch ổ viêm, lấy bỏ xương chết và dị vật (nếu có).

Nếu có chồi xương hoặc đầu xương quá dài gây căng da, tiến hành cắt ngắn xương, đưa nhẵn đầu xương để tạo mồm cụt thon đều.

6.4. Bước 4: Xử lý mạch máu và thần kinh

Cầm máu kỹ các mạch máu nhỏ bằng đốt điện hoặc thắt chỉ tiêu.

Thần kinh: Kéo nhẹ xuống, cắt cao để đầu thần kinh tự tụt vào trong tổ chức cơ, tránh tạo u thần kinh gây đau sau mổ.

6.5. Bước 5: Đóng vết mổ

Khâu phục hồi màng xương (nếu được), khâu các nhóm cơ che phủ đầu xương bằng chỉ tiêu.

Khâu đóng vạt da bằng chỉ không tiêu mũi rời, đặt dẫn lưu nếu ổ mổ rộng.

6.6. Kết thúc quy trình

Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật: Kiểm tra tưới máu vạt da đầu ngón sau khi tháo ga rơ.

Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.

Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo: Bàn giao người bệnh cho bộ phận hậu phẫu.

VII. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

Thường không có tai biến đặc thù trong khi thực hiện nếu tuân thủ đúng kỹ thuật.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- *Chảy máu, tụ máu mỏm cụt*: Băng ép nhẹ nhàng; nếu không hết phải mở vết mổ để lấy máu tụ và cầm máu lại.
- *Nhiễm trùng*: Tách chỉ vết mổ, làm sạch, dẫn lưu mủ và dùng kháng sinh theo kháng sinh đồ.

7.3. Biến chứng muộn

- *Hoại tử mỏm cụt*: Nếu vạt da hoại tử hoặc lộ xương, cần phẫu thuật cắt lọc và có kế hoạch chuyển vạt che phủ sớm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2017). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa, chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình. Quyết định số 5728/QĐBYT ngày 21/12/2017 của Bộ Y tế.
2. Bộ Y tế (2016). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa, chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình. Quyết định số 4484/QĐBYT ngày 18/08/2016 của Bộ Y tế.

PHẪU THUẬT SỬA MỖM CỤT NGÓN CHÂN (1 NGÓN)

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật sửa mỏm cụt ngón chân là kỹ thuật tạo hình nhằm chỉnh sửa các biến chứng sau cắt cụt như viêm rò, nhiễm trùng mạn tính hoặc hình thái xấu. Nguyên lý dựa trên việc cắt lọc tổ chức hoại tử, xử lý xương chết hoặc chồi xương, và tái tạo phần mềm che phủ. Mục đích là tạo hình mỏm cụt mới ổn định, giảm đau, đảm bảo chức năng tỳ đè khi đi lại và cải thiện thẩm mỹ.

II. CHỈ ĐỊNH

- Mỏm cụt bị viêm rò, nhiễm trùng mạn tính hoặc có xương chết.
- Mỏm cụt có sẹo xấu, sẹo co kéo hoặc có chồi xương dưới da gây đau, viêm loét khi mang giày dép.
- Mỏm cụt không đạt yêu cầu về hình thái giải phẫu để phục hồi chức năng.
- Biến chứng loét, hoại tử khu trú ở ngón chân do đái tháo đường cần xử trí sửa lại diện cắt.

Một số chỉ định khác theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị do Bộ Y tế ban hành.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các trường hợp đang điều trị nội khoa (kháng sinh, chăm sóc tại chỗ) có tiến triển tốt.
- Người bệnh có bệnh lý toàn thân nặng hoặc rối loạn đông máu không đảm bảo an toàn cho gây mê và phẫu thuật.
- Tình trạng cấp máu cho vùng cổ bàn chân quá kém, không đảm bảo khả năng liền vết thương.

IV. THẬN TRỌNG

- Cần phẫu tích tỉ mỉ để bảo tồn tối đa chiều dài của ngón chân, đặc biệt là ngón cái (ngón I) để giữ chức năng tỳ nén khi đi lại.
- Chú ý bảo vệ các bó mạch và thần kinh bên ngón chân để đảm bảo nguồn máu nuôi dưỡng cho vạt da mỏm cụt.

V. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

a) *Nhân lực trực tiếp*: 01 Phẫu thuật viên chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình.

b) *Nhân lực hỗ trợ (nếu có)*: 02 phụ phẫu thuật, kíp gây mê và dụng cụ viên.

5.2. Thuốc

- *Kháng sinh dự phòng*.
- *Dung dịch sát khuẩn*: Betadine, nước muối sinh lý, oxy già.

5.3. Vật tư

- Bộ dụng cụ phẫu thuật phần mềm và xương chi dưới.
- Chỉ khâu tiêu và không tiêu hệ thống dẫn lưu nếu cần.

5.4. Trang thiết bị

- Phòng mổ đạt chuẩn vô khuẩn.
- Hệ thống ga rô hơi gốc chi hoặc ga rô chun (nếu có).

5.5. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng: Được giải thích rõ mục đích, các tai biến rủi ro.
- Vệ sinh sạch chi thể, nhịn ăn ít nhất 6 giờ trước mổ.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại phòng mổ thuộc khoa Gây mê hồi sức.

5.9. 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: Đảm bảo đúng người bệnh, đúng chẩn đoán và đúng vị trí ngón chân cần can thiệp.

b) *Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.*

c) *Đặt tư thế BN:* Nằm ngửa, căng chân được cố định chắc, bàn chân để ra ngoài mép bàn mổ.

VI. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Vô cảm và đặt ga rô (nếu có)

- Tiến hành gây tê tùy sống, gây tê gốc ngón hoặc gây mê toàn thân tùy chỉ định.
- Đặt ga rô tại gốc chi hoặc cổ chân để kiểm soát chảy máu, tạo phẫu trường khô sạch.

6.2. Bước 2: Rạch da và bộc lộ

- Rạch da theo đường mổ cũ hoặc thiết kế vạt da mới (vạt hình chữ U hoặc vạt gan chân dài hơn vạt mu chân) đảm bảo che phủ kín đầu xương mà không bị căng.

6.3. Bước 3: Xử lý phần mềm và xương

- Cắt bỏ tổ chức sẹo xơ, nạo sạch ổ viêm, lấy bỏ tổ chức hoại tử và xương chết.
- Nếu đầu xương gồ hoặc quá dài, tiến hành cắt ngắn bớt xương bằng kim cắt xương, dùng dũa xương mài nhẵn các cạnh sắc để tạo mòm cụt thon đều.

6.4. Bước 4: Xử lý mạch máu và thần kinh

- Cầm máu kỹ các mạch máu riêng ngón chân bằng đốt điện hoặc thắt chỉ tiêu.
- Thần kinh: Kéo nhẹ xuống, cắt cao để đầu thần kinh tự tụt vào trong cơ, tránh tạo u thần kinh gây đau mồm cụt.

6.5. Bước 5: Đóng vết mổ

- Khâu phục hồi màng xương, khâu các nhóm cơ đối xứng để che phủ đầu xương.
- Khâu đóng vạt da bằng chỉ không tiêu, có thể đặt dẫn lưu nếu diện bóc tách rộng.

6.6. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật: Kiểm tra tưới máu vạt da đầu ngón sau khi tháo ga rô. Băng ép nhẹ mồm cụt.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo: Bàn giao người bệnh cho bộ phận hậu phẫu.

VII. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

Thường không có tai biến đặc thù trong khi thực hiện nếu tuân thủ đúng kỹ thuật.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- *Chảy máu, tụ máu mồm cụt*: Băng ép nhẹ nhàng; nếu chảy nhiều phải mở vết mổ để lấy máu tụ và cầm máu lại.
- *Nhiễm trùng*: Tách chỉ vết mổ, làm sạch, dẫn lưu mủ và sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ.

7.3. Biến chứng muộn

- *Hoại tử mồm cụt*: Nếu lộ xương hoặc vạt da hoại tử, cần phẫu thuật cắt lọc lại và xem xét cắt cụt ở mức cao hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

3. Bộ Y tế (2017). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa, chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình. Quyết định số 5728/QĐBYT ngày 21/12/2017 của Bộ Y tế.
4. Bộ Y tế (2016). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa, chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình. Quyết định số 4484/QĐBYT ngày 18/08/2016 của Bộ Y tế.
5. Bộ Y tế (2013). Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Nội tiết. Quyết định số 1119/QĐBYT ngày 05/04/2013 của Bộ Y tế.

PHẪU THUẬT TỒN THƯƠNG GÂN DUỖI DÀI NGÓN I

I. ĐẠI CƯƠNG

Tổn thương gân duỗi dài ngón I chủ yếu gặp trong các vết thương vùng bàn chân, cổ chân và phần dưới cẳng chân. Phẫu thuật nhằm mục đích khâu nối phục hồi gân theo đúng giải phẫu một cách vững chắc, giúp phục hồi chức năng duỗi ngón cái, đảm bảo khả năng vận động và dáng đi cho người bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH

- Các trường hợp có vết thương vùng bàn chân giữa, cổ chân và 1/3 dưới cẳng chân gây tổn thương gân duỗi dài ngón I.
- Một số chỉ định khác theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị do Bộ Y tế ban hành.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tình trạng toàn thân của người bệnh nặng không cho phép tiến hành phẫu thuật.
- Vùng chi dưới bị dập nát không có khả năng bảo tồn hoặc tình trạng cấp máu nuôi dưỡng quá kém.
- Người bệnh bị cứng khớp hoặc dập nát ngón I bàn chân không có khả năng bảo tồn.

IV. THẬN TRỌNG

- Cần đánh giá kỹ tình trạng phần mềm và mạch máu nuôi dưỡng trước khi can thiệp để tránh nguy cơ hoại tử diện khâu nối gân.

V. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

a) *Nhân lực trực tiếp*: 01 Phẫu thuật viên chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình.

b) *Nhân lực hỗ trợ (nếu có)*: 02 Phẫu thuật viên phụ mổ, kíp gây mê và dụng cụ viên.

5.2. Thuốc

- *Kháng sinh dự phòng theo quy định.*
- *Dung dịch sát khuẩn da*

5.3. Vật tư (nếu có)

- Bộ dụng cụ mổ chấn thương chung.
- Chỉ khâu gân: Chỉ Prolen các cỡ.
- Chỉ khâu da.

5.4. Trang thiết bị

- Bàn mổ chỉnh hình (1 chiếc).
- Máy garo hơi hoặc garo chun (nếu có).

5.5. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng: Được giải thích rõ về mục đích phẫu thuật, hậu phẫu và kế hoạch tập phục hồi chức năng.
- Nhịn ăn, vệ sinh vùng mổ và dùng kháng sinh dự phòng theo y lệnh.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại phòng mổ thuộc khoa Gây mê hồi sức.

5.9. Kiểm tra hồ sơ

- 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: Đánh giá đúng người bệnh, đúng chẩn đoán và đúng vị trí gân tổn thương cần can thiệp.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.*
- Đặt tư thế BN:* Nằm ngửa.

VI. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Sát khuẩn và đặt garo (nếu có)

- Sát khuẩn vùng mổ bằng dung dịch Betadine hoặc cồn 70 độ.
- Đặt garo hơi trong mổ với áp lực 350400 mmHg hoặc đặt garo chun.

6.2. Bước 2: Làm sạch vết thương

- Tiến hành đánh rửa, cắt lọc và làm sạch vết thương.

6.3. Bước 3: Rạch da và bộc lộ

- Rạch da theo đường đi của gân tùy theo vị trí đứt (từ nền đốt 2 ngón I qua mặt trước mu chân và khớp cổ chân đến sát phía ngoài mào chày ở 1/3 dưới cẳng chân).

6.4. Bước 4: Khâu nối gân

- Tìm và bộc lộ hai đầu gân đứt.
- Thực hiện khâu nối gân kiểu tận tận theo các kỹ thuật Kessler, Kessler cải tiến hoặc Kessler Tajima bằng chỉ khâu gân.

6.5. Bước 5: Kiểm tra và đặt dẫn lưu

- Cầm máu kỹ, bơm rửa làm sạch vết mổ.
- Đặt dẫn lưu nếu cần thiết.

6.6. Bước 6: Đóng vết mổ

- Đóng vết mổ hai lớp (lớp dưới da và lớp da).

6.7. Bước 7: Bất động

- Bất động bằng nẹp bột cố định bàn chân ở tư thế cơ năng.

6.9. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật: Đánh giá tình trạng chi thể: màu sắc da, vận động, cảm giác và mạch đầu chi.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo: Bàn giao người bệnh cho bộ phận hậu phẫu.

VII. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

Thường không có tai biến đặc thù trong khi thực hiện nếu tuân thủ đúng kỹ thuật.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- *Chảy máu vết mổ*: Tiến hành băng chun ép cầm máu; nếu không hiệu quả phải mở vết mổ để kiểm tra và cầm máu lại.
- *Nhiễm trùng vết mổ*: Tách chỉ vết mổ, thay băng làm sạch hàng ngày và điều trị kháng sinh theo kháng sinh đồ.

7.3. Biến chứng muộn

Thường không có biến chứng muộn đặc thù nếu phục hồi chức năng đúng cách.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2016). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình. Quyết định số 4484/QĐBYT ngày 18 tháng 8 năm 2016 của

PHẪU THUẬT NỐI GÂN ACHILLE

V. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật nối gân Achille (gân gót) là kỹ thuật ngoại khoa điều trị tổn thương đứt gân lớn và mạnh nhất cơ thể. Gân này chịu áp lực gấp nhiều lần trọng lượng cơ thể khi đi lại, chạy nhảy. Nguyên lý là khâu nối phục hồi sự liên tục giải phẫu của gân. Mục đích nhằm tái tạo lại chức năng gập lòng bàn chân, giúp người bệnh phục hồi khả năng đi lại, vận động bình thường và giảm nguy cơ tái đứt so với điều trị bảo tồn.

II. CHỈ ĐỊNH

- Các trường hợp đứt gân Achille do chấn thương hoặc vết thương.
- Đứt gân Achille đến muộn (sau 1 tháng).
- Gân Achille không kèm theo tình trạng nhiễm trùng vùng gót chân.
- Một số chỉ định khác theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị do Bộ Y tế ban hành.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Vết thương đứt gân Achille đang trong tình trạng nhiễm trùng tại chỗ tiến triển.
- Người bệnh có các bệnh lý toàn thân nặng (như bệnh tiểu đường lâu năm, suy tim, suy thận chưa kiểm soát tốt), không đảm bảo an toàn cho phẫu thuật và gây mê.
- Tình trạng cấp máu nuôi dưỡng vùng cổ chân quá kém.

IV. THẬN TRỌNG

- Cần thực hiện khâu đóng da và tổ chức dưới da cẩn thận để che kín toàn bộ gân sau khi nối, tránh lộ gân dẫn đến hoại tử.
- Đánh giá kỹ tình trạng hai đầu gân; nếu bị mủn nát hoặc nham nhở cần cắt lọc kỹ và xem xét kéo dài gân hoặc sử dụng kỹ thuật tăng cường bằng gân khác trước khi khâu.
- Thận trọng lựa chọn phương pháp mổ hở hay qua da, cân nhắc giữa nguy cơ tổn thương thần kinh và các biến chứng vết mổ.

V. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

a) *Nhân lực trực tiếp*: Phẫu thuật viên chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình.

b) *Nhân lực hỗ trợ (nếu có)*: Kíp phụ mổ, kíp gây mê và dụng cụ viên.

5.2. Thuốc

- *Kháng sinh toàn thân dự phòng.*
- Dung dịch sát khuẩn.

5.3. Vật tư

- Bộ dụng cụ phẫu thuật chấn thương chỉnh hình cơ bản.

- Chỉ khâu gân không tiêu cỡ lớn (như Prolene hoặc chỉ siêu bền).
- Bộ dụng cụ khâu qua da chuyên dụng (nếu áp dụng phương pháp ít xâm lấn).

5.4. Trang thiết bị

- Bàn mổ.
- Hệ thống garo hơi hoặc garo chun.

5.5. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng: Được giải thích rõ về quy trình, tai biến (nhiễm trùng, tổn thương thần kinh, tái đứt...), và kế hoạch phục hồi chức năng kéo dài.
- Ngừng thuốc chống đông (nếu có), cai thuốc lá. Vệ sinh sạch vùng mổ; nhịn ăn ít nhất 6 giờ trước phẫu thuật.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại phòng mổ thuộc khoa Gây mê hồi sức.

5.9. 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: Đúng người, đúng chẩn đoán và đúng vị trí gân tổn thương.

b) *Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.*

c) *Đặt tư thế BN:* Nằm sấp, có toan kê dưới cẳng chân để bộc lộ rõ vùng gót.

VI. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Vô cảm

- Tiến hành gây mê nội khí quản hoặc gây tê tủy sống tùy tình trạng người bệnh.

6.2. Bước 2: Đặt garo (nếu có)

- Đặt garo hơi hoặc garo chun ở vị trí 1/3 dưới đùi để kiểm soát máu trong mổ.

6.3. Bước 3: Rạch da

- *Phương pháp mổ hở:* Rạch một đường dọc giữa sau cẳng chân dài khoảng 8-10cm, cách bờ trong gân gót khoảng 1cm để tiếp cận ổ tổn thương.
- *Phương pháp qua da (ít xâm lấn):* Rạch một vài đường nhỏ cỡ 2cm quanh vị trí gân đứt.

6.4. Bước 4: Bộc lộ và đánh giá gân

- Mở da, cân và các mô quanh gân để bộc lộ hai đầu gân đứt. Nếu đầu gân gọn sạch thì nối ngay; nếu nhăm nhở thì phải cắt lọc sạch.

6.5. Bước 5: Khâu nối gân

- *Đứt gân cấp tính, hai đầu sát:* Thực hiện khâu nối gân kiểu tận-tận vững chắc theo phương pháp Kessler, Bunnel hoặc Krackow bằng chỉ không tiêu cỡ lớn.

- *Đứt gân đến muện, hai đầu co rút, thiếu hụt*: Có thể áp dụng kỹ thuật kéo dài gân kiểu V-Y hoặc sử dụng gân cơ khác (như gân cơ gan chân gầy, cơ mác ngắn) làm cầu nối tăng cường.

6.6. Bước 6: Đóng vết mổ và bất động

- Khâu phục hồi bao gân (nếu có) và đóng da đảm bảo che phủ kín.
- Bất động bằng bột hoặc nẹp bột căng-bàn chân ở tư thế cổ chân gấp lòng tối đa (khoảng 20-30 độ).

6.7. Bước cuối cùng: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật: Đánh giá tưới máu, cảm giác các ngón chân sau khi tháo garo.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo: Bàn giao người bệnh cho bộ phận hậu phẫu.

VII. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong/sau khi thực hiện kỹ thuật

- *Chảy máu*: Băng ép cầm máu; nếu chảy nhiều cần mở vết mổ để kiểm tra và cầm máu lại.
- *Nhiễm trùng*: Thay băng, làm sạch vết thương. Tăng liều kháng sinh hoặc thay kháng sinh theo kháng sinh đồ; chăm sóc tại chỗ tích cực. Trường hợp nặng có thể phải dẫn lưu hoặc can thiệp lại.
- *Tổn thương thần kinh bì*: Gây tê bàn chân, thường gặp hơn ở phương pháp qua da. Theo dõi, phần lớn có thể tự hồi phục.
- *Tắc mạch sâu chi dưới*: Cần cảnh giác với các dấu hiệu đau, sưng to, phù ấn lõm bắp chân. Xử trí bằng thuốc chống đông theo phác đồ.

7.2. Biến chứng muộn

- *Đứt lại gân*: Cần phẫu thuật nối lại hoặc áp dụng các kỹ thuật tạo hình gân phức tạp hơn.
- *Sẹo xấu, sẹo dính*: Có thể gây đau và hạn chế vận động. Xử trí bằng vật lý trị liệu, nếu nặng có thể cần phẫu thuật sửa sẹo.
- *Cứng khớp cổ chân, teo cơ bắp chân*: Phòng ngừa và điều trị chủ yếu bằng chương trình phục hồi chức năng tích cực, đúng giai đoạn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2014). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa - chuyên khoa Phẫu thuật chấn thương chỉnh hình, Phẫu thuật cột sống. Quyết định số 198/QĐ-BYT ngày 16/01/2014 của Bộ Y tế.
2. Bộ Y tế (2017). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình. Quyết định số 5728/QĐ-BYT ngày 21/12/2017 của Bộ Y tế.

NẮN, BÓ BỘT GÃY XƯƠNG BÀN – NGÓN TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Gãy xương bàn tay và xương ngón tay là tình trạng đường gãy nằm ở thân xương bàn hoặc các đốt xương ngón tay.
2. Đây là loại gãy xương thường gặp, chiếm tỷ lệ cao trong chấn thương chi trên, dễ xảy ra trong lao động, sinh hoạt, tai nạn thể thao, tai nạn giao thông.
3. Gãy xương bàn – ngón tay nếu không được nắn chỉnh đúng có thể để lại di lệch xoay, chùng ngón, hạn chế vận động và giảm chức năng bàn tay.

II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN

- Gãy kín xương bàn tay hoặc xương ngón tay.
- Gãy ít di lệch hoặc di lệch có thể nắn chỉnh kín đạt yêu cầu.
- Không có tổn thương mạch máu, thần kinh nặng kèm theo.
- Người bệnh không có chỉ định phẫu thuật hoặc không đủ điều kiện phẫu thuật.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Gãy hở.
- Gãy phức tạp nhiều mảnh, gãy kèm trật khớp không nắn kín được.
- Có tổn thương mạch máu, thần kinh cần can thiệp phẫu thuật cấp cứu.

IV. THẬN TRỌNG

- Phải chú ý chỉnh đúng trục, góc và đặc biệt là **xoay ngón tay** để tránh chùng ngón sau này.
- Theo dõi sát dấu hiệu chèn ép sau bó bột, nhất là trong những ngày đầu.

V. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình hoặc Ngoại khoa được đào tạo về bó bột.

5.2. Nhân lực

- 2–3 người:
- 1 người chính thực hiện nắn và bó bột.
- 1–2 người phụ giữ tay và hỗ trợ.

5.3. Phương tiện

- Thuốc giảm đau hoặc thuốc gây tê tại chỗ.
- Bột thạch cao hoặc nẹp bột.
- Băng lót, giấy vệ sinh, kéo, băng dính.
- Phim X-quang kiểm tra trước và sau nắn.

5.4. Người bệnh

- Được thăm khám toàn diện, đánh giá tổn thương phối hợp.
- Được giải thích rõ mục đích, quy trình và thời gian bất động.
- Tháo bỏ trang sức ở bàn tay bị tổn thương.
- Vệ sinh sạch sẽ vùng cần bó bột.

5.5. Hồ sơ

- Ghi rõ thời gian chấn thương, tình trạng tổn thương, kết quả X-quang.
- Ghi rõ ngày giờ nắn bó bột, tư thế bất động, dặn dò và lịch hẹn tái khám.

VI. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Nắn chỉnh ổ gãy

- Người bệnh ngồi hoặc nằm, cẳng tay đặt trên bàn.
- Gây tê tại chỗ hoặc phong bế thần kinh ngón nếu cần.
- Kéo dọc trục ngón tay hoặc xương bàn tay.
 - Chỉnh trục, chỉnh góc, chỉnh xoay cho đến khi ngón tay thẳng trục, không chùng ngón khi gấp.

6.2. Bước 2: Kiểm tra sau nắn

- Yêu cầu người bệnh gấp – duỗi nhẹ các ngón tay để đánh giá xoay.
- So sánh với bàn tay lành.
- Chụp X-quang kiểm tra nếu cần.

6.3. Bước 3: Bất động

- Bó bột cẳng – bàn – ngón tay hoặc nẹp bột.
- Tư thế bất động chức năng:
 - + Cổ tay gấp nhẹ khoảng 20–30°.
 - + Khớp bàn – ngón gấp 70–90°.
 - + Các khớp liên đốt duỗi nhẹ.
- Chừa đầu các ngón tay để theo dõi tuần hoàn.

VII. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Theo dõi màu sắc da, nhiệt độ, cảm giác và vận động các ngón tay.
- Theo dõi đau tăng, sưng nề trong 24–48 giờ đầu.
- Có thể điều trị ngoại trú nếu gãy đơn giản, ít sưng nề.

7.2. Tai biến và xử trí

7.2.1. Chèn ép do bột chặt

- Biểu hiện: đau tăng, tê bì, tím đầu ngón.
- Xử trí: rạch dọc bột để giải phóng chèn ép.

7.2.2. Di lệch thứ phát

- Phát hiện qua lâm sàng hoặc X-quang kiểm tra.
- Xử trí: nắn chỉnh lại và bó bột lại hoặc chuyển phẫu thuật nếu cần.

7.2.3. Cứng khớp

- Do bất động kéo dài.
- Xử trí: tháo bột đúng thời gian, tập phục hồi chức năng sớm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2017). *Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên môn ngành Bó Bột*. Quyết định số **4790/QĐ-BYT** ngày 25/10/2017 của Bộ Y tế.

NẮN, BÓ BỘT GỠ XƯƠNG CHÀY

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Gãy xương chày là loại gãy mà đường gãy nằm ở thân xương chày, có thể kèm theo hoặc không kèm gãy xương mác.
2. Xương chày là xương chịu lực chính của cẳng chân, nằm nông, phần mềm che phủ ít nên dễ bị tổn thương và có nguy cơ gãy hở cao.
3. Gãy xương chày thường xảy ra do chấn thương mạnh như tai nạn giao thông, tai nạn lao động, ngã cao; ở người già có thể xảy ra sau chấn thương gián tiếp.

II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN

- Gãy kín xương chày.
- Gãy ít di lệch hoặc di lệch nhưng có thể nắn chỉnh kín đạt yêu cầu.
- Gãy ngang, gãy chéo ngắn, không có tổn thương phần mềm nặng kèm theo.
- Tình trạng người bệnh không đảm bảo cho phẫu thuật hoặc cơ sở y tế chưa đáp ứng điều kiện phẫu thuật an toàn.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Gãy hở xương chày.
- Gãy nhiều mảnh, gãy di lệch nhiều không thể nắn chỉnh kín.
- Có tổn thương mạch máu, thần kinh kèm theo cần can thiệp phẫu thuật.
- Hội chứng chèn ép khoang cẳng chân.

IV. THẬN TRỌNG

- Xương chày dễ sưng nề, nguy cơ cao chèn ép khoang, đặc biệt trong 48 giờ đầu.
- Không bó bột quá chặt, phải theo dõi sát đau tăng, tê bì, tím đầu chi.
- Cần chỉnh đúng trục, chiều dài và trục xoay của cẳng chân.

V. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình hoặc Ngoại khoa được đào tạo về nắn chỉnh và bó bột.

5.2. Nhân lực

- 3–4 người:
 - + 1 người chính thực hiện nắn chỉnh và bó bột.
 - + 2–3 người phụ giữ chi, hỗ trợ kéo nắn.
- Nếu người bệnh cần gây mê: 1–2 bác sĩ gây mê.

5.3. Phương tiện

- Thuốc giảm đau, thuốc gây tê hoặc thuốc gây mê.
- Bàn nắn chỉnh hình.
- Bột thạch cao: khoảng 10–12 cuộn bột khổ 15–20 cm (tùy thể trạng người bệnh).
- Băng lót, giấy vệ sinh, kéo, băng dính.
- Phim X-quang kiểm tra trước và sau nắn.

5.4. Người bệnh

- Được thăm khám toàn diện, đánh giá tổn thương phối hợp.
- Được giải thích kỹ mục đích, quá trình tiến hành thủ thuật.
- Được vệ sinh sạch sẽ vùng chi tổn thương, tháo bỏ giày dép, quần áo chật.
- Với người bệnh gây mê: nhịn ăn uống ít nhất 5–6 giờ.

5.5. Hồ sơ

- Ghi rõ ngày giờ tai nạn, ngày giờ bó bột, tình trạng lâm sàng và X-quang.
- Ghi hướng xử trí, những điều dặn dò và lịch hẹn khám lại.
- Với người bệnh gây mê, cần có giấy cam kết chấp nhận thủ thuật.

VI. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Nắn chỉnh ổ gãy

- Người bệnh nằm ngửa trên bàn nắn chỉnh hình.
- Gây tê tại chỗ, tê vùng hoặc gây mê tùy mức độ đau và co cơ.
- Kéo dọc trục cẳng chân để lấy lại chiều dài chi.
- Chỉnh trục trước – sau, trong – ngoài và chỉnh xoay cẳng chân.
- So sánh với bên lành để đánh giá trục và chiều dài.

6.2. Bước 2: Kiểm tra sau nắn

- Sờ nắn kiểm tra trục cẳng chân.
- Kiểm tra mạch mu chân, cảm giác và vận động các ngón chân.
- Chụp X-quang kiểm tra vị trí ổ gãy nếu cần.

6.3. Bước 3: Bất động

- Bó bột Đùi – cẳng – bàn chân.

Tư thế bất động:

- Khớp gối gấp nhẹ khoảng 10–15°.
- Cổ chân ở tư thế trung gian (90°).

Kỹ thuật bó bột:

- Quần bông lót đều toàn bộ vùng định bó bột, chú ý các điểm tỳ: khoeo, gối, cổ chân, gót chân.
- Đặt các nẹp bột dọc theo trục cẳng chân.

- Quần bột từ trên xuống dưới, phủ kín từ 1/3 giữa đùi đến hết bàn chân.
- Chừa các ngón chân để theo dõi tuần hoàn.
- Với bột cấp cứu, nên rạch dọc bột để phòng chèn ép.

Thời gian bất động:

- Người lớn: 10–12 tuần.
- Trẻ em: tùy theo tuổi và mức độ liền xương.

VII. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Nhẹ, ít sung nề: theo dõi và điều trị ngoại trú.
- Nặng, sung nhiều hoặc có tổn thương phối hợp: cho vào viện điều trị nội trú.
- Theo dõi đau, sưng, màu sắc da, nhiệt độ và mạch mu chân.

7.2. Tai biến và xử trí

7.2.1. Chèn ép khoang

- Biểu hiện: đau tăng dữ dội, căng chân căng cứng, tê bì, giảm vận động.
- Xử trí: rạch dọc bột ngay, chuyển xử trí cấp cứu ngoại khoa nếu cần.

7.2.2. Tai biến mạch máu, thần kinh

- Ít gặp.
- Nếu có, xử trí theo tổn thương cụ thể.

7.2.3. Di lệch thứ phát

- Phát hiện qua lâm sàng hoặc X-quang.
- Xử trí: nắn chỉnh lại và bó bột lại hoặc chuyển phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2017). *Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên môn ngành Bó Bột*. Quyết định số **4790/QĐ-BYT** ngày 25/10/2017 của Bộ Y tế.

NẮN, BÓ BỘT GỠ XƯƠNG NGÓN CHÂN

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Gãy xương ngón chân là loại gãy mà đường gãy nằm ở các đốt xương ngón chân (đốt gần, đốt giữa hoặc đốt xa).
2. Đây là loại gãy xương thường gặp, đa số là gãy kín, ít nguy hiểm đến tính mạng nhưng nếu xử trí không đúng có thể để lại di lệch, chùng ngón, đau kéo dài.
3. Thường xảy ra do chấn thương trực tiếp như vật nặng rơi vào bàn chân, đá mạnh, tai nạn sinh hoạt hoặc tai nạn lao động.

II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN

- Gãy kín xương ngón chân.
- Gãy ít di lệch hoặc di lệch nhưng có thể nắn chỉnh kín đạt yêu cầu.
- Không có tổn thương mạch máu, thần kinh kèm theo.
- Người bệnh không có chỉ định phẫu thuật.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Gãy hở xương ngón chân.
- Gãy nhiều mảnh, di lệch nhiều không nắn chỉnh kín được.
- Có tổn thương mạch máu, thần kinh cần can thiệp phẫu thuật.

IV. THẬN TRỌNG

- Phải chỉnh đúng trục và xoay của ngón chân để tránh chùng ngón sau này.
- Không băng hoặc bó bột quá chặt gây chèn ép đầu ngón.
- Theo dõi sưng nề trong những ngày đầu sau bó.

V. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình hoặc Ngoại khoa.

5.2. Nhân lực

- 2–3 người:
 - + 1 người chính thực hiện nắn chỉnh và bó bột.
 - + 1–2 người phụ hỗ trợ giữ chi.

5.3. Phương tiện

- Thuốc giảm đau hoặc thuốc gây tê tại chỗ.
- Bột thạch cao hoặc nẹp bột.
- Băng lót, giấy vệ sinh, băng dính, kéo.
- Phim X-quang kiểm tra trước và sau nắn.

5.4. Người bệnh

- Được thăm khám toàn diện, tránh bỏ sót tổn thương phối hợp.
- Được giải thích kỹ mục đích của thủ thuật, quá trình tiến hành làm thủ thuật.
- Được vệ sinh sạch sẽ bàn chân, tháo bỏ giày dép, tất.

5.5. Hồ sơ

- Ghi rõ ngày giờ bị tai nạn, ngày giờ bó bột.
- Ghi tình trạng lâm sàng, hướng xử trí, những điều dặn dò và hẹn khám lại.

VI. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Nắn chỉnh ổ gãy

- Người bệnh nằm hoặc ngồi, bàn chân đặt ở tư thế thuận lợi.
- Gây tê tại chỗ nếu cần.
- Kéo dọc trục ngón chân bị gãy.
- Chỉnh trục, chỉnh góc và chỉnh xoay cho đến khi ngón chân thẳng trục, không chổng lên các ngón khác.

6.2. Bước 2: Kiểm tra sau nắn

- So sánh ngón chân gãy với ngón chân lành.
- Kiểm tra vận động gấp – duỗi các ngón chân.
- Kiểm tra màu sắc, nhiệt độ và cảm giác đầu ngón.

6.3. Bước 3: Bất động

- Bất động bằng một trong các phương pháp:
 - + Băng cố định ngón gãy với ngón lành bên cạnh (băng kiểu “buddy taping”).
 - + Hoặc bó bột Cẳng – bàn – ngón chân trong trường hợp cần bất động chắc hơn.
 - Bàn chân được đặt ở tư thế trung gian (90°).
 - Chừa đầu các ngón chân để theo dõi tuần hoàn.

Thời gian bất động:

- Thường từ 3–4 tuần, tùy mức độ gãy và tuổi người bệnh.

VII. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Nhẹ: theo dõi và điều trị ngoại trú.
- Sưng nề nhiều, đau tăng: cho vào viện theo dõi điều trị nội trú.
- Theo dõi màu sắc da, nhiệt độ, cảm giác và đau đầu ngón chân.

7.2. Tai biến và xử trí

7.2.1. Chèn ép do băng hoặc bột chặt

- Biểu hiện: đau tăng, tê bì, tím đầu ngón.

- Xử trí: nới lỏng hoặc tháo băng/bột ngay.

7.2.2. Di lệch thứ phát

- Phát hiện qua lâm sàng hoặc X-quang kiểm tra.
- Xử trí: nắn chỉnh lại và cố định lại.

7.2.3. Cứng khớp ngón chân

- Do bất động kéo dài.
- Xử trí: tháo cố định đúng thời gian, tập vận động sớm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2017). *Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên môn ngành Bó Bột*. Quyết định số **4790/QĐ-BYT** ngày 25/10/2017 của Bộ Y tế.

NẮN, BÓ BỘT GỠ XƯƠNG BÀN CHÂN

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Gãy xương bàn chân là loại gãy mà đường gãy nằm ở một hoặc nhiều xương bàn chân (từ xương bàn I đến xương bàn V).
2. Gãy xương bàn chân có thể là gãy đơn thuần hoặc gãy phối hợp nhiều xương, thường là gãy ngoài khớp, nếu không nắn chỉnh và bất động đúng có thể gây di lệch, đau kéo dài, ảnh hưởng chức năng chịu lực của bàn chân.
3. Thường xảy ra do chấn thương trực tiếp như vật nặng đè vào bàn chân, tai nạn giao thông, tai nạn lao động hoặc do chấn thương gián tiếp như xoắn vặn bàn chân.

II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN

- Gãy kín xương bàn chân.
- Gãy xương bàn chân ít di lệch hoặc di lệch nhưng có thể nắn chỉnh kín đạt yêu cầu.
- Không có tổn thương mạch máu, thần kinh kèm theo.
- Điều kiện cơ sở y tế hoặc tình trạng người bệnh chưa cho phép phẫu thuật.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Gãy hở xương bàn chân.
- Gãy nhiều mảnh, di lệch nhiều không thể nắn chỉnh kín.
- Gãy xương bàn chân kèm trật khớp nặng hoặc tổn thương mạch máu, thần kinh cần can thiệp phẫu thuật.

IV. THẬN TRỌNG

- Phải nắn chỉnh đúng trục, chiều dài và xoay của các xương bàn chân.
- Không bó bột quá chặt, đặc biệt trong những ngày đầu do dễ gây sưng nề và chèn ép khoang.
- Theo dõi sát tuần hoàn bàn chân và các ngón chân sau bó bột.

V. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình hoặc Ngoại khoa.

5.2. Nhân lực

- 2–3 người:
 - o 1 người chính thực hiện nắn chỉnh và bó bột.
 - o 1–2 người phụ hỗ trợ giữ chi.

5.3. Phương tiện

- Thuốc giảm đau hoặc thuốc gây tê tại chỗ.
- Bột thạch cao: 6–8 cuộn bột khổ 10–15 cm (tùy kích thước bàn chân).

- Băng lót, giấy vệ sinh, băng dính, kéo.
- Phim X-quang để kiểm tra trước và sau nắn chỉnh.

5.4. Người bệnh

- Được thăm khám toàn diện, tránh bỏ sót tổn thương phối hợp.
- Được giải thích kỹ mục đích của thủ thuật, quá trình tiến hành làm thủ thuật.
- Được vệ sinh sạch sẽ bàn chân, cởi bỏ giày dép, tất.

5.5. Hồ sơ

- Ghi rõ ngày giờ bị tai nạn, ngày giờ bó bột.
- Ghi tình trạng lâm sàng, hướng xử trí, những điều dặn dò và hẹn khám lại.

VI. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Nắn chỉnh ổ gãy

- Người bệnh nằm ngửa hoặc ngồi, bàn chân được đặt ở tư thế thuận lợi.
- Gây tê tại chỗ nếu cần.
- Kéo dọc trục bàn chân và các ngón chân.
- Chỉnh trục, chỉnh góc và chỉnh xoay các xương bàn chân về vị trí giải phẫu.

6.2. Bước 2: Kiểm tra sau nắn

- Quan sát hình dạng bàn chân, so sánh với bên lành.
- Kiểm tra vận động các ngón chân.
- Kiểm tra mạch mu chân, cảm giác và nhiệt độ bàn chân.
- Có thể chụp X-quang kiểm tra lại vị trí ổ gãy.

6.3. Bước 3: Bất động

- Bó bột Cẳng – bàn – ngón chân.
- Bàn chân được đặt ở tư thế trung gian (90°).
- Quần bông lót đều, chú ý các điểm tỳ như gót chân, cổ chân, mu bàn chân.
- Chừa các đầu ngón chân để theo dõi tuần hoàn.

Thời gian bất động:

- Người lớn: 4–6 tuần.
- Trẻ em: tùy theo tuổi và mức độ gãy.

VII. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Nhẹ: theo dõi và điều trị ngoại trú.
- Nặng, có sưng nề nhiều hoặc tổn thương phối hợp: cho vào viện theo dõi điều trị nội trú.

7.2. Tai biến và xử trí

7.2.1. Tai biến mạch máu, thần kinh

- Hiếm gặp. Nếu có, xử trí theo tổn thương.

7.2.2. Chèn ép do bột chặt

- Biểu hiện: đau tăng, tê bì, tím các ngón chân.
- Xử trí: rạch dọc bột hoặc nói lỏng bột ngay.

7.2.3. Di lệch thứ phát

- Phát hiện qua lâm sàng hoặc X-quang.
- Xử trí: nắn chỉnh lại và bó bột lại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2017). *Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên môn ngành Bó Bột*. Quyết định số **4790/QĐ-BYT** ngày 25/10/2017 của Bộ Y tế.

NẮN, BÓ BỘT TRẬT KHỚP CỔ CHÂN

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Trật khớp cổ chân là tình trạng mất hoàn toàn hoặc không hoàn toàn sự tiếp xúc bình thường giữa các mặt khớp chày – sên – mác.
2. Trật khớp cổ chân thường kèm theo tổn thương dây chằng, bao khớp, có thể phối hợp gãy xương mắt cá trong, mắt cá ngoài hoặc xương sên.
3. Thường xảy ra do chấn thương mạnh như tai nạn giao thông, tai nạn thể thao, ngã cao hoặc xoắn vặn cổ chân đột ngột.

II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN

- Trật khớp cổ chân kín.
- Trật khớp chưa kèm gãy xương hoặc kèm gãy nhỏ, vững, có thể nắn chỉnh kín.
- Sau nắn, khớp cổ chân vững, tuần hoàn và thần kinh ngoại vi bình thường.
- Tình trạng người bệnh hoặc điều kiện cơ sở y tế chưa cho phép phẫu thuật.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Trật khớp cổ chân hở.
- Trật khớp cổ chân kèm gãy xương lớn, không vững sau nắn.
- Có tổn thương mạch máu, thần kinh cần can thiệp phẫu thuật cấp cứu.

IV. THẬN TRỌNG

- Phải nắn khớp sớm để tránh phù nề, chèn ép mạch máu và thần kinh.
- Không bó bột quá chặt, đặc biệt trong 48 giờ đầu.
- Theo dõi sát tình trạng tuần hoàn, cảm giác bàn chân sau bó bột.

V. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình hoặc Ngoại khoa.

5.2. Nhân lực

- 2–3 người:
 - + 1 người chính thực hiện nắn chỉnh và bó bột.
 - + 1–2 người phụ giữ chi và hỗ trợ.

5.3. Phương tiện

- Thuốc giảm đau, thuốc gây tê tại chỗ hoặc gây mê ngắn (nếu cần).
- Bột thạch cao: 8–10 cuộn bột khổ 10–15 cm.
- Băng lót, giấy vệ sinh, băng dính, kéo.
- Phim X-quang cổ chân (trước và sau nắn).

5.4. Người bệnh

- Được thăm khám toàn diện, đánh giá mạch mu chân, thần kinh chày sau.

- Được giải thích kỹ mục đích và quá trình tiến hành thủ thuật.
- Được vệ sinh sạch sẽ cẳng chân và bàn chân, tháo bỏ giày dép.

5.5. Hồ sơ

- Ghi rõ thời gian bị tai nạn, thời gian nắn và bó bột.
- Ghi tình trạng lâm sàng trước và sau nắn, hướng xử trí, dặn dò và hẹn khám lại.
- Nếu gây mê, cần có cam kết chấp nhận thủ thuật.

VI. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Nắn chỉnh trật khớp

- Người bệnh nằm ngửa, gối gấp nhẹ để làm giãn cơ cẳng chân.
- Gây tê tại chỗ hoặc gây mê ngắn nếu cần.
- Một tay giữ chắc cẳng chân làm đối lực, tay kia nắm bàn chân.
- Kéo dọc trục bàn chân, sau đó điều chỉnh theo hướng ngược lại với hướng trật (gấp – duỗi, xoay trong hoặc xoay ngoài) để đưa khớp về vị trí giải phẫu.

6.2. Bước 2: Kiểm tra sau nắn

- Nghe hoặc cảm nhận tiếng “cụp” khi khớp về đúng vị trí.
- Kiểm tra hình dạng cổ chân, so sánh với bên lành.
- Kiểm tra mạch mu chân, cảm giác và vận động các ngón chân.
- Chụp X-quang kiểm tra lại vị trí khớp cổ chân.

6.3. Bước 3: Bất động

- Bó bột Cẳng – bàn – ngón chân.
- Bàn chân đặt ở tư thế trung gian (90°).
- Quần bông lót đều, chú ý các điểm tỳ như gót chân, mắt cá, mu bàn chân.
- Chừa các đầu ngón chân để theo dõi tuần hoàn.

Thời gian bất động:

- Người lớn: 4–6 tuần.
- Trẻ em: 3–4 tuần, tùy mức độ tổn thương.

VII. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Trường hợp nhẹ: theo dõi và điều trị ngoại trú.
- Trường hợp nặng, sưng nề nhiều hoặc tổn thương phối hợp: cho vào viện theo dõi điều trị nội trú.

7.2. Tai biến và xử trí

7.2.1. Tai biến mạch máu, thần kinh

- Hiếm gặp. Nếu có, xử trí theo tổn thương chuyên khoa.

7.2.2. Chèn ép do bột chặt

- Biểu hiện: đau tăng, tê bì, lạnh hoặc tím các ngón chân.
- Xử trí: rạch dọc bột hoặc nói lỏng bột ngay.

7.2.3. Trật khớp tái phát hoặc mất vững khớp

- Phát hiện qua lâm sàng và X-quang.
- Xử trí: nắn chỉnh lại hoặc chuyển phẫu thuật nếu cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2017). *Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên môn ngành Bó Bột*. Quyết định số **4790/QĐ-BYT** ngày 25/10/2017 của Bộ Y tế.

NẮN, BÓ BỘT BÀN CHÂN

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Bàn chân gồm các xương cổ chân, xương bàn chân và xương ngón chân, có vai trò quan trọng trong việc chịu lực và vận động của cơ thể.
2. Tổn thương bàn chân (gãy xương, bong gân nặng, trật khớp nhẹ đã được nắn chỉnh) nếu không được bất động đúng cách có thể gây đau kéo dài, biến dạng và rối loạn chức năng đi lại.
3. Nắn, bó bột bàn chân là biện pháp điều trị bảo tồn nhằm cố định bàn chân ở tư thế cơ năng, tạo điều kiện cho tổn thương liền tốt và phục hồi chức năng.

II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN

- Sau nắn chỉnh gãy xương bàn chân, xương cổ chân ổn định.
- Sau nắn trật khớp bàn – cổ chân đã vững.
- Bong gân cổ chân mức độ vừa đến nặng cần bất động.
- Tổn thương phần mềm bàn chân cần cố định để giảm đau và sưng nề.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối.
- Thận trọng hoặc không chỉ định bó bột trong các trường hợp:
 - + Bàn chân sưng nề quá nhiều, nguy cơ chèn ép khoang.
 - + Nhiễm trùng vùng bàn chân.
 - + Có tổn thương mạch máu, thần kinh cần xử trí phẫu thuật.

IV. THẬN TRỌNG

- Không bó bột quá chặt gây chèn ép mạch máu và thần kinh.
- Chăm sóc ngón chân để theo dõi tuần hoàn.
- Theo dõi sát trong 24–48 giờ đầu sau bó bột.

V. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình hoặc Ngoại khoa.

5.2. Nhân lực

- 2–3 người:
 - + 1 người chính.
 - + 1–2 người phụ giữ và hỗ trợ chi.

5.3. Phương tiện

- Thuốc giảm đau hoặc thuốc gây tê tại chỗ (nếu cần).
- Bột thạch cao (bột khổ 10–15 cm).
- Băng lót, giấy vệ sinh, kéo, băng dính.

5.4. Người bệnh

- Được thăm khám toàn diện, đánh giá tổn thương bàn chân.
- Được giải thích kỹ mục đích và quá trình tiến hành thủ thuật.
- Được vệ sinh sạch sẽ bàn chân, tháo bỏ giày dép, tất.

5.5. Hồ sơ

- Ghi rõ ngày giờ bị tai nạn, ngày giờ bó bột.
- Ghi tình trạng tổn thương, hướng xử trí, dặn dò và hẹn khám lại.

VI. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Nắn chỉnh (nếu có)

- Người bệnh nằm hoặc ngồi, bàn chân được đặt ở tư thế thuận lợi.
- Kéo nhẹ theo trục bàn chân.
- Chỉnh trục và tư thế bàn chân về vị trí giải phẫu hoặc tư thế cơ năng.

6.2. Bước 2: Đặt tư thế bất động

- Bàn chân đặt ở tư thế trung gian (cổ chân 90°).
- Các ngón chân ở tư thế sinh lý.

6.3. Bước 3: Bó bột

- Quần bông lót đều từ 1/3 dưới cẳng chân xuống bàn chân.
- Bó bột kiểu **Cẳng – bàn – ngón chân**.
- Chừa đầu các ngón chân để theo dõi tuần hoàn.
- Vuốt chỉnh bột, tạo hình gọn, không cần ép các điểm tỳ.

Thời gian bất động:

- Thường từ 3–6 tuần, tùy theo tổn thương và tuổi người bệnh.

VII. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Nhẹ: theo dõi và điều trị ngoại trú.
- Sưng đau nhiều, nghi ngờ chèn ép: cho vào viện theo dõi nội trú.
- Theo dõi màu sắc, nhiệt độ, cảm giác và vận động các ngón chân.

7.2. Tai biến và xử trí

7.2.1. Chèn ép do bó bột

- Biểu hiện: đau tăng, tê bì, tím lạnh các ngón chân.
- Xử trí: rạch dọc bột hoặc nói lỏng bột ngay.

7.2.2. Loét da do bột

- Do bột cần ép hoặc lót không đủ.
- Xử trí: chỉnh sửa hoặc thay bột.

7.2.3. Cứng khớp cổ chân – bàn chân

- Do bất động kéo dài.
- Xử trí: tháo bột đúng thời gian, tập phục hồi chức năng sớm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2017). *Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên môn ngành Bó Bột*. Quyết định số **4790/QĐ-BYT** ngày 25/10/2017 của Bộ Y tế.

NẮN, BÓ BỘT GỠY 1/3 TRÊN XƯƠNG ĐÙI

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Gãy 1/3 trên xương đùi là loại gãy thân xương đùi, đường gãy nằm ở đoạn trên thân xương, phía dưới máu chuyển.
2. Đây là loại gãy xương lớn, thường di lệch nhiều do cơ kéo mạnh của các nhóm cơ vùng đùi, dễ gây biến dạng chi và mất chiều dài chi.
3. Thường gặp ở người trẻ do chấn thương mạnh như tai nạn giao thông, ngã cao; ở người già có thể gặp sau chấn thương do loãng xương.

II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN

- Gãy 1/3 trên xương đùi ít di lệch hoặc đã nắn chỉnh đạt yêu cầu.
- Gãy xương đùi trẻ em.
- Gãy xương đùi ở người bệnh không đủ điều kiện phẫu thuật (tuổi cao, bệnh lý nội khoa nặng).
- Cơ sở y tế không đủ điều kiện thực hiện phẫu thuật an toàn.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối.
- Thận trọng với người già yếu, thể trạng kém không chịu được bó bột Chậu – lưng – chân.

IV. THẬN TRỌNG

- Gãy xương đùi dễ gây mất máu và sốc, cần đánh giá toàn thân kỹ trước khi bó bột.
- Theo dõi sát nguy cơ chèn ép khoang, tổn thương mạch máu – thần kinh.
- Không bó bột quá chặt, đặc biệt vùng bẹn, khoeo và cổ chân.

V. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình.

5.2. Nhân lực

- 4–5 người, ít nhất 4 người (1 chính, 3 phụ).
- Nếu cần gây mê: 1–2 người chuyên khoa gây mê hồi sức.

5.3. Phương tiện

- Thuốc gây mê hoặc giảm đau.
- Bàn nắn chỉnh hình (bàn Pelvie).
- Bột thạch cao:
 - + 15–18 cuộn bột khổ 20 cm.
 - + 3–4 cuộn bột khổ 15 cm (trẻ em tùy tuổi và kích thước).

5.4. Người bệnh

- Được thăm khám toàn diện, không bỏ sót tổn thương phối hợp.
- Được giải thích kỹ mục đích và quy trình thủ thuật.
- Được vệ sinh sạch sẽ vùng bó bột, cởi bỏ quần áo.
- Nếu gây mê: nhịn ăn uống ít nhất 5–6 giờ.

5.5. Hồ sơ

- Ghi rõ ngày giờ tai nạn, ngày giờ bó bột.
- Tình trạng tổn thương, hướng xử trí, dặn dò và hẹn khám lại.
- Nếu gây mê: có giấy cam kết chấp nhận thủ thuật.

VI. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Nắn chỉnh ổ gãy

- Người bệnh nằm ngửa trên bàn chỉnh hình.
- Kéo liên tục theo trục xương đùi để lấy lại chiều dài chi.
- Chỉnh trục, xoay và dạng – khép chi để đưa ổ gãy về vị trí giải phẫu hoặc gần giải phẫu.

6.2. Bước 2: Kiểm tra kết quả nắn

- Đánh giá lâm sàng: chiều dài hai chi, trục chi, độ xoay.
- Kiểm tra bằng X-quang để đánh giá mức độ nắn chỉnh.

6.3. Bước 3: Bất động

a. Bó bột Chậu – lưng – chân (phương pháp chính)

Thì 1: Bó bột Chậu – lưng – đùi

- Người bệnh nằm trên bàn chỉnh hình, hai bàn chân cố định vào đế giày của khung kéo.
- Kéo căng chi gãy, chi lành làm đối lực.
- Quần bông lót rộng rãi vùng khung chậu, bẹn, đùi, gối.
- Rải đai bột lớn quanh khung chậu và bụng.
- Đặt các nẹp bột lớn từ khung chậu xuống đùi theo hình xoắn ốc hoặc bắt chéo.
- Quần bột từ khung chậu xuống tới gối, tăng cường vùng bẹn.

Thì 2: Bó bột Cẳng – bàn chân

- Cắt cố định bàn chân khỏi đế giày.
- Bó tiếp bột từ cẳng chân xuống bàn chân.
- Vuốt chỉnh bột, sửa mép bột vùng bẹn và cổ chân.
- Rạch dọc bột cấp cứu từ bẹn xuống để phòng chèn ép.

Thời gian bất động:

- Người lớn: 10–12 tuần.

- Trẻ em: tùy theo tuổi và mức độ gãy.

b. Với người cao tuổi, thể trạng kém

- Chỉ bó bột chống xoay để giảm đau trong giai đoạn sớm.
- Thời gian bó: 5–6 tuần.

VII. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Nhẹ: điều trị và theo dõi ngoại trú.
- Nặng, có sung nề nhiều hoặc tổn thương phối hợp: theo dõi nội trú.
- Theo dõi tuần hoàn, cảm giác và vận động các ngón chân.

7.2. Tai biến và xử trí

7.2.1. Tổn thương mạch máu, thần kinh

- Hiếm gặp, nếu có xử trí theo tổn thương chuyên khoa.

7.2.2. Chèn ép do bó bột

- Khi người bệnh đau nhiều, tê bì, bụng chướng: rạch dọc bột vùng bụng và từ bẹn xuống.
- Theo dõi, sau đó quấn tăng cường lại nếu ổn định.

7.2.3. Loét bẹn, gối, cổ chân

- Do bó bột 2 thì và co cơ gây dồn bột.
- Phòng bằng lót bông dày, sửa mép bột rộng rãi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2017). *Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên môn ngành Bó Bột*. Quyết định số 4790/QĐ-BYT ngày 25/10/2017 của Bộ Y tế.

NẮN, BÓ BỘT GỠ 1/3 DƯỚI XƯƠNG ĐÙI

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Gãy 1/3 dưới xương đùi là loại gãy thân xương đùi, đường gãy nằm ở đoạn dưới thân xương, phía trên lồi cầu đùi.
2. Gãy vùng này thường di lệch do lực cơ kéo của các nhóm cơ đùi và căng chân, dễ gây biến dạng trục chi và hạn chế vận động khớp gối.
3. Thường gặp ở người trẻ do chấn thương mạnh như tai nạn giao thông, ngã cao; ở người cao tuổi có thể gặp do loãng xương.

II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN

- Gãy 1/3 dưới xương đùi ít di lệch hoặc đã nắn chỉnh đạt yêu cầu.
- Gãy xương đùi ở trẻ em.
- Người bệnh không đủ điều kiện phẫu thuật (tuổi cao, bệnh lý nội khoa nặng).
- Cơ sở y tế không đủ điều kiện thực hiện phẫu thuật.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối.
- Thận trọng ở người già yếu, thể trạng kém không chịu được bó bột Chậu – lưng – chân.

IV. THẬN TRỌNG

- Theo dõi sát tổn thương khớp gối kèm theo.
- Đề phòng chèn ép khoang, tổn thương mạch máu – thần kinh vùng khoeo.
- Bó bột phải đảm bảo tư thế khớp gối phù hợp, tránh cứng khớp.

V. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình.

5.2. Nhân lực

- 4–5 người (1 chính, 3–4 phụ).
- Nếu cần gây mê: 1–2 người chuyên khoa gây mê hồi sức.

5.3. Phương tiện

- Thuốc gây mê hoặc giảm đau.
- Bàn nắn chỉnh hình (bàn Pelvie).
- Bột thạch cao:
 - + 15–18 cuộn bột khổ 20 cm.
 - + 3–4 cuộn bột khổ 15 cm.

5.4. Người bệnh

- Được thăm khám toàn diện, đánh giá tổn thương phối hợp.

- Được giải thích rõ mục đích và quy trình thủ thuật.
- Được vệ sinh sạch sẽ vùng bó bột, cởi bỏ quần áo.
- Nếu gây mê: nhịn ăn uống ít nhất 5–6 giờ.

5.5. Hồ sơ

- Ghi rõ thời gian tai nạn, thời gian bó bột.
- Tình trạng tổn thương, hướng xử trí, dặn dò và hẹn tái khám.
- Có giấy cam kết nếu gây mê.

VI. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Nắn chỉnh ổ gãy

- Người bệnh nằm ngửa trên bàn chỉnh hình.
- Kéo liên tục theo trục xương đùi để lấy lại chiều dài chi.
- Chỉnh trục, xoay và tư thế chi phù hợp, chú ý kiểm soát khớp gối.

6.2. Bước 2: Kiểm tra kết quả nắn

- Đánh giá lâm sàng: trục chi, chiều dài hai chi, độ xoay.
- Kiểm tra trên phim X-quang để xác định kết quả nắn chỉnh.

6.3. Bước 3: Bất động

a. Bó bột Chậu – lưng – chân (phương pháp chính)

Thì 1: Bó bột Chậu – lưng – đùi

- Người bệnh được cố định hai bàn chân vào khung kéo.
- Chi gãy được kéo chỉnh, chi lành làm đối lực.
- Quần bông lót rộng rãi vùng khung chậu, bẹn, đùi và gối.
- Rải đai bột lớn quanh khung chậu và bụng.
- Đặt các nếp bột lớn từ khung chậu xuống đùi theo kiểu xoắn ốc hoặc bắt chéo.
- Quần bột từ khung chậu xuống tới gối, tăng cường vùng bẹn.

Thì 2: Bó bột Cẳng – bàn chân

- Cắt cố định bàn chân khỏi đế giày.
- Bó tiếp bột từ cẳng chân xuống bàn chân.
- Vuốt chỉnh, sửa mép bột, rạch dọc bột cấp cứu từ bẹn xuống.

Thời gian bất động:

- Người lớn: 10–12 tuần.
- Trẻ em: tùy theo tuổi và mức độ tổn thương.

b. Người cao tuổi, thể trạng kém

- Chi bó bột chống xoay để giảm đau.
- Thời gian bó: 5–6 tuần.

VII. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Nhẹ: theo dõi và điều trị ngoại trú.
- Nặng, sung nề nhiều hoặc có tổn thương phối hợp: theo dõi nội trú.
- Theo dõi tuần hoàn, cảm giác, vận động các ngón chân.

7.2. Tai biến và xử trí

7.2.1. Tổn thương mạch máu, thần kinh

- Hiếm gặp, xử trí theo tổn thương chuyên khoa.

7.2.2. Chèn ép do bó bột

- Khi đau tăng, tê bì, tím lạnh: rạch dọc bột kịp thời.

7.2.3. Cứng khớp gối

- Do bất động kéo dài.
- Phòng bằng bất động đúng tư thế, tháo bột đúng thời gian và tập phục hồi chức năng sớm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2017). *Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên môn ngành Bó Bột*. Quyết định số **4790/QĐ-BYT** ngày 25/10/2017 của Bộ Y tế.

KỸ THUẬT BÓ BỘT CỘT SỐNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Bó bột chậu – lưng – chân có nắn làm khuôn nẹp cột sống – háng là kỹ thuật chỉnh hình nhằm nắn chỉnh thân mình, khớp háng và chi dưới về tư thế điều trị mong muốn, sau đó bó bột để tạo khuôn chính xác phục vụ chế tạo nẹp chỉnh hình cột sống – háng. Kỹ thuật giúp duy trì tư thế chỉnh hình đúng, hỗ trợ điều trị bảo tồn và phục hồi chức năng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý cột sống thắt lưng – chậu cần chỉnh tư thế bằng nẹp.
- Biến dạng tư thế thân mình – háng – chi dưới.
- Di chứng liệt, yếu cơ cần kiểm soát tư thế.
- Các trường hợp cần nắn chỉnh trước khi chế tạo nẹp cột sống – háng.
- Theo chỉ định của bác sĩ chuyên khoa chỉnh hình hoặc phục hồi chức năng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không nắn chỉnh được tư thế mong muốn.
- Tổn thương da, nhiễm trùng vùng lưng, chậu hoặc chi dưới.
- Người bệnh không hợp tác hoặc không giữ được tư thế.
- Tình trạng toàn thân chưa ổn định.

4. THẬN TRỌNG

- Nắn chỉnh nhẹ nhàng, không gây đau hoặc tổn thương thêm.
- Không bó bột quá chặt gây chèn ép mạch máu, thần kinh.
- Lót bông kỹ vùng móm xương, bẹn, mông, gối, cổ chân.
- Theo dõi sát tuần hoàn chi dưới trong suốt quá trình.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình hoặc Phục hồi chức năng.
- Điều dưỡng hỗ trợ.

5.2. Nhân lực

- 01 Bác sĩ thực hiện chính.
- 01–02 người hỗ trợ nắn và giữ tư thế.

5.3. Phương tiện – vật tư

- Bột thạch cao:
 - + 8–12 cuộn bột khổ 10–15 cm.
- Bông lót bột, giấy lót.

- Kéo cắt bột.
- Bàn bó bột hoặc giường phẳng.

5.4. Thuốc

- Thuốc giảm đau hoặc tiền mê (khi cần).

5.5. Người bệnh

- Được giải thích rõ mục đích nắn chỉnh và bó bột làm khuôn.
- Đảm bảo vệ sinh da vùng bó bột.
- Hợp tác giữ tư thế trong quá trình thực hiện.

5.6. Hồ sơ

- Bệnh án theo quy định.
- Ghi rõ tư thế nắn chỉnh và mục đích làm khuôn nẹp.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Đặt tư thế và nắn chỉnh

- Người bệnh nằm ngửa hoặc nằm sấp tùy yêu cầu làm nẹp.
- Tiến hành nắn chỉnh:
 - + Trục cột sống thắt lưng.
 - + Tư thế khớp háng.
 - + Tư thế chi dưới theo chỉ định điều trị.
- Giữ vững tư thế đã nắn.

6.2. Bước 2: Lót bông

- Lót bông đều từ vùng ngực dưới hoặc thắt lưng xuống:
 - Vùng chậu.
 - Một hoặc hai chi dưới.
- Lót dày vùng móm xương, bẹn, mông, gối, cổ chân và mép bột.

6.3. Bước 3: Bó bột chậu – lưng – chân

- Bó bột từ vùng lưng dưới/chậu xuống chi dưới khi vẫn giữ tư thế nắn.
- Bột ôm sát hình thể đã chỉnh.
- Không để bột quá chặt.

6.4. Bước 4: Hoàn thiện khuôn

- Tạo mép bột gọn, nhẵn.
- Đánh dấu các mốc giải phẫu và tư thế nắn (nếu cần).
- Chờ bột khô hoàn toàn.

6.5. Bước 5: Kết thúc

- Cắt tháo bột theo đường kỹ thuật để lấy khuôn.
- Hoàn thiện khuôn chuyển bộ phận chế tạo nẹp.

- Ghi chép hồ sơ kỹ thuật.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Theo dõi đau, khó chịu trong quá trình bó.
- Theo dõi tuần hoàn chi dưới.
- Kiểm tra da sau tháo bột.

7.2. Tai biến và xử trí

- **Đau, chèn ép:** nới lỏng hoặc tháo bột kịp thời.
- **Xây xát, loét da:** chăm sóc tại chỗ.
- **Khuôn không đạt yêu cầu:** bó lại để đảm bảo độ chính xác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2017). *Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên môn ngành Chấn thương chỉnh hình* – *Phục hồi chức năng*.
Quyết định số 4790/QĐ-BYT ngày 25/10/2017 của Bộ Y tế.

NẮN, BÓ BỘT TRẬT KHỚP HÁNG

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Trật khớp háng là tình trạng chỏm xương đùi rời khỏi ổ cối, thường do chấn thương mạnh.
2. Đây là một cấp cứu chấn thương chỉnh hình vì có nguy cơ tổn thương mạch máu nuôi chỏm xương đùi, dẫn đến hoại tử chỏm nếu nắn muộn.
3. Thường gặp ở người trẻ do tai nạn giao thông, tai nạn lao động; ở trẻ em có thể xảy ra sau sang chấn không quá mạnh.

II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN

- Trật khớp háng đơn thuần, không kèm gãy ổ cối hoặc gãy cổ xương đùi.
- Trật khớp háng mới (dưới 6 giờ).
- Người bệnh không có chống chỉ định gây mê để nắn kín.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Trật khớp háng kèm gãy ổ cối lớn, gãy cổ xương đùi cần phẫu thuật.
- Trật khớp háng cũ (trên 3 tuần).
- Người bệnh không đảm bảo an toàn cho gây mê và thủ thuật.

IV. THẬN TRỌNG

- Thận trọng với tổn thương thần kinh tọa, mạch máu đùi.
- Không nắn thô bạo, tránh gây gãy cổ xương đùi thứ phát.
- Sau nắn cần bất động đúng tư thế để tránh trật lại.

V. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình.

5.2. Nhân lực

- 4–5 người (1 chính, 3–4 phụ).
- 1–2 bác sĩ gây mê hồi sức.

5.3. Phương tiện

- Thuốc gây mê toàn thân hoặc gây mê tĩnh mạch.
- Bàn nắn chỉnh hình (bàn Pelvie).
- Bột thạch cao:
 - + 15–18 cuộn bột khổ 20 cm.
 - + 3–4 cuộn bột khổ 15 cm.

5.4. Người bệnh

- Được thăm khám toàn diện, đánh giá tổn thương phối hợp.
- Chụp X-quang khớp háng trước nắn.

- Được giải thích rõ mục đích và nguy cơ của thủ thuật.
- Nếu gây mê: nhịn ăn uống ít nhất 5–6 giờ.

5.5. Hồ sơ

- Ghi rõ thời điểm chấn thương, thời điểm nắn khớp.
- Tình trạng tổn thương trước và sau nắn.
- Có giấy cam kết chấp nhận thủ thuật và gây mê.

VI. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Nắn chỉnh khớp háng

Người bệnh nằm ngửa trên bàn chỉnh hình, gây mê hoàn toàn. Có thể áp dụng một trong các phương pháp nắn sau:

a. Phương pháp Allis

- Gấp háng và gối 90 độ.
- Kéo thẳng đứng theo trục xương đùi.
- Vừa kéo vừa xoay nhẹ để chỏm xương đùi trở lại ổ cối.

b. Phương pháp Bigelow

- Kéo dọc trục chi.
- Gấp – dạng – xoay ngoài háng, sau đó xoay trong và duỗi háng đưa chỏm vào ổ cối.

6.2. Bước 2: Kiểm tra kết quả nắn

- Lâm sàng: chi hết biến dạng, chiều dài hai chi cân đối, vận động thụ động dễ dàng.
- X-quang kiểm tra xác nhận chỏm xương đùi nằm đúng trong ổ cối.

6.3. Bước 3: Bất động

a. Bó bột Chậu – lưng – chân

- Người bệnh nằm ngửa, hai chân ở tư thế dạng nhẹ.
- Quần bông lót rộng rãi vùng khung chậu, bẹn, đùi.
- Rải đai bột lớn quanh khung chậu và bụng.
- Đặt các nẹp bột lớn từ khung chậu xuống đùi và cẳng chân.
- Quần bột từ khung chậu xuống tới cẳng chân hoặc bàn chân.
- Rạch dọc bột cấp cứu từ bẹn xuống.

Thời gian bất động:

- Người lớn: 6–8 tuần.
- Trẻ em: 4–6 tuần.

VII. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Theo dõi mạch, cảm giác, vận động chi dưới.
- Theo dõi đau, sưng nề, dấu hiệu chèn ép do bột.
- Chụp X-quang kiểm tra định kỳ.

7.2. Tai biến và xử trí

7.2.1. Tổn thương thần kinh tọa

- Hiếm gặp, theo dõi và hội chẩn chuyên khoa.

7.2.2. Hoại tử chỏm xương đùi

- Do nắn muộn hoặc tổn thương mạch máu.
- Theo dõi lâu dài bằng lâm sàng và X-quang.

7.2.3. Trật khớp tái phát

- Do bất động không đúng hoặc vận động sớm.
- Cần nắn lại và cố định chắc hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2017). *Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên môn ngành Bó Bột*. Quyết định số **4790/QĐ-BYT** ngày 25/10/2017 của Bộ Y tế.

NẮN, BÓ BỘT GỠY LỖI CẦU XƯƠNG ĐÙI

1. ĐẠI CƯƠNG

1. Gãy lồi cầu xương đùi là loại gãy mà đường gãy nằm ở một hoặc cả hai lồi cầu xương đùi, thường liên quan đến mặt khớp gối.
2. Đây là loại gãy **phạm khớp**, nếu nắn chỉnh và bất động không tốt có thể để lại di chứng cứng khớp, lệch trục chi hoặc thoái hóa khớp gối sớm.
3. Thường gặp ở người trẻ do chấn thương mạnh (tai nạn giao thông, tai nạn lao động, ngã cao). Ở người cao tuổi có thể gặp sau ngã đập gối xuống nền cứng.

2. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN

- Gãy lồi cầu xương đùi **không di lệch hoặc di lệch ít**, ổ gãy còn vững.
- Gãy lồi cầu xương đùi ở **trẻ em**.
- Gãy lồi cầu xương đùi di lệch nhưng:
 - + Điều kiện cơ sở y tế không cho phép phẫu thuật an toàn.
 - + Tình trạng toàn thân người bệnh không đảm bảo cho gây mê, phẫu thuật.
 - Người bệnh hoặc gia đình không đồng ý phẫu thuật.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Gãy lồi cầu xương đùi **di lệch nhiều**, gãy vụn, gãy phức tạp phạm khớp không thể nắn chỉnh đạt yêu cầu.
- Gãy có tổn thương mạch máu, thần kinh kèm theo cần phẫu thuật cấp cứu.

4. THẬN TRỌNG

- Gãy phạm khớp cần nắn chỉnh chính xác, tránh để di lệch thứ phát.
- Thận trọng nguy cơ **cứng khớp gối** do bất động kéo dài.
- Theo dõi sát tình trạng chèn ép khoang và rối loạn tuần hoàn sau bó bột.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa chấn thương chỉnh hình.

5.2. Nhân lực

- Chuyên khoa xương: 3–4 người (1 chính, 2–3 phụ).
- Nếu cần gây mê hoặc tiền mê: 1–2 cán bộ chuyên khoa gây mê.

5.3. Phương tiện

- Thuốc giảm đau, tiền mê hoặc gây mê (nếu cần).
- Bàn nắn chỉnh hình hoặc bàn phẳng chắc chắn.
- Bột thạch cao:
 - + 10–12 cuộn bột khổ 20 cm.
 - + 3–4 cuộn bột khổ 15 cm.

- Băng, giấy lót bột, kéo, chậu nước.

5.4. Người bệnh

- Được thăm khám toàn diện, đánh giá tổn thương phối hợp.
- Được giải thích rõ mục đích, quy trình, lợi ích và nguy cơ của thủ thuật.
- Với trẻ em, giải thích cho bố mẹ hoặc người giám hộ.
- Vệ sinh sạch sẽ vùng chi tổn thương, cởi bỏ quần áo bên chi gãy.
- Nếu gây mê: nhịn ăn uống ít nhất 5–6 giờ.

5.5. Hồ sơ

- Ghi rõ ngày giờ tai nạn, ngày giờ bó bột.
- Tình trạng lâm sàng, cận lâm sàng (X-quang).
- Phương pháp điều trị, dặn dò và hẹn tái khám.
- Có giấy cam kết thủ thuật nếu gây mê.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Nắn chỉnh ổ gãy

- Người bệnh nằm ngửa trên bàn.
- Gối gãy được **gấp nhẹ 10–15°** để giảm co cơ.
- Kéo dọc trục xương đùi để phục hồi chiều dài chi.
- Nắn chỉnh các di lệch:
 - + Di lệch sang bên.
 - + Di lệch trước – sau.
 - + Ép hai lồi cầu sát mặt khớp chày.
- Kiểm tra trục chi và biên độ vận động thụ động khớp gối.

6.2. Bước 2: Kiểm tra sau nắn

- Kiểm tra mạch máu, cảm giác, vận động ngón chi.
- Chụp X-quang kiểm tra nếu có điều kiện:
 - + Mặt khớp đều, không bậc thềm.
 - + Trục chi thẳng.

6.3. Bước 3: Bật động bằng bột

- Bó bột đùi – cẳng – bàn chân.
- Tư thế bó:
 - + Khớp háng ở tư thế trung gian.
 - + Khớp gối gấp 10–15°.
 - + Cổ chân vuông góc.
- Lót bông kỹ vùng bẹn, khoeo, cổ chân.
- Đặt các nếp bột dọc theo đùi và cẳng chân.

-Quấn bột từ trên xuống dưới, đảm bảo bột đủ chắc nhưng không quá chặt.

-Sau bó, chỉnh sửa mép bột, để hở các ngón chân.

7. THỜI GIAN BẮT ĐỘNG

- Người lớn: **6–8 tuần**, tùy mức độ gãy và tiến triển liền xương.
- Trẻ em: thời gian ngắn hơn, tùy theo tuổi.

8. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

8.1. Theo dõi

- Theo dõi đau, sưng nề, màu sắc và nhiệt độ các ngón chân.
- Kiểm tra mạch mu chân, cảm giác và vận động.
- Tái khám định kỳ, chụp X-quang kiểm tra.

8.2. Tai biến và xử trí

8.2.1. Chèn ép mạch máu – thần kinh

- Nới rộng hoặc rạch dọc bột ngay.
- Xử trí theo tổn thương cụ thể.

8.2.2. Di lệch thứ phát

- Phát hiện sớm qua X-quang.
- Nắn chỉnh lại hoặc chuyển phẫu thuật nếu cần.

8.2.3. Cứng khớp gối

- Tập phục hồi chức năng sớm ngay sau tháo bột.
- Vật lý trị liệu tích cực.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2017). *Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên môn ngành Bó bột*. Quyết định số 4790/QĐ-BYT ngày 25/10/2017 của Bộ Y tế

NẤN, BÓ BỘT GÂY XƯƠNG GÓT

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Gãy xương gót là loại gãy xương bàn chân trong đó đường gãy nằm ở xương gót (calcaneus), thường do lực chấn thương mạnh tác động theo trục dọc từ trên xuống.
2. Đây là loại gãy phạm khớp cổ chân – dưới sên thường gặp, dễ gây biến dạng bàn chân, rối loạn chức năng chịu lực và đau mạn tính nếu điều trị không đúng.
3. Thường xảy ra ở người trẻ, lao động nặng do ngã cao, tai nạn lao động, tai nạn giao thông. Có thể kèm theo tổn thương cột sống thắt lưng hoặc các xương khác.

2. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN

- Gãy xương gót không di lệch hoặc di lệch ít.
- Gãy ngoài khớp.
- Gãy xương gót ở trẻ em.
- Gãy di lệch nhưng:
 - + Điều kiện cơ sở y tế không đáp ứng phẫu thuật an toàn.
 - + Tình trạng toàn thân người bệnh không cho phép phẫu thuật.
 - Người bệnh không đồng ý phẫu thuật.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Gãy xương gót di lệch nhiều, gãy vụn, gãy phạm khớp nặng.
- Gãy xương gót có tổn thương phần mềm nặng, nguy cơ hoại tử da.
- Gãy kèm tổn thương mạch máu, thần kinh cần phẫu thuật cấp cứu.

4. THẬN TRỌNG

- Theo dõi chặt chẽ tình trạng phù nề bàn chân sau chấn thương và sau bó bột.
- Thận trọng nguy cơ chèn ép khoang.
- Không bó bột sớm khi bàn chân còn sưng nề nhiều.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa chấn thương chỉnh hình.

5.2. Nhân lực

- Chuyên khoa xương: 2–3 người (1 chính, 1–2 phụ).
- Nếu cần tiền mê hoặc gây mê: 1–2 cán bộ chuyên khoa gây mê.

5.3. Phương tiện

- Thuốc giảm đau, tiền mê hoặc gây mê (nếu cần).
- Bàn nắn hoặc giường phẳng chắc chắn.

- Bột thạch cao:
 - + 6–8 cuộn bột khổ 15 cm.
 - + 2–3 cuộn bột khổ 10 cm.
- Băng, giấy lót bột, kéo, chậu nước.

5.4. Người bệnh

- Được thăm khám toàn diện, đánh giá tổn thương phối hợp (đặc biệt cột sống).
- Được giải thích rõ mục đích và quá trình tiến hành thủ thuật.
- Với trẻ em, giải thích cho bố mẹ hoặc người giám hộ.
- Vệ sinh sạch sẽ chi tổn thương, cởi bỏ giày dép.
- Nếu gây mê: nhịn ăn uống ít nhất 5–6 giờ.

5.5. Hồ sơ

- Ghi rõ ngày giờ tai nạn, ngày giờ bó bột.
- Ghi nhận tình trạng lâm sàng, X-quang.
- Hướng xử trí, dẫn dò và hẹn tái khám.
- Có giấy cam kết thủ thuật nếu gây mê.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Nắn chỉnh ổ gãy

- Người bệnh nằm ngửa, gối gấp nhẹ.
- Một người giữ căng chân làm đối lực.
- Người nắn:
 - + Kéo dọc trục bàn chân.
 - + Ép hai bên gót để chỉnh chiều rộng xương gót.
 - + Nắn phục hồi chiều cao xương gót.
 - + Chỉnh bàn chân về tư thế trung gian.
- Cổ chân giữ ở tư thế vuông góc (90°).

6.2. Bước 2: Kiểm tra sau nắn

- + Kiểm tra mạch mu chân, mạch chày sau.
- + Kiểm tra cảm giác và vận động các ngón chân.
- + Chụp X-quang kiểm tra (nếu có):
 - + Phục hồi chiều cao xương gót.
 - + Góc Böhler cải thiện.

6.3. Bước 3: Bất động bằng bột

- + Bó bột căng – bàn chân.
- + Tư thế bó:
 - Gối gấp nhẹ.

- Cổ chân vuông góc.
- Bàn chân trung gian.
- + Lót bông kỹ vùng gót, mắt cá, cổ chân.
- + Đặt các nẹp bột dọc và chữ U quanh gót.
- + Quấn bột đều, chắc nhưng không quá chặt.
- + Để hở các ngón chân để theo dõi.

7. THỜI GIAN BẤT ĐỘNG

- 6–8 tuần, tùy mức độ gãy và tiến triển liền xương.
- Không cho chịu lực sớm trên chân gãy.

8. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

8.1. Theo dõi

- Theo dõi đau, sưng nề, màu sắc da bàn chân.
- Theo dõi mạch máu, cảm giác, vận động các ngón chân.
- Tái khám định kỳ, chụp X-quang kiểm tra.

8.2. Tai biến và xử trí

8.2.1. Chèn ép khoang, rối loạn tuần hoàn

- Rạch dọc hoặc nới rộng bột ngay.
- Xử trí theo tình trạng cụ thể.

8.2.2. Di lệch thứ phát

- Phát hiện sớm qua X-quang.
- Nắn chỉnh lại hoặc chuyển phẫu thuật khi cần.

8.2.3. Cứng khớp cổ chân, đau gót mạn tính

- Tập phục hồi chức năng sớm sau tháo bột.
- Vật lý trị liệu tích cực.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2017). *Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên môn ngành Bó bột*. Quyết định số 4790/QĐ-BYT ngày 25/10/2017 của Bộ Y tế.

NẮN, BÓ BỘT GỠY 1/3 GIỮA XƯƠNG ĐÙI

1. ĐẠI CƯƠNG

1. Gãy 1/3 giữa xương đùi là loại gãy mà đường gãy nằm ở đoạn thân xương đùi, giữa hai đầu trên và dưới của xương đùi.
2. Đây là loại gãy xương lớn, thường gây đau nhiều, mất vững chi, dễ mất máu và có nguy cơ sốc chấn thương.
3. Thường gặp ở người trẻ do chấn thương mạnh như tai nạn giao thông, tai nạn lao động, ngã cao. Ở trẻ em có thể gặp sau ngã khi chơi đùa.

2. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN

- Gãy 1/3 giữa xương đùi không di lệch hoặc di lệch ít, ổ gãy còn vững.
- Gãy thân xương đùi ở trẻ em.
- Gãy di lệch nhưng:
 - + Điều kiện cơ sở y tế không cho phép phẫu thuật an toàn.
 - + Tình trạng toàn thân người bệnh không đảm bảo cho phẫu thuật hoặc gây mê.
- Người bệnh hoặc gia đình không đồng ý phẫu thuật.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Gãy 1/3 giữa xương đùi di lệch nhiều, gãy chồng ngắn, gãy xoắn phức tạp.
- Gãy hở độ II, III.
- Gãy kèm tổn thương mạch máu, thần kinh cần phẫu thuật cấp cứu.

4. THẬN TRỌNG

- Thận trọng nguy cơ mất máu kín và sốc chấn thương.
- Theo dõi sát nguy cơ chèn ép khoang.
- Gãy thân xương đùi dễ di lệch thứ phát nếu bất động không tốt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa chấn thương chỉnh hình.

5.2. Nhân lực

- Chuyên khoa xương: 4–5 người (1 chính, 3–4 phụ).
- Nếu cần gây mê hoặc tiền mê: 1–2 cán bộ chuyên khoa gây mê.

5.3. Phương tiện

- Thuốc giảm đau, tiền mê hoặc gây mê.
- Bàn nắn chỉnh hình hoặc bàn kéo liên tục.
- Bột thạch cao:
 - + 15–18 cuộn bột khổ 20 cm.

- + 4–5 cuộn bột khô 15 cm.
- Băng, giấy lót bột, kéo, chậu nước.

5.4. Người bệnh

- Được thăm khám toàn diện, đánh giá tổn thương phối hợp.
- Được giải thích kỹ mục đích và quá trình tiến hành thủ thuật.
- Với trẻ em, giải thích cho bố mẹ hoặc người giám hộ.
- Vệ sinh sạch vùng chi tổn thương, cởi bỏ quần áo.
- Nếu gây mê: nhịn ăn uống ít nhất 5–6 giờ.

5.5. Hồ sơ

- Ghi rõ ngày giờ tai nạn, ngày giờ bó bột.
- Ghi tình trạng lâm sàng, X-quang.
- Phương pháp điều trị, dặn dò và hẹn tái khám.
- Có giấy cam kết thủ thuật nếu gây mê.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Nắn chỉnh ổ gãy

- Người bệnh nằm ngửa trên bàn chỉnh hình.
- Một người giữ khung chậu làm đối lực.
- Kéo dọc trục xương đùi để phục hồi chiều dài chi.
- Nắn chỉnh các di lệch:
 - + Di lệch chồng ngấn.
 - + Di lệch sang bên.
 - + Di lệch xoay.
- Kiểm tra trục chi và chiều dài so với bên lành.

6.2. Bước 2: Kiểm tra sau nắn

- Kiểm tra mạch máu, cảm giác, vận động ngón chi.
- Chụp X-quang kiểm tra nếu có điều kiện:
 - + Trục xương thẳng.
 - + Hai đầu ổ gãy tiếp xúc tốt.

6.3. Bước 3: Bất động bằng bột

- Bó bột chậu – lưng – đùi – cẳng – bàn chân.
- Tư thế bó:
 - + Khớp háng trung gian.
 - + Khớp gối gấp 10–15°.
 - + Cổ chân vuông góc.
- Lót bông kỹ vùng bẹn, mấu chuyễn, khoeo, cổ chân.

- Đặt các nẹp bột dọc theo đùi và cẳng chân.
- Quấn bột đủ dày, chắc, không quá chặt.
- Để hở các ngón chân theo dõi tuần hoàn.

7. THỜI GIAN BẤT ĐỘNG

- Người lớn: 10–12 tuần.
- Trẻ em: thời gian ngắn hơn, tùy theo độ tuổi và tiến triển liền xương.

8. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

8.1. Theo dõi

- Theo dõi dấu hiệu đau tăng, sưng nề, rối loạn tuần hoàn.
- Theo dõi mạch mu chân, cảm giác và vận động.
- Theo dõi toàn trạng: mạch, huyết áp, dấu hiệu mất máu.
- Tái khám định kỳ, chụp X-quang kiểm tra.

8.2. Tai biến và xử trí

8.2.1. Chèn ép mạch máu – thần kinh

- Rạch dọc hoặc nới rộng bột ngay.
- Xử trí theo tổn thương cụ thể.

8.2.2. Di lệch thứ phát

- Phát hiện sớm qua X-quang.
- Nắn chỉnh lại hoặc chuyển phẫu thuật nếu cần.

8.2.3. Cứng khớp háng, khớp gối

- Tập phục hồi chức năng sớm sau tháo bột.
- Vật lý trị liệu tích cực.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2017). *Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên môn ngành Bó bột*. Quyết định số 4790/QĐ-BYT ngày 25/10/2017 của Bộ Y tế.

NẮN, BÓ BỘT GỠ MÂM CHÀY

1. ĐẠI CƯƠNG

1. Gãy mâm chày là loại gãy đầu trên xương chày, trong đó đường gãy liên quan đến một hoặc hai mâm chày, thường phạm khớp gối.
2. Đây là loại gãy phạm khớp, nếu nắn chỉnh và bất động không tốt dễ để lại di chứng lệch trục chi, cứng khớp gối hoặc thoái hóa khớp gối sớm.
3. Thường gặp ở người trẻ do chấn thương mạnh (tai nạn giao thông, tai nạn lao động, thể thao). Ở người cao tuổi có thể gặp sau ngã nhẹ do loãng xương.

2. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN

- Gãy mâm chày không di lệch hoặc di lệch ít.
- Gãy lún mâm chày nhẹ, diện khớp còn tương đối đều.
- Gãy mâm chày ở trẻ em.
- Gãy di lệch nhưng:
 - + Điều kiện cơ sở y tế không cho phép phẫu thuật an toàn.
 - + Tình trạng toàn thân người bệnh không đảm bảo cho phẫu thuật.
 - Người bệnh không đồng ý phẫu thuật.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Gãy mâm chày di lệch nhiều, gãy lún sâu diện khớp.
- Gãy mâm chày phức tạp, gãy hai mâm chày mất vững khớp gối.
- Gãy kèm tổn thương mạch máu, thần kinh cần can thiệp phẫu thuật cấp cứu.

4. THẬN TRỌNG

- Gãy phạm khớp cần nắn chỉnh chính xác để phục hồi diện khớp.
- Theo dõi sát chèn ép khoang cẳng chân.
- Thận trọng nguy cơ cứng khớp gối do bất động kéo dài.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa chấn thương chỉnh hình.

5.2. Nhân lực

- Chuyên khoa xương: 3–4 người (1 chính, 2–3 phụ).
- Nếu cần tiền mê hoặc gây mê: 1–2 cán bộ chuyên khoa gây mê.

5.3. Phương tiện

- Thuốc giảm đau, tiền mê hoặc gây mê (nếu cần).
- Bàn nắn chỉnh hình hoặc bàn phẳng chắc chắn.
- Bột thạch cao:

- + 10–12 cuộn bột khô 20 cm.
- + 3–4 cuộn bột khô 15 cm.
- Băng, giấy lót bột, kéo, chậu nước.

5.4. Người bệnh

- Được thăm khám toàn diện, đánh giá tổn thương phối hợp.
- Được giải thích rõ mục đích, quá trình tiến hành thủ thuật.
- Với trẻ em, giải thích cho bố mẹ hoặc người giám hộ.
- Vệ sinh sạch chi tổn thương, cởi bỏ quần áo.
- Nếu gây mê: nhịn ăn uống ít nhất 5–6 giờ.

5.5. Hồ sơ

- Ghi rõ ngày giờ tai nạn, ngày giờ bó bột.
- Ghi nhận tình trạng lâm sàng, X-quang.
- Hướng xử trí, dặn dò và hẹn tái khám.
- Có giấy cam kết thủ thuật nếu gây mê.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Nắn chỉnh ổ gãy

- Người bệnh nằm ngửa.
- Gối gãy gấp nhẹ 10–15° để giảm co cơ.
- Kéo dọc trục căng chân để phục hồi chiều dài.
- Nắn chỉnh các di lệch:
 - + Di lệch sang bên (trong – ngoài).
 - + Di lệch trước – sau.
 - + Chỉnh lún mâm chày bằng ép nâng diện khớp (nếu có thể).
- Kiểm tra trục chi và độ vững khớp gối.

6.2. Bước 2: Kiểm tra sau nắn

- Kiểm tra mạch mu chân, mạch chày sau.
- Kiểm tra cảm giác và vận động các ngón chân.
- Chụp X-quang kiểm tra (nếu có):
 - + Diện khớp tương đối đều.
 - + Trục xương chày thẳng.

6.3. Bước 3: Bất động bằng bột

- Bó bột đùi – cẳng – bàn chân.
- Tư thế bó:
 - + Khớp háng trung gian.
 - + Khớp gối gấp 10–15°.

- + Cổ chân vuông góc.
- Lót bông kỹ vùng bẹn, khoeo, mắt cá, cổ chân.
- Đặt các nẹp bột dọc đùi và cẳng chân.
- Quấn bột đều, đủ chắc, không quá chặt.
- Để hở các ngón chân theo dõi tuần hoàn.

7. THỜI GIAN BẮT ĐỘNG

- 6–8 tuần, có thể kéo dài hơn tùy mức độ gãy và tiến triển liền xương.
- Không cho chịu lực lên chi gãy trong thời gian bó bột.

8. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

8.1. Theo dõi

- Theo dõi đau, sưng nề cẳng chân.
- Theo dõi mạch máu, cảm giác, vận động ngón chi.
- Tái khám định kỳ, chụp X-quang kiểm tra.

8.2. Tai biến và xử trí

8.2.1. Chèn ép khoang cẳng chân

- Đau tăng, căng cứng cẳng chân, rối loạn cảm giác.
- Rạch dọc hoặc nới rộng bột ngay, xử trí cấp cứu.

8.2.2. Di lệch thứ phát

- Phát hiện qua X-quang kiểm tra.
- Nắn chỉnh lại hoặc chuyển phẫu thuật nếu cần.

8.2.3. Cứng khớp gối

- Tập phục hồi chức năng sớm sau tháo bột.
- Vật lý trị liệu tích cực.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2017). *Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên môn ngành Bó bột*. Quyết định số 4790/QĐ-BYT ngày 25/10/2017 của Bộ Y tế.

NẮN, BÓ BỘT GỠY 1/3 TRÊN HAI XƯƠNG CẰNG CHÂN

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Gãy 1/3 trên hai xương cẳng chân là loại gãy xương chày và xương mác mà đường gãy nằm ở đoạn 1/3 trên của cẳng chân.
2. Đây là loại gãy xương dễ gây biến dạng trục chi, thường kèm tổn thương phần mềm và nguy cơ chèn ép khoang cẳng chân.
3. Thường gặp ở người trẻ do chấn thương mạnh như tai nạn giao thông, tai nạn lao động, thể thao. Ở người cao tuổi có thể gặp sau ngã.

II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN

- Gãy 1/3 trên hai xương cẳng chân không di lệch hoặc di lệch ít, ổ gãy còn vững.
- Gãy cẳng chân ở trẻ em.
- Gãy di lệch nhưng:
 - + Điều kiện cơ sở y tế không cho phép phẫu thuật an toàn.
 - + Tình trạng toàn thân người bệnh không đảm bảo cho phẫu thuật hoặc gây mê.
- Người bệnh hoặc gia đình không đồng ý phẫu thuật.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Gãy 1/3 trên hai xương cẳng chân di lệch nhiều, gãy xoắn phức tạp, gãy chồng ngấn.
- Gãy hở độ II, III.
- Gãy kèm tổn thương mạch máu, thần kinh cần phẫu thuật cấp cứu.

IV. THẬN TRỌNG

- Theo dõi sát nguy cơ chèn ép khoang cẳng chân.
- Gãy đoạn trên dễ gây lệch trục khớp gối nếu nắn không tốt.
- Không bó bột quá chặt trong giai đoạn sưng nề nhiều.

V. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa chấn thương chỉnh hình.

5.2. Nhân lực

- Chuyên khoa xương: 3–4 người (1 chính, 2–3 phụ).
- Nếu cần tiền mê hoặc gây mê: 1–2 cán bộ chuyên khoa gây mê.

5.3. Phương tiện

- Thuốc giảm đau, tiền mê hoặc gây mê.
- Bàn nắn chỉnh hình hoặc giường phẳng chắc chắn.
- Bột thạch cao:
 - + 10–12 cuộn bột khô 20 cm.

- + 3–4 cuộn bột khô 15 cm.
- Băng, giấy lót bột, kéo, chậu nước.

5.4. Người bệnh

- Được thăm khám toàn diện, đánh giá tổn thương phối hợp.
- Được giải thích rõ mục đích và quá trình tiến hành thủ thuật.
- Với trẻ em, giải thích cho bố mẹ hoặc người giám hộ.
- Vệ sinh sạch vùng chi tổn thương, cởi bỏ quần áo.
- Nếu gây mê: nhịn ăn uống ít nhất 5–6 giờ.

5.5. Hồ sơ

- Ghi rõ ngày giờ tai nạn, ngày giờ bó bột.
- Ghi tình trạng lâm sàng, X-quang.
- Phương pháp điều trị, dặn dò và hẹn tái khám.
- Có giấy cam kết thủ thuật nếu gây mê.

VI. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Nắn chỉnh ổ gãy

- Người bệnh nằm ngửa.
- Một người giữ đùi làm đối lực.
- Kéo dọc trục cẳng chân để phục hồi chiều dài.
 - Nắn chỉnh các di lệch:
 - + Di lệch chồng ngấn.
 - + Di lệch sang bên (trong – ngoài).
 - + Di lệch xoay.
- Kiểm tra trục chi so với bên lành.

6.2. Bước 2: Kiểm tra sau nắn

- Kiểm tra mạch mu chân, mạch chày sau.
- Kiểm tra cảm giác và vận động các ngón chân.
- Chụp X-quang kiểm tra (nếu có):
 - + Trục xương chày thẳng.
 - + Hai đầu ổ gãy tiếp xúc tốt.

6.3. Bước 3: Bất động bằng bột

- Bó bột đùi – cẳng – bàn chân.
- Tư thế bó:
 - + Khớp háng trung gian.
 - + Khớp gối gấp 10–15°.
 - + Cổ chân vuông góc.

- Lót bông kỹ vùng khoeo, mào chày, mắt cá, cổ chân.
- Đặt các nẹp bột dọc cẳng chân.
- Quấn bột đủ dày, chắc, không quá chặt.
- Để hở các ngón chân để theo dõi tuần hoàn.

VII. THỜI GIAN BẤT ĐỘNG

- 8–10 tuần, tùy mức độ gãy và tiến triển liền xương.
- Không cho chịu lực sớm lên chi gãy.

VIII. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

8.1. Theo dõi

- Theo dõi đau tăng, sưng nề cẳng chân.
- Theo dõi mạch máu, cảm giác, vận động ngón chi.
- Tái khám định kỳ, chụp X-quang kiểm tra.

8.2. Tai biến và xử trí

8.2.1. Chèn ép khoang cẳng chân

- Đau tăng, căng cứng cẳng chân, giảm cảm giác.
- Rạch dọc hoặc nới rộng bột ngay, xử trí cấp cứu.

8.2.2. Di lệch thứ phát

- Phát hiện sớm qua X-quang.
- Nắn chỉnh lại hoặc chuyển phẫu thuật nếu cần.

8.2.3. Cứng khớp gối, cổ chân

- Tập phục hồi chức năng sớm sau tháo bột.
- Vật lý trị liệu tích cực.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2017). *Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên môn ngành Bó bột*. Quyết định số 4790/QĐ-BYT ngày 25/10/2017 của Bộ Y tế.

NẮN, BÓ BỘT GỠY 1/3 GIỮA HAI XƯƠNG CẰNG CHÂN

I- ĐẠI CƯƠNG

1. Gãy 1/3 giữa hai xương cẳng chân là loại gãy xương chày và xương mác mà đường gãy nằm ở đoạn giữa của cẳng chân
2. Đây là loại gãy xương thường gặp, dễ di lệch do lực co kéo của các nhóm cơ cẳng chân và có nguy cơ chèn ép khoang
3. Thường gặp ở người trẻ do chấn thương mạnh như tai nạn giao thông, tai nạn lao động, thể thao- Ở trẻ em có thể gặp sau ngã

II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN

- Gãy 1/3 giữa hai xương cẳng chân **không di lệch hoặc di lệch ít**, ổ gãy còn vững
- Gãy cẳng chân ở **trẻ em**
- Gãy di lệch nhưng:
 - + Điều kiện cơ sở y tế không cho phép phẫu thuật an toàn
 - + Tình trạng toàn thân người bệnh không đảm bảo cho phẫu thuật hoặc gây mê
 - Người bệnh hoặc gia đình không đồng ý phẫu thuật

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Gãy 1/3 giữa hai xương cẳng chân **di lệch nhiều**, gãy xoắn phức tạp, gãy chồng lấn nhiều
- Gãy hở độ II, III
- Gãy kèm tổn thương mạch máu, thần kinh cần phẫu thuật cấp cứu

IV. THẬN TRỌNG

- Theo dõi sát nguy cơ **chèn ép khoang cẳng chân**
- Dễ xảy ra **di lệch thứ phát** nếu bất động không tốt
- Không bó bột quá chặt trong giai đoạn sưng nề nhiều

V. CHUẨN BỊ

5-1- Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa chấn thương chỉnh hình

5-2- Nhân lực

- Chuyên khoa xương: 3–4 người (1 chính, 2–3 phụ)
- Nếu cần tiền mê hoặc gây mê: 1–2 cán bộ chuyên khoa gây mê

5-3- Phương tiện

- Thuốc giảm đau, tiền mê hoặc gây mê
- Bàn nắn chỉnh hình hoặc giường phẳng chắc chắn
- Bột thạch cao:

- + 8–10 cuộn bột khô 15–20 cm
- + 2–3 cuộn bột khô 10 cm
- Băng, giấy lót bột, kéo, chậu nước

5-4- Người bệnh

- Được thăm khám toàn diện, đánh giá tổn thương phối hợp
- Được giải thích rõ mục đích và quá trình tiến hành thủ thuật
- Với trẻ em, giải thích cho bố mẹ hoặc người giám hộ
- Vệ sinh sạch chi tổn thương, cởi bỏ quần áo
- Nếu gây mê: nhịn ăn uống ít nhất 5–6 giờ

5-5- Hồ sơ

- Ghi rõ ngày giờ tai nạn, ngày giờ bó bột
- Ghi tình trạng lâm sàng, X-quang
- Phương pháp điều trị, dặn dò và hẹn tái khám
- Có giấy cam kết thủ thuật nếu gây mê

VI. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6-1- Bước 1: Nắn chỉnh ổ gãy

- Người bệnh nằm ngửa
- Một người giữ đùi làm đối lực
- Kéo dọc trục cẳng chân để phục hồi chiều dài
- Nắn chỉnh các di lệch:
 - + Di lệch chồng ngấn
 - + Di lệch sang bên (trong – ngoài)
 - + Di lệch xoay
- Kiểm tra trục chi và chiều dài so với bên lành

6-2- Bước 2: Kiểm tra sau nắn

- Kiểm tra mạch mu chân, mạch chày sau
- Kiểm tra cảm giác và vận động các ngón chân
- Chụp X-quang kiểm tra (nếu có):
 - + Trục xương chày thẳng
 - + Hai đầu ổ gãy tiếp xúc tốt

6-3- Bước 3: Bất động bằng bột

- Bó bột đùi – cẳng – bàn chân
- Tư thế bó:
 - + Khớp háng trung gian

- + Khớp gối gấp 10–15
- + Cổ chân vuông góc
- Lót bông kỹ vùng khoeo, mào chày, mắt cá, cổ chân-
- Đặt các nẹp bột dọc theo cẳng chân
- Quần bột đều, đủ chắc, không quá chặt
- Để hở các ngón chân theo dõi tuần hoàn

VII. THỜI GIAN BẤT ĐỘNG

- **8–10 tuần**, tùy mức độ gãy và tiến triển liền xương
- Không cho chịu lực sớm lên chi gãy

VIII. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

8-1- Theo dõi

- Theo dõi đau tăng, sưng nề cẳng chân
- Theo dõi mạch máu, cảm giác, vận động ngón chi
- Tái khám định kỳ, chụp X-quang kiểm tra

8-2- Tai biến và xử trí

8-2-1- Chèn ép khoang cẳng chân

- Đau tăng, cứng cứng cẳng chân, giảm cảm giác
- Rạch dọc hoặc nới rộng bột ngay, xử trí cấp cứu

8-2-2- Di lệch thứ phát

- Phát hiện sớm qua X-quang
- Nắn chỉnh lại hoặc chuyển phẫu thuật nếu cần

8-2-3- Cứng khớp gối, cổ chân

- Tập phục hồi chức năng sớm sau tháo bột
- Vật lý trị liệu tích cực

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2017)- *Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên môn ngành Bó bột*
 Quyết định số 4790/QĐ-BYT ngày 25/10/2017 của Bộ Y tế

NẮN, BÓ BỘT GỠY 1/3 DƯỚI HAI XƯƠNG CẰNG CHÂN

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Gãy 1/3 dưới hai xương cẳng chân là loại gãy xương chày và xương mác mà đường gãy nằm ở đoạn 1/3 dưới của cẳng chân, gần khớp cổ chân.
2. Đây là loại gãy xương dễ ảnh hưởng đến trục cổ chân, thường kèm phù nề phần mềm nhiều và nguy cơ chèn ép khoang.
3. Thường gặp ở người trẻ do chấn thương mạnh như tai nạn giao thông, tai nạn lao động, thể thao. Ở người cao tuổi có thể gặp sau ngã.

II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN

- Gãy 1/3 dưới hai xương cẳng chân không di lệch hoặc di lệch ít, ổ gãy còn vững.
- Gãy cẳng chân ở trẻ em.
- Gãy di lệch nhưng:
 - + Điều kiện cơ sở y tế không cho phép phẫu thuật an toàn.
 - + Tình trạng toàn thân người bệnh không đảm bảo cho phẫu thuật hoặc gây mê.
- Người bệnh hoặc gia đình không đồng ý phẫu thuật.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Gãy 1/3 dưới hai xương cẳng chân **di lệch nhiều**, gãy xoắn phức tạp, gãy chồng ngấn nhiều.
- Gãy hở độ II, III.
- Gãy kèm tổn thương mạch máu, thần kinh cần phẫu thuật cấp cứu.

IV. THẬN TRỌNG

- Theo dõi sát nguy cơ chèn ép khoang cẳng chân.
- Dễ xảy ra di lệch thứ phát do vùng 1/3 dưới ít cơ bao bọc.
- Thận trọng khi bó bột gần khớp cổ chân, tránh hạn chế tuần hoàn.

V. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa chấn thương chỉnh hình.

5.2. Nhân lực

- Chuyên khoa xương: 3–4 người (1 chính, 2–3 phụ).
- Nếu cần tiền mê hoặc gây mê: 1–2 cán bộ chuyên khoa gây mê.

5.3. Phương tiện

- Thuốc giảm đau, tiền mê hoặc gây mê.
- Bàn nắn chỉnh hình hoặc giường phẳng chắc chắn.
- Bột thạch cao:
 - + 8–10 cuộn bột khô 15–20 cm.

- + 2–3 cuộn bột khổ 10 cm.
- Băng, giấy lót bột, kéo, chậu nước.

5.4. Người bệnh

- Được thăm khám toàn diện, đánh giá tổn thương phối hợp.
- Được giải thích rõ mục đích và quá trình tiến hành thủ thuật.
- Với trẻ em, giải thích cho bố mẹ hoặc người giám hộ.
- Vệ sinh sạch chi tổn thương, cởi bỏ quần áo.
- Nếu gây mê: nhịn ăn uống ít nhất 5–6 giờ.

5.5. Hồ sơ

- Ghi rõ ngày giờ tai nạn, ngày giờ bó bột.
- Ghi tình trạng lâm sàng, X-quang.
- Phương pháp điều trị, dặn dò và hẹn tái khám.
- Có giấy cam kết thủ thuật nếu gây mê.

VI. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Nắn chỉnh ổ gãy

- Người bệnh nằm ngửa.
 - Một người giữ đùi làm đôi lực.
- Kéo dọc trục bàn chân – căng chân để phục hồi chiều dài.
- Nắn chỉnh các di lệch:
 - + Di lệch chồng ngấn.
 - + Di lệch sang bên (trong – ngoài).
 - + Di lệch xoay.
- Chỉnh trục cổ chân thẳng trục với căng chân.

6.2. Bước 2: Kiểm tra sau nắn

- Kiểm tra mạch mu chân, mạch chày sau.
- Kiểm tra cảm giác và vận động các ngón chân.
- Chụp X-quang kiểm tra (nếu có):
 - + Trục xương chày thẳng.
 - + Khớp cổ chân không lệch trục.

6.3. Bước 3: Bật động bằng bột

- Bó bột đùi – căng – bàn chân.
- Tư thế bó:
 - + Khớp háng trung gian.
 - + Khớp gối gấp 10–15°.
 - + Cổ chân vuông góc.

- Lót bông kỹ vùng khoeo, mắt cá, cổ chân, gót.
- Đặt các nẹp bột dọc theo cẳng chân.
- Quấn bột đều, đủ chắc, không quá chặt.
- Để hở các ngón chân theo dõi tuần hoàn.

VII. THỜI GIAN BẮT ĐỘNG

- 8–10 tuần, tùy mức độ gãy và tiến triển liền xương.
- Không cho chịu lực lên chi gãy trong thời gian bó bột.

VIII. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

8.1. Theo dõi

- Theo dõi đau tăng, sưng nề cẳng chân và cổ chân.
- Theo dõi mạch máu, cảm giác, vận động ngón chi.
- Tái khám định kỳ, chụp X-quang kiểm tra.

8.2. Tai biến và xử trí

8.2.1. Chèn ép khoang cẳng chân

- Đau tăng, căng cứng cẳng chân, giảm cảm giác.
- Rạch dọc hoặc nới rộng bột ngay, xử trí cấp cứu.

8.2.2. Di lệch thứ phát

- Phát hiện sớm qua X-quang.
- Nắn chỉnh lại hoặc chuyển phẫu thuật nếu cần.

8.2.3. Cứng khớp cổ chân

- Tập phục hồi chức năng sớm sau tháo bột.
- Vật lý trị liệu tích cực.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2017). *Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên môn ngành Bó bột*. Quyết định số 4790/QĐ-BYT ngày 25/10/2017 của Bộ Y tế.

NẮN, BÓ BỘT CĂNG – BÀN CHÂN

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Bó bột căng – bàn chân là phương pháp bất động từ 1/3 trên cẳng chân đến hết bàn chân nhằm cố định ổ gãy hoặc tổn thương vùng cổ chân – bàn chân.
2. Phương pháp này thường được áp dụng trong điều trị bảo tồn các gãy xương vùng cổ chân, bàn chân hoặc sau nắn chỉnh trật khớp.
3. Bó bột đúng kỹ thuật giúp duy trì tư thế giải phẫu, giảm đau và tạo điều kiện cho tổn thương liền tốt.

II. CHỈ ĐỊNH

- Gãy xương cổ chân không di lệch hoặc di lệch ít.
- Gãy xương bàn chân, xương cổ chân cần bất động.
- Sau nắn trật khớp cổ chân, bàn chân.
- Bất động tạm thời trong chấn thương vùng cổ chân – bàn chân.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Gãy xương cổ chân, bàn chân di lệch nhiều, gãy phức tạp cần phẫu thuật.
- Chấn thương phần mềm nặng, nguy cơ hoại tử da.
- Rối loạn tuần hoàn ngoại vi nặng chưa được xử trí.

IV. THẬN TRỌNG

- Theo dõi sát tình trạng phù nề cổ chân – bàn chân.
- Không bó bột quá chặt, đặc biệt trong giai đoạn sưng nề nhiều.
- Thận trọng nguy cơ chèn ép khoang.

V. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ hoặc điều dưỡng được đào tạo về bó bột.

5.2. Nhân lực

- 2 người (1 chính, 1 phụ).
- Nếu cần tiền mê hoặc gây mê: phối hợp cán bộ gây mê.

5.3. Phương tiện

- Thuốc giảm đau, tiền mê (nếu cần).
- Bột thạch cao:
 - + 4–6 cuộn bột khổ 10–15 cm.
- Băng, giấy lót bột, kéo, chậu nước.

5.4. Người bệnh

- Được thăm khám, đánh giá tổn thương.

- Được giải thích mục đích và quá trình bó bột.
- Vệ sinh sạch vùng chi tổn thương, tháo giày dép.
- Nếu gây mê: nhịn ăn uống ít nhất 5–6 giờ.

5.5. Hồ sơ

- Ghi rõ ngày giờ bó bột.
- Tình trạng lâm sàng trước bó bột.
- Dẫn dò và hẹn tái khám.

VI. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Tư thế

- Người bệnh nằm ngửa hoặc ngồi.
- Gối gấp nhẹ.
- Bàn chân được giữ ở tư thế vuông góc (90°) so với cẳng chân.

6.2. Bước 2: Lót bông

- Lót bông đều từ 1/3 trên cẳng chân đến hết bàn chân.
- Lót dày hơn ở các vị trí:
 - + Mắt cá.
 - + Gót chân.
 - + Mu bàn chân.

6.3. Bước 3: Đặt nẹp và quấn bột

- Đặt 2–3 nẹp bột dọc theo cẳng chân và bàn chân.
- Có thể đặt thêm nẹp chữ U ôm quanh cổ chân – gót.
- Quấn bột từ trên xuống dưới, phủ đều bàn chân.
- Vuốt phẳng bột, chỉnh hình dáng bột.

6.4. Bước 4: Hoàn thiện

- Chỉnh sửa mép bột cho gọn, không cấn.
- Để hở các ngón chân theo dõi tuần hoàn.
- Kiểm tra mạch mu chân, cảm giác các ngón.

VII. THỜI GIAN BẮT ĐỘNG

- 4–6 tuần, tùy loại tổn thương và tiến triển hồi phục.
- Không cho chịu lực sớm lên chân bó bột.

VIII. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

8.1. Theo dõi

- Theo dõi đau, sưng nề bàn chân.
- Theo dõi mạch máu, cảm giác, vận động các ngón chân.
- Tái khám theo hẹn.

8.2. Tai biến và xử trí

8.2.1. Chèn ép khoang, rối loạn tuần hoàn

- Đau tăng, bì, lạnh các ngón chân.
- Nổi rộng hoặc rạch dọc bột ngay.

8.2.2. Cộm, loét da

- Kiểm tra mép bột, chỉnh sửa hoặc thay bột khi cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2017). *Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên môn ngành Bó bột*. Quyết định số 4790/QĐ-BYT ngày 25/10/2017 của Bộ Y tế

NẪN, BÓ BỘT GỠ 1/3 TRÊN THÂN XƯƠNG CÁNH TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Gãy 1/3 trên thân xương cánh tay là loại gãy mà đường gãy nằm ở đoạn 1/3 trên của thân xương cánh tay, gần khớp vai.
2. Đây là loại gãy xương dễ di lệch do lực co kéo của cơ delta, cơ ngực lớn và các cơ quanh vai; có nguy cơ tổn thương thần kinh quay.
3. Thường gặp ở người trẻ do chấn thương mạnh (tai nạn giao thông, tai nạn lao động, thể thao) hoặc ở người cao tuổi sau ngã.

II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN

- Gãy 1/3 trên thân xương cánh tay **không di lệch hoặc di lệch ít**, ổ gãy còn vững.
- Gãy thân xương cánh tay ở **trẻ em**.
- Gãy di lệch nhưng:
 - + Điều kiện cơ sở y tế không cho phép phẫu thuật an toàn.
 - + Tình trạng toàn thân người bệnh không đảm bảo cho phẫu thuật hoặc gây mê.
- Người bệnh hoặc gia đình không đồng ý phẫu thuật.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Gãy 1/3 trên thân xương cánh tay **di lệch nhiều**, gãy xoắn phức tạp.
- Gãy hở độ II, III.
- Gãy kèm tổn thương mạch máu, thần kinh cần phẫu thuật cấp cứu.

IV. THẬN TRỌNG

- Theo dõi sát **dấu hiệu tổn thương thần kinh quay**.
- Không nắn mạnh gây thêm tổn thương phần mềm.
- Tránh bất động khớp vai quá lâu gây cứng khớp.

V. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa chấn thương chỉnh hình.

5.2. Nhân lực

- Chuyên khoa xương: 2–3 người (1 chính, 1–2 phụ).
- Nếu cần tiền mê hoặc gây mê: 1–2 cán bộ chuyên khoa gây mê.

5.3. Phương tiện

- Thuốc giảm đau, tiền mê hoặc gây mê.
- Bàn nắn hoặc giường phẳng.
- Bột thạch cao:
 - + 6–8 cuộn bột khổ 10–15 cm.

- Băng, giấy lót bột, kéo, chậu nước.
- Dây treo tay hoặc băng tam giác.

5.4. Người bệnh

- Được thăm khám toàn diện, đánh giá tổn thương phối hợp.
- Được giải thích rõ mục đích và quá trình tiến hành thủ thuật.
- Với trẻ em, giải thích cho bố mẹ hoặc người giám hộ.
- Vệ sinh sạch vùng chi tổn thương, cởi bỏ quần áo.
- Nếu gây mê: nhịn ăn uống ít nhất 5–6 giờ.

5.5. Hồ sơ

- Ghi rõ ngày giờ tai nạn, ngày giờ bó bột.
- Ghi tình trạng lâm sàng, X-quang.
- Phương pháp điều trị, dặn dò và hẹn tái khám.
- Có giấy cam kết thủ thuật nếu gây mê.

VI. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Nắn chỉnh ổ gãy

- Người bệnh ngồi hoặc nằm nửa ngồi.
- Một người giữ vai làm đối lực.
- Kéo dọc trục cánh tay để phục hồi chiều dài.
- Nắn chỉnh các di lệch:
 - + Di lệch chồng ngấn.
 - + Di lệch sang bên.
 - + Di lệch xoay.
- Kiểm tra trục cánh tay so với bên lành.

6.2. Bước 2: Kiểm tra sau nắn

- Kiểm tra vận động, cảm giác bàn tay.
- Đánh giá chức năng thần kinh quay.
- Chụp X-quang kiểm tra (nếu có):
 - + Trục xương thẳng.
 - + Hai đầu ổ gãy tiếp xúc tốt.

6.3. Bước 3: Bất động bằng bột

- Bó bột ngực – vai – cánh – cẳng tay (bột Desault hoặc bột chữ U kết hợp treo tay).
- Tư thế bó:
 - + Khớp vai khép nhẹ.
 - + Khuỷu gấp 90°.

- Căng tay ở tư thế trung gian.
- Lót bông kỹ vùng nách, mồm khuỷu, cổ tay.
- Đặt các nẹp bột dọc theo cánh tay.
- Quấn bột vừa đủ chắc, không quá chặt.
- Treo tay bằng băng tam giác sau bó.

VII. THỜI GIAN BẤT ĐỘNG

- **6–8 tuần**, tùy mức độ gãy và tiến triển liền xương.
- Sau đó tập phục hồi chức năng khớp vai và khuỷu.

VIII. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

8.1. Theo dõi

- Theo dõi đau, sưng nề cánh tay.
- Theo dõi vận động và cảm giác bàn tay.
- Tái khám định kỳ, chụp X-quang kiểm tra.

8.2. Tai biến và xử trí

8.2.1. Tổn thương thần kinh quay

- Yếu duỗi cổ tay, ngón tay.
- Theo dõi, điều trị phục hồi chức năng hoặc chuyển phẫu thuật nếu cần.

8.2.2. Di lệch thứ phát

- Phát hiện sớm qua X-quang.
- Nắn chỉnh lại hoặc chuyển phẫu thuật khi cần.

8.2.3. Cứng khớp vai, khuỷu

- Tập phục hồi chức năng sớm, đúng phương pháp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2017). *Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên môn ngành Bó bột*. Quyết định số 4790/QĐ-BYT ngày 25/10/2017 của Bộ Y tế.

NẮN, BÓ BỘT GỠ 1/3 GIỮA THÂN XƯƠNG CÁNH TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Gãy 1/3 giữa thân xương cánh tay là loại gãy mà đường gãy nằm ở đoạn giữa thân xương cánh tay.
2. Đây là loại gãy thường gặp, dễ di lệch do lực co kéo của các cơ cánh tay và có nguy cơ tổn thương **thần kinh quay**.
3. Thường gặp ở người trẻ do chấn thương mạnh (tai nạn giao thông, tai nạn lao động, thể thao) hoặc ở người cao tuổi sau ngã.

II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN

- Gãy 1/3 giữa thân xương cánh tay **không di lệch hoặc di lệch ít**, ổ gãy còn vững.
- Gãy thân xương cánh tay ở **trẻ em**.
- Gãy di lệch nhưng:
 - + Điều kiện cơ sở y tế không cho phép phẫu thuật an toàn.
 - + Tình trạng toàn thân người bệnh không đảm bảo cho phẫu thuật hoặc gây mê.
- Người bệnh hoặc gia đình không đồng ý phẫu thuật.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Gãy 1/3 giữa thân xương cánh tay **di lệch nhiều**, gãy xoắn phức tạp.
- Gãy hở độ II, III.
- Gãy kèm tổn thương mạch máu, thần kinh cần phẫu thuật cấp cứu.

IV. THẬN TRỌNG

- Theo dõi sát **chức năng thần kinh quay** trước và sau nắn.
- Không nắn mạnh gây tổn thương thêm phần mềm.
- Tránh bất động kéo dài gây cứng khớp vai và khuỷu.

V. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa chấn thương chỉnh hình.

5.2. Nhân lực

- Chuyên khoa xương: 2–3 người (1 chính, 1–2 phụ).
- Nếu cần tiền mê hoặc gây mê: 1–2 cán bộ chuyên khoa gây mê.

5.3. Phương tiện

- Thuốc giảm đau, tiền mê hoặc gây mê.
- Bàn nắn hoặc giường phẳng.
- Bột thạch cao:
 - + 6–8 cuộn bột khổ 10–15 cm.

- Băng, giấy lót bột, kéo, chậu nước.
- Băng treo tay hoặc băng tam giác.

5.4. Người bệnh

- Được thăm khám toàn diện, đánh giá tổn thương phối hợp.
- Được giải thích rõ mục đích và quá trình tiến hành thủ thuật.
- Với trẻ em, giải thích cho bố mẹ hoặc người giám hộ.
- Vệ sinh sạch vùng chi tổn thương, cởi bỏ quần áo.
- Nếu gây mê: nhịn ăn uống ít nhất 5–6 giờ.

5.5. Hồ sơ

- Ghi rõ ngày giờ tai nạn, ngày giờ bó bột.
- Ghi tình trạng lâm sàng, X-quang.
- Phương pháp điều trị, dặn dò và hẹn tái khám.
- Có giấy cam kết thủ thuật nếu gây mê.

VI. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Nắn chỉnh ổ gãy

- Người bệnh ngồi hoặc nằm nửa ngồi.
- Một người giữ vai làm đối lực.
- Kéo dọc trục cánh tay để phục hồi chiều dài.
- Nắn chỉnh các di lệch:
 - + Di lệch chồng ngấn.
 - + Di lệch sang bên.
 - + Di lệch xoay.
- Kiểm tra trục cánh tay so với bên lành.

6.2. Bước 2: Kiểm tra sau nắn

- Kiểm tra vận động, cảm giác bàn tay và các ngón.
- Đánh giá chức năng thần kinh quay.
- Chụp X-quang kiểm tra (nếu có):
 - + Trục xương thẳng.
 - + Hai đầu ổ gãy tiếp xúc tốt.

6.3. Bước 3: Bất động bằng bột

- Bó **bột chữ U cánh tay** kết hợp **treo tay** hoặc bột Desault.
- Tư thế bó:
 - + Khớp vai khép nhẹ.
 - + Khuỷu gấp 90°.
 - + Cẳng tay ở tư thế trung gian.

- Lót bông kỹ vùng nách, mồm khuỷu, cổ tay.
- Đặt các nẹp bột dọc theo cánh tay.
- Quấn bột vừa đủ chắc, không quá chặt.
- Treo tay bằng băng tam giác sau bó.

VII. THỜI GIAN BẤT ĐỘNG

- **6–8 tuần**, tùy mức độ gãy và tiến triển liền xương.
- Sau tháo bột, tập phục hồi chức năng khớp vai và khuỷu.

VIII. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

8.1. Theo dõi

- Theo dõi đau, sưng nề cánh tay.
- Theo dõi vận động, cảm giác bàn tay.
- Tái khám định kỳ, chụp X-quang kiểm tra.

8.2. Tai biến và xử trí

8.2.1. Tổn thương thần kinh quay

- Biểu hiện yếu duỗi cổ tay, ngón tay.
- Theo dõi, tập phục hồi chức năng hoặc chuyển phẫu thuật nếu cần.

8.2.2. Di lệch thứ phát

- Phát hiện sớm qua X-quang.
- Nắn chỉnh lại hoặc chuyển phẫu thuật khi cần.

8.2.3. Cứng khớp vai, khuỷu

- Tập vận động sớm, đúng phương pháp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2017). *Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên môn ngành Bó bột*. Quyết định số 4790/QĐ-BYT ngày 25/10/2017 của Bộ Y tế.

NẮN, BÓ BỘT GỠY 1/3 DƯỚI THÂN XƯƠNG CÁNH TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Gãy 1/3 dưới thân xương cánh tay là loại gãy mà đường gãy nằm ở đoạn 1/3 dưới của thân xương cánh tay, gần khớp khuỷu.
2. Đây là loại gãy dễ di lệch do lực cơ kéo của cơ cánh tay và cẳng tay, thường kèm theo nguy cơ tổn thương thần kinh quay.
3. Thường gặp ở người trẻ do chấn thương mạnh (tai nạn giao thông, tai nạn lao động) hoặc ở người cao tuổi do ngã.

II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN

- Gãy 1/3 dưới thân xương cánh tay không di lệch hoặc di lệch ít, ổ gãy còn vững.
- Gãy thân xương cánh tay ở trẻ em.
- Gãy di lệch nhưng:
 - + Điều kiện cơ sở y tế không đáp ứng phẫu thuật an toàn.
 - + Tình trạng người bệnh không đảm bảo cho phẫu thuật hoặc gây mê.
 - Người bệnh hoặc gia đình không đồng ý phẫu thuật.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Gãy 1/3 dưới thân xương cánh tay di lệch nhiều, gãy phức tạp.
- Gãy phạm khớp khuỷu.
- Gãy hở độ II, III.
- Gãy kèm tổn thương mạch máu, thần kinh cần phẫu thuật cấp cứu.

IV. THẬN TRỌNG

- Theo dõi sát chức năng thần kinh quay trước và sau nắn.
- Không bắt động khớp khuỷu quá lâu gây cứng khớp.
- Bó bột không quá chặt vùng khuỷu và cẳng tay.

V. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa chấn thương chỉnh hình.

5.2. Nhân lực

- Chuyên khoa xương: 2–3 người (1 chính, 1–2 phụ).
- Nếu cần tiền mê hoặc gây mê: 1–2 cán bộ chuyên khoa gây mê.

5.3. Phương tiện

- Thuốc giảm đau, tiền mê hoặc gây mê.
- Bàn nắn hoặc giường phẳng.
- Bột thạch cao:
 - + 6–8 cuộn bột khổ 10–15 cm.

- Băng, giấy lót bột, kéo, chậu nước.
- Băng treo tay hoặc băng tam giác.

5.4. Người bệnh

- Được thăm khám toàn diện, đánh giá tổn thương phối hợp.
- Được giải thích rõ mục đích, quá trình tiến hành thủ thuật.
- Với trẻ em, giải thích cho bố mẹ hoặc người giám hộ.
- Vệ sinh sạch vùng chi tổn thương, cởi bỏ quần áo.
- Nếu gây mê: nhịn ăn uống ít nhất 5–6 giờ.

5.5. Hồ sơ

- Ghi rõ ngày giờ tai nạn, ngày giờ bó bột.
- Tình trạng lâm sàng, X-quang.
- Hướng xử trí, dặn dò và hẹn tái khám.
- Có giấy cam kết thủ thuật nếu gây mê.

VI. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Nắn chỉnh ổ gãy

- Người bệnh nằm ngửa hoặc ngồi.
- Một người giữ cánh tay làm đối lực.
- Kéo dọc trục cánh tay để phục hồi chiều dài.
- Nắn chỉnh các di lệch:
 - + Di lệch chồng ngấn.
 - + Di lệch sang bên.
 - + Di lệch xoay.
- Giữ khuỷu gấp khoảng 90° trong khi nắn.

6.2. Bước 2: Kiểm tra sau nắn

- Kiểm tra vận động, cảm giác bàn tay.
- Đánh giá chức năng thần kinh quay.
- Chụp X-quang kiểm tra (nếu có):
 - + Trục xương thẳng.
 - + Ổ gãy tiếp xúc tốt.

6.3. Bước 3: Bật động bằng bột

- Bó bột cánh – cẳng – bàn tay (bột chữ U cánh tay hoặc bột cánh – cẳng).
- Tư thế bó:
 - + Khớp vai khép nhẹ.
 - + Khuỷu gấp 90° .
 - + Cẳng tay ở tư thế trung gian.

- Lót bông kỹ vùng mồm khuỷu, cổ tay.
- Đặt các nẹp bột dọc theo cánh tay và cẳng tay.
- Quấn bột vừa đủ chắc, không quá chặt.
- Treo tay bằng băng tam giác sau bó.

VII. THỜI GIAN BẤT ĐỘNG

- 6–8 tuần, tùy mức độ gãy và khả năng liền xương.
- Sau tháo bột, tập phục hồi chức năng khuỷu và vai sớm.

VIII. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

8.1. Theo dõi

- Theo dõi đau, sưng nề cánh tay và cẳng tay.
- Theo dõi vận động, cảm giác bàn tay và các ngón.
- Tái khám định kỳ, chụp X-quang kiểm tra.

8.2. Tai biến và xử trí

8.2.1. Tổn thương thần kinh quay

- Biểu hiện yếu duỗi cổ tay, ngón tay.
- Theo dõi, tập phục hồi chức năng hoặc chuyển phẫu thuật khi cần.

8.2.2. Chèn ép, cộm bột

- Đau tăng, tê bì, sưng nề.
- Rạch dọc hoặc thay bột kịp thời.

8.2.3. Cứng khớp khuỷu

- Hướng dẫn tập vận động sớm sau tháo bột.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2017). *Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên môn ngành Bó bột*. Quyết định số 4790/QĐ-BYT ngày 25/10/2017 của Bộ Y tế.

NẴN, BÓ BỘT GỠY CỔ XƯƠNG CÁNH TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Gãy cổ xương cánh tay là loại gãy xảy ra ở vùng cổ phẫu thuật hoặc cổ giải phẫu xương cánh tay, gần khớp vai.
2. Đây là loại gãy thường gặp ở người cao tuổi, đặc biệt là người loãng xương; ở người trẻ thường do chấn thương mạnh.
3. Gãy cổ xương cánh tay thường ít di lệch nhưng dễ gây đau, hạn chế vận động khớp vai.

II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN

- Gãy cổ xương cánh tay **không di lệch hoặc di lệch ít**.
- Gãy cài, gãy vững.
- Gãy cổ xương cánh tay ở **người cao tuổi**, trẻ em.
- Người bệnh không đủ điều kiện phẫu thuật hoặc không đồng ý phẫu thuật.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Gãy cổ xương cánh tay **di lệch nhiều**, gãy vụn.
- Gãy phạm khớp vai nặng.
- Gãy hở độ II, III.
- Gãy kèm tổn thương mạch máu, thần kinh cần phẫu thuật cấp cứu.

IV. THẬN TRỌNG

- Tránh nắn mạnh gây tổn thương thêm phần mềm.
- Không bất động khớp vai quá lâu gây cứng khớp.
- Theo dõi nguy cơ tổn thương mạch máu, thần kinh vùng vai.

VI. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa chấn thương chỉnh hình.

5.2. Nhân lực

- Chuyên khoa xương: 2–3 người (1 chính, 1–2 phụ).
- Nếu cần tiền mê hoặc gây mê: 1–2 cán bộ chuyên khoa gây mê.

5.3. Phương tiện

- Thuốc giảm đau, tiền mê hoặc gây mê.
- Giường phẳng hoặc bàn nắn.
- Bột thạch cao:
 - + 5–7 cuộn bột khổ 10–15 cm.
- Băng, giấy lót bột, kéo, chậu nước.
- Băng treo tay hoặc băng tam giác.

5.4. Người bệnh

- Được thăm khám toàn diện, đánh giá tổn thương phối hợp.
- Được giải thích mục đích, quá trình tiến hành thủ thuật.
- Với trẻ em, giải thích cho bố mẹ hoặc người giám hộ.
- Vệ sinh sạch vùng chi tổn thương, cởi bỏ quần áo.
- Nếu gây mê: nhịn ăn uống ít nhất 5–6 giờ.

5.5. Hồ sơ

- Ghi rõ ngày giờ tai nạn, ngày giờ bó bột.
- Tình trạng lâm sàng, X-quang.
- Hướng xử trí, dặn dò và hẹn tái khám.
- Có giấy cam kết thủ thuật nếu gây mê.

VI. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Nắn chỉnh ổ gãy

- Người bệnh ngồi hoặc nằm nửa ngồi.
- Một người giữ vai làm đối lực.
- Kéo nhẹ dọc trục cánh tay.
- Nắn chỉnh các di lệch (nếu có):
 - + Di lệch gập góc.
 - + Di lệch xoay.
- Thường không cần nắn mạnh do đa số gãy ít di lệch.

6.2. Bước 2: Kiểm tra sau nắn

- Kiểm tra đau, vận động cánh tay.
- Kiểm tra mạch, cảm giác bàn tay.
- Chụp X-quang kiểm tra (nếu có):
 - + Chòm xương cánh tay ở vị trí giải phẫu tương đối tốt.

6.3. Bước 3: Bật động bằng bột

- Bó bột Desault hoặc bột vai – cánh – cẳng tay.
- Tư thế bó:
 - + Vai khép nhẹ.
 - + Khuỷu gấp 90°.
 - + Cẳng tay ở tư thế trung gian.
- Lót bông kỹ vùng nách, mồm khuỷu.
- Quần bột chắc vừa phải, không quá chặt.
- Treo tay bằng băng tam giác sau bó.

VII. THỜI GIAN BẬT ĐỘNG

- 4–6 tuần, tùy tuổi và mức độ gãy.
- Sau tháo bột, tập phục hồi chức năng khớp vai sớm, tăng dần biên độ.

VIII. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

8.1. Theo dõi

- Theo dõi đau, sưng vùng vai.
- Theo dõi vận động và cảm giác bàn tay.
- Tái khám định kỳ, chụp X-quang kiểm tra.

8.2. Tai biến và xử trí

8.2.1. Cứng khớp vai

- Tập phục hồi chức năng sớm sau tháo bột.

8.2.2. Di lệch thứ phát

- Phát hiện sớm qua X-quang.
- Chuyển phẫu thuật khi cần.

8.2.3. Chèn ép, cộm bột

- Đau tăng, tê bì tay.
- Nới rộng hoặc thay bột kịp thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2017). *Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên môn ngành Bó bột*. Quyết định số 4790/QĐ-BYT ngày 25/10/2017 của Bộ Y tế.

NẮN, BÓ BỘT TRẬT KHỚP VAI

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Trật khớp vai là tình trạng chỏm xương cánh tay mất tiếp xúc với ổ chảo xương vai, trong đó trật khớp vai ra trước là thường gặp nhất.
2. Thường xảy ra ở người trẻ do chấn thương mạnh (tai nạn giao thông, thể thao) hoặc ở người cao tuổi sau ngã.
3. Trật khớp vai gây đau nhiều, biến dạng khớp và hạn chế hoàn toàn vận động khớp vai.

II. CHỈ ĐỊNH

- Trật khớp vai ra trước, ra sau hoặc xuống dưới chưa có biến chứng nặng.
- Trật khớp vai kín, chưa có tổn thương mạch máu, thần kinh nặng.
- Trật khớp vai tái diễn cần nắn chỉnh để giảm đau và phục hồi giải phẫu.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Trật khớp vai kèm gãy cổ xương cánh tay, gãy ổ chảo lớn.
- Trật khớp vai kèm tổn thương mạch máu, thần kinh cần phẫu thuật cấp cứu.
- Trật khớp vai hở.

IV. THẬN TRỌNG

- Phải khám và ghi nhận tình trạng mạch máu – thần kinh trước và sau nắn.
- Không nắn thô bạo, tránh gây gãy xương thứ phát.
- Thận trọng ở người cao tuổi, người loãng xương.

V. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa chấn thương chỉnh hình.

5.2. Nhân lực

- Chuyên khoa xương: 2–3 người (1 chính, 1–2 phụ).
- Nếu cần tiền mê hoặc gây mê: 1–2 cán bộ chuyên khoa gây mê.

5.3. Phương tiện

- Thuốc giảm đau, tiền mê hoặc gây mê.
- Giường phẳng hoặc bàn nắn.
- Bột thạch cao:
 - + 5–7 cuộn bột khổ 10–15 cm.
 - Băng, giấy lót bột, kéo, chậu nước.
- Băng treo tay hoặc băng tam giác.

5.4. Người bệnh

- Được thăm khám toàn diện, đánh giá tổn thương phối hợp.

- Được giải thích mục đích và quá trình tiến hành thủ thuật.
- Với trẻ em, giải thích cho người nhà.
- Nếu gây mê: nhịn ăn uống ít nhất 5–6 giờ.

5.5. Hồ sơ

- Ghi rõ thời gian chấn thương, thời gian nắn.
- Ghi tình trạng mạch máu – thần kinh trước nắn.
- Dẫn dò và hẹn tái khám.
- Có giấy cam kết thủ thuật nếu gây mê.

VI. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Nắn trật khớp vai

- Người bệnh nằm ngửa hoặc ngồi.
- Giảm đau, tiền mê hoặc gây mê.
- Một số phương pháp nắn thường dùng:
 - + **Phương pháp Kocher.**
 - + **Phương pháp Hippocrates.**
 - + **Phương pháp Stimson.**
- Nắn nhẹ nhàng, liên tục, tránh giật mạnh.

6.2. Bước 2: Kiểm tra sau nắn

- Kiểm tra giảm đau, phục hồi hình dạng khớp vai.
- Kiểm tra vận động thụ động vai.
- Kiểm tra mạch, cảm giác bàn tay.
- Chụp X-quang kiểm tra (nếu có):
 - + Chòm xương cánh tay về đúng vị trí ổ chảo.

6.3. Bước 3: Bất động bằng bột

- Bó bột Desault hoặc bột vai – cánh – cẳng tay.
- Tư thế bó:
 - + Vai khép nhẹ.
 - + Khuỷu gấp 90°.
 - + Cẳng tay trung gian.
 - Lót bông kỹ vùng nách, móm khuỷu.
 - Quần bột chắc vừa phải.
 - Treo tay bằng băng tam giác sau bó.

VII. THỜI GIAN BẤT ĐỘNG

- 3–4 tuần với người trẻ.
- 2–3 tuần với người cao tuổi.

- Sau đó tập phục hồi chức năng khớp vai tăng dần.

VIII. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

8.1. Theo dõi

- Theo dõi đau, sưng vùng vai.
- Theo dõi mạch máu, cảm giác chi trên.
- Tái khám theo hẹn.

8.2. Tai biến và xử trí

8.2.1. Tổn thương thần kinh, mạch máu

- Hiếm gặp, xử trí theo tổn thương.

8.2.2. Trật khớp tái diễn

- Tập phục hồi chức năng đúng cách.
- Chỉ định phẫu thuật nếu tái diễn nhiều lần.

8.2.3. Cứng khớp vai

- Tập vận động sớm, đúng phương pháp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2017). *Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên môn ngành Bó bột*. Quyết định số 4790/QĐ-BYT ngày 25/10/2017 của Bộ Y tế.

NẮN, BÓ BỘT GỠY XƯƠNG ĐÒN

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Gãy xương đòn là loại gãy thường gặp, chiếm tỷ lệ cao trong các gãy xương vùng vai, đặc biệt là gãy 1/3 giữa xương đòn.
2. Thường xảy ra do ngã đập vai, tai nạn giao thông hoặc tai nạn thể thao.
3. Đa số gãy xương đòn có thể điều trị bảo tồn với kết quả tốt nếu nắn và bất động đúng kỹ thuật.

II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN

- Gãy xương đòn **không di lệch hoặc di lệch ít**.
- Gãy 1/3 giữa xương đòn.
- Gãy xương đòn ở **trẻ em**.
- Người bệnh không đủ điều kiện phẫu thuật hoặc không đồng ý phẫu thuật.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Gãy xương đòn **di lệch nhiều**, gãy chồng ngăn rõ.
- Gãy xương đòn hở.
- Gãy xương đòn kèm tổn thương mạch máu, thần kinh cần phẫu thuật cấp cứu.
- Gãy xương đòn kèm tổn thương phổi, màng phổi.

IV. THẬN TRỌNG

- Theo dõi sát vùng da trên ổ gãy, tránh nguy cơ **chọc thủng da**.
- Không nắn thô bạo gây tổn thương mạch máu, thần kinh.
- Thận trọng ở người cao tuổi, người loãng xương.

V. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa chấn thương chỉnh hình.

5.2. Nhân lực

- Chuyên khoa xương: 2 người (1 chính, 1 phụ).
- Nếu cần tiền mê hoặc giảm đau mạnh: phối hợp chuyên khoa gây mê.

5.3. Phương tiện

- Thuốc giảm đau.
- Băng số 8 (băng hình số 8) hoặc băng thạch cao.
- Băng lót, giấy lót bột, kéo.
- Băng treo tay.

5.4. Người bệnh

- Được thăm khám toàn diện, đánh giá tổn thương phối hợp.
- Được giải thích mục đích và quá trình nắn, bó bột.

- Với trẻ em, giải thích cho người nhà.
- Cởi bỏ quần áo vùng vai – ngực.

5.5. Hồ sơ

- Ghi rõ thời gian chấn thương, thời gian bó bột.
- Ghi tình trạng lâm sàng, X-quang.
- Dặn dò và hẹn tái khám.

VI. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Nắn chỉnh ổ gãy

- Người bệnh ngồi thẳng hoặc đứng.
- Người thực hiện đứng phía sau.
- Đặt hai tay vào vai người bệnh, kéo hai vai **ra sau và lên trên**.
- Ép hai đầu xương gãy về vị trí giải phẫu.
- Giữ tư thế trong khi tiến hành bất động.

6.2. Bước 2: Kiểm tra sau nắn

- Quan sát giảm biến dạng vùng xương đòn.
- Kiểm tra đau, vận động vai.
- Kiểm tra mạch máu, cảm giác chi trên.
- Chụp X-quang kiểm tra (nếu có).

6.3. Bước 3: Bất động

- Bất động bằng:
 - + **Băng số 8** (phổ biến).
 - + Hoặc **bột vai – ngực – cánh tay** (ít dùng).
- Băng số 8:
 - + Lót bông vùng nách.
 - + Quấn băng qua hai vai theo hình số 8.
 - + Siết vừa đủ để giữ hai vai ra sau.
 - Kết hợp **treo tay** bên tổn thương bằng băng tam giác.

VII. THỜI GIAN BẤT ĐỘNG

- **4–6 tuần** ở người lớn.
- **3–4 tuần** ở trẻ em.
- Sau tháo băng/bột, tập vận động vai nhẹ nhàng.

VIII. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

8.1. Theo dõi

- Theo dõi đau, sưng vùng vai – ngực.
- Theo dõi da vùng ổ gãy.

- Tái khám định kỳ, chụp X-quang kiểm tra.

8.2. Tai biến và xử trí

8.2.1. Di lệch thứ phát

- Điều chỉnh lại bằng/bột hoặc chuyển phẫu thuật.

8.2.2. Loét da vùng nách

- Lót bông bỏ sung, nới băng.

8.2.3. Can lệch, can xấu

- Đa số chấp nhận được về chức năng.
- Phẫu thuật nếu ảnh hưởng nhiều đến vận động.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2017). *Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên môn ngành Bó bột*. Quyết định số 4790/QĐ-BYT ngày 25/10/2017 của Bộ Y tế.

NẤN, BÓ BỘT TRẬT KHỚP CÙNG – ĐÒN

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Trật khớp cùng – đòn là tình trạng mất tiếp xúc giữa đầu ngoài xương đòn và mỏm cùng vai của xương bả vai.
2. Thường gặp do ngã đập vai, tai nạn giao thông hoặc tai nạn thể thao.
3. Trật khớp cùng – đòn gây đau vùng vai, biến dạng đầu ngoài xương đòn và hạn chế vận động khớp vai.

II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN

- Trật khớp cùng – đòn độ I, II.
- Trật khớp cùng – đòn độ III nhưng:
 - + Người bệnh lớn tuổi.
 - + Nhu cầu vận động thấp.
 - + Không đủ điều kiện phẫu thuật hoặc không đồng ý phẫu thuật.
- Trật khớp cùng – đòn ở trẻ em.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Trật khớp cùng – đòn độ IV, V, VI.
- Trật khớp cùng – đòn kèm gãy xương đòn hoặc tổn thương mạch máu, thần kinh.
- Trật khớp hở.

IV. THẬN TRỌNG

- Đánh giá chính xác mức độ trật khớp (theo phân loại Rockwood).
- Không nắn mạnh gây tổn thương thêm dây chằng.
- Theo dõi nguy cơ di lệch thứ phát.

V. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa chấn thương chỉnh hình.

5.2. Nhân lực

- Chuyên khoa xương: 2 người (1 chính, 1 phụ).
- Nếu cần giảm đau mạnh hoặc tiền mê: phối hợp chuyên khoa gây mê.

5.3. Phương tiện

- Thuốc giảm đau.
- Bột thạch cao:
 - + 5–7 cuộn bột khổ 10–15 cm.
 - Bông, giấy lót bột, kéo.
 - Băng treo tay hoặc băng tam giác.

- Có thể dùng băng số 8 hoặc băng cố định vai.

5.4. Người bệnh

- Được thăm khám toàn diện, đánh giá tổn thương phối hợp.
- Được giải thích mục đích và quá trình nắn, bó bột.
- Với trẻ em, giải thích cho người nhà.
- Cởi bỏ quần áo vùng vai – ngực.

5.5. Hồ sơ

- Ghi rõ thời gian chấn thương, thời gian nắn.
- Ghi nhận tình trạng trước và sau nắn.
- Dặn dò và hẹn tái khám.

VI. TIỀN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Nắn trật khớp cùng – đòn

- Người bệnh ngồi thẳng.
- Người thực hiện đứng phía sau.
 - Một tay ấn đầu ngoài xương đòn xuống dưới.
 - Tay kia nâng cánh tay người bệnh lên trên và ra sau.
- Giữ tư thế nắn trong khi tiến hành bất động.

6.2. Bước 2: Kiểm tra sau nắn

- Quan sát giảm biến dạng đầu ngoài xương đòn.
- Kiểm tra đau và vận động vai.
- Kiểm tra mạch máu, cảm giác chi trên.
- Chụp X-quang kiểm tra (nếu có).

6.3. Bước 3: Bất động

- Bất động bằng:
 - + Bột Desault.
 - + Hoặc băng số 8 kết hợp treo tay.
 - Tư thế bất động:
 - + Vai khép nhẹ.
 - + Khuỷu gấp 90°.
 - Lót bông kỹ vùng nách và đầu ngoài xương đòn.
 - Quần bột/băng chắc vừa phải, không quá chặt.

VII. THỜI GIAN BẤT ĐỘNG

- 3–4 tuần đối với trật khớp độ I, II.
- 4–6 tuần đối với độ III điều trị bảo tồn.
- Sau tháo bột/băng, tập phục hồi chức năng vai tăng dần.

VIII. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

8.1. Theo dõi

- Theo dõi đau, sưng vùng vai.
- Theo dõi da vùng đầu ngoài xương đòn.
- Tái khám định kỳ.

8.2. Tai biến và xử trí

8.2.1. Di lệch thứ phát

- Điều chỉnh lại bằng/bột.
- Chuyển phẫu thuật nếu không giữ được nắn.

8.2.2. Cứng khớp vai

- Tập phục hồi chức năng sớm, đúng phương pháp.

8.2.3. Đau tồn dư vùng khớp cùng – đòn

- Điều trị nội khoa và phục hồi chức năng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2017). *Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên môn ngành Bó bột*. Quyết định số 4790/QĐ-BYT ngày 25/10/2017 của Bộ Y tế

NẮN, BÓ BỘT TRẬT KHỚP KHUYỬ

1. ĐẠI CƯƠNG

1. Trật khớp khuỷu là tình trạng mất tiếp xúc giữa các diện khớp của đầu dưới xương cánh tay với đầu trên xương trụ và xương quay; thường gặp nhất là trật khớp khuỷu ra sau.
2. Trật khớp khuỷu là trật khớp lớn đứng hàng thứ hai sau trật khớp vai.
3. Trật khớp khuỷu gây đau nhiều, biến dạng rõ khớp khuỷu và hạn chế hoàn toàn vận động.

2. CHỈ ĐỊNH

- Trật khớp khuỷu kín, không kèm gãy xương.
- Trật khớp khuỷu kèm gãy mảnh nhỏ không ảnh hưởng vững khớp.
- Trật khớp khuỷu chưa có tổn thương mạch máu, thần kinh nặng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Trật khớp khuỷu kèm gãy xương phức tạp (gãy lồi cầu, mỏm khuỷu lớn).
- Trật khớp khuỷu hở.
- Trật khớp khuỷu kèm tổn thương mạch máu, thần kinh cần phẫu thuật cấp cứu.

4. THẬN TRỌNG

- Phải khám và ghi nhận mạch máu – thần kinh trước và sau nắn.
- Không nắn thô bạo tránh gây gãy xương thứ phát.
- Không bất động khớp khuỷu quá lâu gây cứng khớp.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa chấn thương chỉnh hình.

5.2. Nhân lực

- Chuyên khoa xương: 2–3 người (1 chính, 1–2 phụ).
- Nếu cần tiền mê hoặc gây mê: 1–2 cán bộ chuyên khoa gây mê.

5.3. Phương tiện

- Thuốc giảm đau, tiền mê hoặc gây mê.
- Giường phẳng hoặc bàn nắn.
- Bột thạch cao:
 - + 6–8 cuộn bột khổ 10–15 cm.
- Băng, giấy lót bột, kéo.
- Băng treo tay hoặc băng tam giác.

5.4. Người bệnh

- Được thăm khám toàn diện, đánh giá tổn thương phối hợp.

- Được giải thích mục đích và quá trình tiến hành thủ thuật.
- Với trẻ em, giải thích cho người nhà.
- Nếu gây mê: nhịn ăn uống ít nhất 5–6 giờ.

5.5. Hồ sơ

- Ghi rõ thời gian chấn thương, thời gian nắn.
- Ghi nhận tình trạng mạch máu, thần kinh trước và sau nắn.
- Dẫn dò và hẹn tái khám.
- Có giấy cam kết thủ thuật nếu gây mê.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Nắn trật khớp khuỷu

- Người bệnh nằm ngửa.
- Người thực hiện giữ cánh tay làm đôi lực.
- Trợ thủ giữ cẳng tay, kéo dọc trục cẳng tay.
- Gấp nhẹ khuỷu, đồng thời ấn mỏm khuỷu ra trước.
- Nắn nhẹ nhàng, liên tục cho đến khi khớp trở về vị trí giải phẫu.

6.2. Bước 2: Kiểm tra sau nắn

- Quan sát giảm biến dạng khớp khuỷu.
- Kiểm tra vận động thụ động khuỷu.
- Kiểm tra mạch quay, trụ; cảm giác bàn tay.
- Chụp X-quang kiểm tra (nếu có):
 - + Các diện khớp khuỷu trở về vị trí bình thường.

6.3. Bước 3: Bất động bằng bột

- Bó bột cánh – cẳng – bàn tay.
- Tư thế bó:
 - + Khuỷu gấp 90°.
 - + Cẳng tay ở tư thế trung gian.
 - Lót bông kỹ vùng mỏm khuỷu, cổ tay.
 - Quần bột vừa đủ chắc, không quá chặt.
 - Treo tay bằng băng tam giác sau bó.

7. THỜI GIAN BẤT ĐỘNG

- 2–3 tuần đối với trật khớp đơn thuần.
- Có thể kéo dài hơn nếu tổn thương phần mềm nặng.
- Sau tháo bột, tập phục hồi chức năng khuỷu sớm.

8. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

8.1. Theo dõi

- Theo dõi đau, sưng khớp khuỷu.
- Theo dõi mạch máu, cảm giác bàn tay.
- Tái khám theo hẹn.

8.2. Tai biến và xử trí

8.2.1. Tổn thương mạch máu, thần kinh

- Hiếm gặp nhưng nguy hiểm.
- Xử trí theo tổn thương chuyên khoa.

8.2.2. Cứng khớp khuỷu

- Tập vận động sớm, đúng phương pháp.

8.2.3. Trật khớp tái diễn

- Tập phục hồi chức năng.
- Phẫu thuật nếu tái diễn nhiều lần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2017). *Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên môn ngành Bó bột*. Quyết định số 4790/QĐ-BYT ngày 25/10/2017 của Bộ Y tế.

NẮN, BÓ BỘT GỠ 1/3 GIỮA HAI XƯƠNG CẰNG TAY

1. ĐẠI CƯƠNG

Nắn bó bột gô 1/3 giữa hai xương cằg tay là kỹ thuật chỉnh hình bảo tồn, bao gồm nắn chỉnh phục hồi vị trí giải phẫu xương gô (giảm di lệch) và cố định bằng bột thạch cao để tạo điều kiện liền xương. Nguyên lý dựa trên việc khôi phục trục và chiều dài xương quay - trụ, duy trì sự tương quan khớp khuỷu - cổ tay. Mục đích là điều trị bảo tồn gô kín di lệch, giúp liền xương tốt, phục hồi chức năng chi trên, tránh biến chứng phẫu thuật.

2. CHỈ ĐỊNH

- Gô kín 1/3 giữa hai xương cằg tay di lệch.
- Gô 1/3 giữa hai xương cằg tay ở người lớn hoặc trẻ em có thể nắn chỉnh đạt kết quả giải phẫu tốt.
- Một số chỉ định khác theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị do Bộ Y tế ban hành.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Gô hở.
- Nhiễm trùng da hoặc mô mềm gần vị trí gô.
- Gô kèm tổn thương mạch máu, thần kinh nặng.
- Nắn bó bột thất bại (không đạt chỉnh hình giải phẫu).
- Gô kèm tổn thương khớp khuỷu hoặc cổ tay phức tạp.

4. THẬN TRỌNG

- Bệnh nhân có bệnh lý nền (tiểu đường, rối loạn đông máu).
- Trẻ em hoặc người cao tuổi (nguy cơ di lệch thứ phát).
- Theo dõi chặt chẽ hội chứng chèn ép khoang sau nắn.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện a) Nhân lực trực tiếp: Bác sĩ chấn thương chỉnh hình (hoặc bác sĩ ngoại khoa được đào tạo). b) Nhân lực hỗ trợ: Kỹ thuật viên bó bột, điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc giảm đau: Paracetamol hoặc NSAID (nếu cần).
- Thuốc tê tại chỗ (nếu nắn không gây mê): Lidocain 1-2%. (Không bao gồm thuốc vô cảm toàn thân nếu áp dụng).

5.3. Vật tư

- Bột thạch cao: 6-12 cuộn khổ 10-15 cm (tùy bột liền hoặc tự cán).
- Băng lót (stockinette hoặc băng cuộn): 2-4 cuộn khổ 10-15 cm.
- Băng keo dính, dây rạch bột (nếu cần).

- Gạc, băng cố định.

5.4. Trang thiết bị

- Bàn nắn chỉnh hình (bàn bó bột).
- Máy chụp X-quang di động hoặc cố định (để kiểm tra trước/sau nắn).
- Dụng cụ đo góc, kéo cắt bột.

5.5. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người nhà về mục đích (phục hồi giải phẫu, liền xương), các bước tiến hành, nguy cơ (di lệch thứ phát, chèn ép khoang, tổn thương da), biến chứng có thể xảy ra, tiên lượng tốt nếu tuân thủ.
- Nhịn ăn uống nếu cần gây mê.
- Khử trùng da vùng cẳng tay.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật (thường 30-60 phút).

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật Tại phòng thủ thuật khoa Chấn thương chỉnh hình hoặc phòng bó bột.

5.9. Kiểm tra hồ sơ a) Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí gãy (1/3 giữa hai xương cẳng tay). b) Thực hiện bảng kiểm an toàn thủ thuật (nếu áp dụng). c) Đặt tư thế bệnh nhân: Bệnh nhân nằm ngửa, chi trên duỗi hoặc hơi gấp khuỷu 90 độ, cẳng tay ở vị trí trung tính (ngón cái hướng lên), hỗ trợ bởi trợ thủ giữ tay.

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Bước 1 Đánh giá lại lâm sàng và X-quang (toàn bộ cẳng tay, khớp khuỷu và cổ tay ở hai tư thế thẳng-ngiêng) để xác định mức độ di lệch.

6.2. Bước 2 Gây tê tại chỗ hoặc gây mê (nếu cần). Khử trùng da vùng cẳng tay.

6.3. Bước 3 Quần lớp lót (stockinette hoặc bông) từ nếp gấp khuỷu đến đầu ngón tay, chừa ngón cái và các ngón để theo dõi tuần hoàn.

6.4. Bước 4 Nắn chỉnh: Một trợ thủ cố định khuỷu, bác sĩ thực hiện lực kéo dọc trục, ấn chỉnh di lệch (thường di lệch góc, chùng lên), khôi phục trục quay-trụ, kiểm tra bằng X-quang liên tục nếu có.

6.5. Bước 5 Rải nếp bột hoặc quần bột vòng (từ nếp gấp khuỷu đến đầu ngón tay, bột cánh - cẳng - bàn tay, khuỷu gấp 90 độ, cẳng tay trung tính). Đảm bảo bột đều, không quá chặt.

6.6. Bước 6 Cắt rạch bột dọc nếu cần, cố định bằng băng keo. Kiểm tra X-quang kiểm soát sau bó bột.

6.7. Bước cuối cùng. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật (tuần hoàn, cảm giác, vận động ngón tay).
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo (theo dõi ngoại trú hoặc nội trú).

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Đau dữ dội, tổn thương thần kinh/mạch máu do nắn mạnh → Ngừng nắn, hội chẩn phẫu thuật nếu cần.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Hội chứng chèn ép khoang → Cắt rạch bột khân, theo dõi áp lực khoang.
- Di lệch thứ phát → Chụp kiểm tra, nắn lại hoặc chuyển phẫu thuật.

7.3. Biến chứng muộn

- Liên xương chậm, liên xấu, cứng khớp → Tập phục hồi chức năng sớm.
- Thường không có tai biến nếu thực hiện đúng kỹ thuật và theo dõi tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO Bộ Y tế (2017). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa, chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình. Quyết định 5728/QĐ-BYT ngày 21/12/2017 của Bộ Y tế.

NẤN, BÓ BỘT GỠY 1/3 DƯỚI HAI XƯƠNG CẰNG TAY

1. ĐẠI CƯƠNG

1. Gãy 1/3 dưới hai xương cẳng tay là gãy xảy ra ở đoạn 1/3 dưới thân xương quay và/hoặc xương trụ.
2. Đây là loại gãy thường gặp do ngã chống tay, tai nạn sinh hoạt hoặc tai nạn giao thông.
3. Gãy đoạn 1/3 dưới hai xương cẳng tay ảnh hưởng nhiều đến chức năng cổ tay và sấp - ngửa của cẳng tay.

2. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN

- Gãy 1/3 dưới hai xương cẳng tay không di lệch hoặc di lệch ít, ổ gãy còn vững.
- Gãy hai xương cẳng tay ở trẻ em.
- Gãy di lệch nhưng:
 - + Điều kiện cơ sở y tế không cho phép phẫu thuật an toàn.
 - + Người bệnh không đủ điều kiện phẫu thuật hoặc không đồng ý phẫu thuật.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Gãy 1/3 dưới hai xương cẳng tay di lệch nhiều, gãy xoay phức tạp.
- Gãy hở độ II, III.
- Gãy kèm tổn thương mạch máu, thần kinh cần phẫu thuật cấp cứu.
- Gãy kèm trật khớp quay – trụ dưới không vững.

4. THẬN TRỌNG

- Phải phục hồi chính xác trục – chiều dài – xoay của hai xương.
- Theo dõi sát nguy cơ chèn ép khoang cẳng tay.
- Không bất động cổ tay quá lâu gây hạn chế vận động.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa chấn thương chỉnh hình.

5.2. Nhân lực

- Chuyên khoa xương: 2–3 người (1 chính, 1–2 phụ).
- Nếu cần tiền mê hoặc gây mê: phối hợp chuyên khoa gây mê.

5.3. Phương tiện

- Thuốc giảm đau, tiền mê hoặc gây mê.
- Giường phẳng hoặc bàn nắn.
- Bột thạch cao:

- + 6–8 cuộn bột khô 8–10 cm.
- Băng, giấy lót bột, kéo.
- Băng treo tay hoặc băng tam giác.

5.4. Người bệnh

- Được thăm khám toàn diện, đánh giá tổn thương phối hợp.
- Được giải thích kỹ mục đích và quá trình nắn, bó bột.
- Với trẻ em, giải thích cho người nhà.
- Nếu gây mê: nhịn ăn uống ít nhất 5–6 giờ.

5.5. Hồ sơ

- Ghi rõ ngày giờ tai nạn, ngày giờ bó bột.
- Mô tả tình trạng lâm sàng và X-quang.
- Hướng xử trí, dẫn dò và hẹn tái khám.
- Có giấy cam kết thủ thuật nếu gây mê.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Nắn chỉnh ổ gãy

- Người bệnh nằm ngửa hoặc ngồi.
- Một người giữ cánh tay làm đôi lực.
- Trợ thủ kéo dọc trục cẳng tay để phục hồi chiều dài.
- Nắn chỉnh các di lệch:
 - + Di lệch chồng ngấn.
 - + Di lệch sang bên.
 - + Di lệch xoay.
- Điều chỉnh tư thế cẳng tay:
 - + Gãy 1/3 dưới thường giữ tư thế ngửa nhẹ.

6.2. Bước 2: Kiểm tra sau nắn

- Kiểm tra vận động, cảm giác bàn tay.
- Đánh giá mạch quay, trụ.
- Chụp X-quang kiểm tra:
 - + Hai xương thẳng trục.
 - + Phục hồi tốt chiều dài và độ xoay.

6.3. Bước 3: Bật động bằng bột

- Bó bột cẳng – bàn tay (có thể bó cao quá khuỷu nếu ổ gãy không vững).
- Tư thế bó:
 - + Khuỷu gấp 90° (nếu bó cao).
 - + Cẳng tay ngửa nhẹ.

- + Cổ tay trung gian hoặc hơi duỗi.
- Lót bông kỹ vùng cổ tay, đầu dưới xương trụ.
- Đặt các nẹp bột dọc theo cẳng tay.
- Quấn bột vừa đủ chắc, không quá chặt.
- Treo tay bằng băng tam giác sau bó.

*** Thời gian bất động**

- 5–7 tuần đối với người lớn.
- 4–6 tuần đối với trẻ em.
- Sau tháo bột, tập phục hồi chức năng cổ tay và sấp – ngửa cẳng tay.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Theo dõi đau, sưng cẳng tay.
- Theo dõi vận động, cảm giác bàn tay.
- Tái khám định kỳ, chụp X-quang kiểm tra.

7.2. Tai biến và xử trí

7.2.1. Chèn ép khoang cẳng tay

- Đau tăng, căng cứng.
- Rạch dọc bột kịp thời.

7.2.2. Di lệch thứ phát

- Phát hiện qua X-quang.
- Nắn chỉnh lại hoặc chuyển phẫu thuật.

7.2.3. Hạn chế vận động cổ tay

- Phục hồi chức năng sớm và đúng phương pháp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2017). Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên môn ngành Bó bột. Quyết định số 4790/QĐ-BYT ngày 25/10/2017 của Bộ Y tế.

NẮN, BÓ BỘT GỠY MỘT XƯƠNG CẰNG TAY

1. ĐẠI CƯƠNG

1. Gãy một xương cẳng tay là tình trạng gãy chỉ một trong hai xương của cẳng tay (xương quay hoặc xương trụ), xương còn lại vẫn nguyên vẹn.
2. Gãy một xương cẳng tay thường gặp ở trẻ em và người trẻ tuổi do ngã chống tay hoặc tai nạn sinh hoạt.
3. Do còn một xương lành làm “nẹp sinh học”, gãy một xương cẳng tay thường ít di lệch hơn so với gãy hai xương cẳng tay.

2. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN

- Gãy một xương cẳng tay không di lệch hoặc di lệch ít, ổ gãy còn vững.
- Gãy một xương cẳng tay ở trẻ em.
- Gãy di lệch nhưng:
 - + Không có xoay nhiều.
 - + Không có tổn thương mạch máu, thần kinh.
- Người bệnh không đủ điều kiện phẫu thuật hoặc không đồng ý phẫu thuật.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Gãy một xương cẳng tay di lệch nhiều, gãy xoay rõ.
- Gãy hở độ II, III.
- Gãy kèm trật khớp quay – trụ trên hoặc dưới.
- Gãy kèm tổn thương mạch máu, thần kinh cần phẫu thuật.

4. THẬN TRỌNG

- Không bỏ sót tổn thương khớp quay – trụ trên và dưới.
- Theo dõi nguy cơ di lệch thứ phát trong thời gian bó bột.
- Không bất động quá lâu gây hạn chế vận động khuỷu và cổ tay.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa chấn thương chỉnh hình.

5.2. Nhân lực

- Chuyên khoa xương: 2 người (1 chính, 1 phụ).
- Nếu cần tiền mê hoặc gây mê: phối hợp chuyên khoa gây mê.

5.3. Phương tiện

- Thuốc giảm đau, tiền mê hoặc gây mê.
- Giường phẳng hoặc bàn nắn.

- Bột thạch cao:
 - + 5–7 cuộn bột khổ 8–10 cm.
- Băng, giấy lót bột, kéo.
- Băng treo tay hoặc băng tam giác.

5.4. Người bệnh

- Được thăm khám toàn diện, đánh giá tổn thương phối hợp.
- Được giải thích rõ mục đích và quá trình nắn, bó bột.
- Với trẻ em, giải thích cho người nhà.
- Nếu gây mê: nhịn ăn uống ít nhất 5–6 giờ.

5.5. Hồ sơ

- Ghi rõ ngày giờ tai nạn, ngày giờ bó bột.
- Mô tả tình trạng lâm sàng và X-quang.
- Phương pháp xử trí, dẫn dò và hẹn tái khám.
- Có giấy cam kết thủ thuật nếu gây mê.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Nắn chỉnh ổ gãy

- Người bệnh nằm ngửa hoặc ngồi.
- Một người giữ cánh tay làm đôi lực.
- Trợ thủ kéo dọc trục căng tay để phục hồi chiều dài.
- Nắn chỉnh:
 - + Di lệch chùng ngắn.
 - + Di lệch sang bên.
 - + Điều chỉnh xoay nếu có.
- Điều chỉnh tư thế căng tay tùy theo xương bị gãy:
 - + Gãy xương quay: thường giữ tư thế ngửa.
 - + Gãy xương trụ: thường giữ tư thế trung gian.

6.2. Bước 2: Kiểm tra sau nắn

- Kiểm tra vận động, cảm giác bàn tay.
- Đánh giá mạch quay, trụ.
- Chụp X-quang kiểm tra:
 - + Trục xương thẳng.
 - + Không còn di lệch đáng kể.

6.3. Bước 3: Bật bột bằng bột

- Bó bột cánh – cẳng – bàn tay.
- Tư thế bó:

- + Khuỷu gấp 90°.
 - + Cẳng tay theo tư thế đã chọn khi nắn.
 - Lót bông kỹ vùng mỏm khuỷu, cổ tay.
 - Đặt nẹp bột dọc theo cẳng tay.
 - Quần bột vừa đủ chắc, không quá chặt.
 - Treo tay bằng băng tam giác sau bó.
- * Thời gian bất động**
- 4–6 tuần đối với người lớn.
 - 3–5 tuần đối với trẻ em.
 - Sau tháo bột, tập phục hồi chức năng khuỷu, cổ tay và cẳng tay.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Theo dõi đau, sưng cẳng tay.
- Theo dõi vận động, cảm giác bàn tay.
- Tái khám định kỳ, chụp X-quang kiểm tra.

7.2. Tai biến và xử trí

7.2.1. Di lệch thứ phát

- Phát hiện sớm qua X-quang.
- Nắn chỉnh lại hoặc chuyển phẫu thuật.

7.2.2. Chèn ép khoang cẳng tay

- Đau tăng, căng cứng.
- Rạch dọc bột kịp thời.

7.2.3. Hạn chế vận động

- Phục hồi chức năng tích cực.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2017). Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên môn ngành Bó bột. Quyết định số 4790/QĐ-BYT ngày 25/10/2017 của Bộ Y tế.

NẮN, BÓ BỘT GỠY POUTEAU – COLLES

1. ĐẠI CƯƠNG

1. Gãy Pouteau – Colles là gãy đầu dưới xương quay, thường kèm theo gãy mỏm trâm xương trụ, trong đó đầu dưới xương quay di lệch ra sau, lên trên và ra ngoài.
2. Gãy thường gặp ở người lớn tuổi, đặc biệt là phụ nữ sau mãn kinh do loãng xương, nguyên nhân thường do ngã chống tay.
3. Đây là loại gãy xương thường gặp nhất ở vùng cổ tay, gãy biến dạng kiểu “lưng đĩa”.

2. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN

- Gãy Pouteau – Colles không di lệch hoặc di lệch ít.
- Gãy di lệch nhưng nắn chỉnh đạt và ổ gãy vững.
- Gãy ở người cao tuổi, nhu cầu vận động không cao.
- Người bệnh không đủ điều kiện phẫu thuật hoặc không đồng ý phẫu thuật.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Gãy Pouteau – Colles di lệch nhiều, không giữ được sau nắn.
- Gãy phạm khớp nhiều mảnh.
- Gãy hở độ II, III.
- Gãy kèm tổn thương mạch máu, thần kinh cần can thiệp phẫu thuật.

4. THẬN TRỌNG

- Nắn phải phục hồi đúng:
 - + Độ nghiêng trước của mặt khớp quay.
 - + Chiều dài xương quay.
- Theo dõi chặt chẽ nguy cơ chèn ép thần kinh giữa.
- Không bó bột quá chặt vùng cổ tay.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa chấn thương chỉnh hình.

5.2. Nhân lực

- Chuyên khoa xương: 2–3 người (1 chính, 1–2 phụ).
- Nếu cần tiền mê hoặc gây mê: phối hợp chuyên khoa gây mê.

5.3. Phương tiện

- Thuốc giảm đau, tiền mê hoặc gây mê.
- Bàn nắn hoặc giường phẳng.

- Bột thạch cao:
 - + 4–6 cuộn bột khổ 8–10 cm.
- Băng, giấy lót bột, kéo.
- Băng treo tay hoặc băng tam giác.

5.4. Người bệnh

- Được thăm khám toàn diện, đánh giá tổn thương phối hợp.
- Được giải thích rõ mục đích và quá trình nắn, bó bột.
- Với trẻ em, giải thích cho người nhà.
- Nếu gây mê: nhịn ăn uống ít nhất 5–6 giờ.

5.5. Hồ sơ

- Ghi rõ thời gian tai nạn, thời gian bó bột.
- Mô tả tình trạng lâm sàng và X-quang.
- Hướng xử trí, dẫn dò và hẹn tái khám.
- Có giấy cam kết thủ thuật nếu gây mê.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Nắn chỉnh ổ gãy

- Người bệnh ngồi hoặc nằm.
- Một người giữ cánh tay làm đôi lực.
- Trợ thủ kéo dọc trục bàn tay và cẳng tay.
- Người thực hiện nắn theo thứ tự:
 - + Kéo phục hồi chiều dài.
 - + Ép đầu dưới xương quay từ sau ra trước.
 - + Gấp cổ tay và nghiêng trụ nhẹ.
- Giữ tư thế nắn ổn định.

6.2. Bước 2: Kiểm tra sau nắn

- Quan sát giảm biến dạng cổ tay.
- Kiểm tra vận động, cảm giác các ngón tay.
- Đánh giá mạch quay.
- Chụp X-quang kiểm tra:
 - + Phục hồi chiều dài xương quay.
 - + Mặt khớp nghiêng trước trở lại.

6.3. Bước 3: Bật động bằng bột

- Bó bột cẳng – bàn tay.
- Tư thế bó:
 - + Cổ tay gấp nhẹ và nghiêng trụ.

- + Các ngón tay để tự do.
- Lót bông kỹ vùng cổ tay, mỏm trâm trụ.
- Đặt nẹp bột mặt gan tay.
- Quấn bột vừa đủ chắc, không quá chặt.
- Treo tay bằng băng tam giác sau bó.
- Bột cấp cứu cần **rạch dọc** để đề phòng phù nề.

*** Thời gian bất động**

- 4–6 tuần đối với người lớn.
- 3–4 tuần đối với người cao tuổi.
- Sau tháo bột, tập phục hồi chức năng cổ tay và bàn tay sớm.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Theo dõi đau, sưng cổ tay và các ngón tay.
- Theo dõi cảm giác vùng chi phối thần kinh giữa.
- Tái khám và chụp X-quang kiểm tra định kỳ.

7.2. Tai biến và xử trí

7.2.1. Chèn ép thần kinh giữa

- Tê bì, đau tăng các ngón tay.
- Rạch dọc bột kịp thời, xử trí theo chuyên khoa.

7.2.2. Di lệch thứ phát

- Phát hiện qua X-quang.
- Nắn chỉnh lại hoặc chuyển phẫu thuật.

7.2.3. Cứng cổ tay

- Tập phục hồi chức năng sớm, đúng phương pháp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2017). *Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên môn ngành Bó bột*. Quyết định số 4790/QĐ-BYT ngày 25/10/2017 của Bộ Y tế.

NẮN, BÓ BỘT GỠY MONTEGGIA

1. ĐẠI CƯƠNG

1. Gãy Monteggia là tổn thương gãy thân xương trụ đoạn 1/3 trên kèm theo trật chỏm xương quay ở khớp khuỷu.
2. Đây là tổn thương nặng của cẳng tay, thường gặp ở trẻ em và người trẻ tuổi do ngã chống tay hoặc chấn thương trực tiếp.
3. Nếu không được chẩn đoán và xử trí đúng, gãy Monteggia dễ gây hạn chế vận động khuỷu và sấp – ngửa cẳng tay.

2. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN

- Gãy Monteggia ở trẻ em, ổ gãy thân xương trụ ít di lệch.
- Sau nắn:
 - + Xương trụ được phục hồi trục và chiều dài.
 - + Chỏm xương quay trở về vị trí giải phẫu và giữ được vững.
- Người bệnh không đủ điều kiện phẫu thuật hoặc không đồng ý phẫu thuật.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Gãy Monteggia ở người lớn.
- Gãy thân xương trụ di lệch nhiều, không giữ được sau nắn.
- Trật chỏm xương quay không nắn được hoặc dễ tái trật.
- Gãy hở độ II, III.
- Gãy kèm tổn thương mạch máu, thần kinh cần phẫu thuật.

4. THẬN TRỌNG

- Phải **nắn và cố định xương trụ trước**, chỏm xương quay sẽ tự về vị trí.
- Luôn kiểm tra vận động và cảm giác chi phối thần kinh quay.
- Theo dõi sát nguy cơ trật chỏm quay tái phát.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa chấn thương chỉnh hình.

5.2. Nhân lực

- Chuyên khoa xương: 2–3 người (1 chính, 1–2 phụ).
- Nếu cần tiền mê hoặc gây mê: phối hợp chuyên khoa gây mê.

5.3. Phương tiện

- Thuốc giảm đau, tiền mê hoặc gây mê.
- Giường phẳng hoặc bàn nắn.

- Bột thạch cao:
 - + 6–8 cuộn bột khổ 8–10 cm.
- Băng, giấy lót bột, kéo.
- Băng treo tay hoặc băng tam giác.

5.4. Người bệnh

- Được thăm khám toàn diện, đánh giá tổn thương phối hợp.
- Được giải thích kỹ mục đích và quá trình nắn, bó bột.
- Với trẻ em, giải thích cho người nhà.
- Nếu gây mê: nhịn ăn uống ít nhất 5–6 giờ.

5.5. Hồ sơ

- Ghi rõ ngày giờ tai nạn, ngày giờ bó bột.
- Mô tả tình trạng lâm sàng và X-quang.
- Phương pháp xử trí, dẫn dò và hẹn tái khám.
- Có giấy cam kết thủ thuật nếu gây mê.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Nắn chỉnh ổ gãy

- Người bệnh nằm ngửa.
- Một người giữ cánh tay làm đôi lực.
- Trợ thủ kéo dọc trục căng tay.
- Nắn chỉnh xương trụ:
 - + Phục hồi chiều dài.
 - + Sửa di lệch sang bên và xoay.
- Khi xương trụ được phục hồi đúng trục và chiều dài, chỏm xương quay tự trở về vị trí giải phẫu.

6.2. Bước 2: Kiểm tra sau nắn

- Kiểm tra vận động khuỷu, sấp – ngửa căng tay.
- Đánh giá cảm giác, vận động do thần kinh quay chi phối.
- Chụp X-quang kiểm tra:
 - + Trục xương trụ thẳng.
 - + Chỏm xương quay nằm đúng vị trí trên cả phim thẳng và nghiêng.

6.3. Bước 3: Bất động bằng bột

- Bó bột cánh – cẳng – bàn tay.
- Tư thế bó tùy theo phân loại Monteggia (thường gấp):
 - + Khuỷu gấp 90°.
 - + Cẳng tay ngửa.

- Lót bông kỹ vùng mồm khuỷu và cổ tay.
- Đặt nẹp bột dọc theo xương trụ.
- Quấn bột vừa đủ chắc, không quá chặt.
- Treo tay bằng băng tam giác sau bó.

*** Thời gian bất động**

- 6–8 tuần đối với trẻ em.
- Sau tháo bột, tập phục hồi chức năng khuỷu và cẳng tay sớm.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Theo dõi đau, sưng cẳng tay.
- Theo dõi vận động khuỷu và bàn tay.
- Tái khám định kỳ, chụp X-quang kiểm tra.

7.2. Tai biến và xử trí

7.2.1. Trật chỏm xương quay tái phát

- Điều chỉnh lại tư thế bất động.
- Chuyển phẫu thuật nếu không giữ được.

7.2.2. Tổn thương thần kinh quay

- Theo dõi và xử trí theo chuyên khoa.

7.2.3. Cứng khớp khuỷu

- Phục hồi chức năng tích cực sau tháo bột.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2017). *Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên môn ngành Bó bột*. Quyết định số 4790/QĐ-BYT ngày 25/10/2017 của Bộ Y tế.

BÓ BỘT ỒNG TRONG VỠ XƯƠNG BÁNH CHÈ

1. ĐẠI CƯƠNG

- Là xương vùng 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.

2. CHỈ ĐỊNH

- 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...).

3. 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.

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Chuyên khoa chấn thương: 3 người (1 chính và 2 phụ).

5.2. 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.

5.3. 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.

5.4. 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.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. 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 gang vô khuẩn, gậy 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.
- Bất động: bó ống bột rạch dọc.

* *Người bệnh*

- Nằm ngửa, gót chân kê cao trên đệm gối.
- 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 lã đã hấp tiệt trùng, đi gang 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 phòng 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.

6.2. Các bước tiến hành bó bột

- Bước 1: Quần giấy hoặc bông lót, hoặc lông tất jersey, đặt dây rạch dọc mặt trước đùi, gối, cẳng chân. Vùng khớp gối và cổ chân nên đệm dây hơn để đỡ đau và đỡ chèn ép. Đặt dây rạch dọc (với bột cấp cứu) ở phía trước đùi, gối, cẳng chân).
- Bước 2: Đặt nẹp bột: Rải 1 nẹp bột bằng bột khô rộng theo độ dài đo trước, theo mốc đã định, chú ý vuốt cho nẹp bột phẳng phiu, đỡ cộm khi bó bột.
- Bước 3: Quần 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 quần bột: dùng bột to bản quần từ giữa gối, quần từ dưới lên trên, rồi từ trên xuống dưới kiểu xoáy tròn ốc, quần đến đâu, trợ thủ viên nhắc tay ra đỡ chân người bệnh ở vị trí khác, 2 trợ thủ viên nhớ dùng cả lòng bàn tay để đỡ bột và thay đổi liên tục vị trí đỡ bột để bột khỏi bị móp, bị lõm. Thường thì bó 6-8 lớp là đủ. Xoa, vuốt, chỉnh trang cho bột nhẵn, phẳng và đẹp. Đỡ bột cho khô dần ở tư thế duỗi (nhưng không để ưỡn tối đa, gây khó chịu khi mang bột).
- Bước 4: Rạch dọc bột (nếu bột cấp cứu).

Thời gian bất động bột: 4-6 tuần.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. 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.

7.2. Xử trí tai biến

Thường chỉ có tai biến khi có thương tổn phối hợp như gãy vùng 1/3 trên cẳng chân, mâm chày, 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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

Bộ Y tế (2017). Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên môn ngành Bó Bột.
Quyết định 4790/QĐ-BYT ngày 25/10/2017 của Bộ Y tế.

NẮN, BÓ BỘT TRẬT KHỚP GỐI

1. ĐẠI CƯƠNG

1. 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.
2. 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.
3. Trật khớp gối có kèm gãy xương thường nặng và có chỉ định mổ.

2. CHỈ ĐỊNH

- 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.

3. 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.

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ

5.1. 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).

5.2. Thuốc

- Thuốc gây tê hoặc gây mê.
- Bột thạch cao: 4-5 cuộn khổ 20 cm, 3- 4 cuộn khổ 15 cm.

5.3. Trang thiết bị

- Bàn nắn: bàn nắn bình thường. Cần 1 độn gỗ để kê dưới chân người bệnh khi bó bột.

5.4. 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.

5.5. 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.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Nắn chỉnh: Trật khớp gối làm tổn thương toàn bộ các dây chằng và các phương tiện giữ khớp khác, nên việc nắn vào khớp thường không khó, nhưng nắn xong khớp lại rất dễ trật ra.

- Tư thế người bệnh: Nằm ngửa trên bàn, tốt nhất là bàn chỉnh hình.
- Gây tê tại chỗ hoặc gây mê.
- Hút máu tụ khớp gối ở vùng túi cùng ngoài của cơ tứ đầu đùi.
- Người phụ đứng giữ phần trên người bệnh bằng cách giữ tay qua nách người bệnh. Người nắn chỉnh sẽ giữ chắc cổ và bàn chân người bệnh, kéo thẳng từ từ đến khi xương tự trượt về vị trí bình thường. Nếu xương bánh chè vẫn còn trật thì duỗi thẳng gối đẩy nhẹ nhàng về vị trí.
- Với các trường hợp khó khăn, đưa lên bàn chỉnh hình để kéo nắn.
- Bất động: ống bột rạch dọc.

* Người bệnh

Nằm ngửa, gót chân kê cao trên đệm gối.

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 lã 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.

6.2. Các bước tiến hành bó bột

- Bước 1: Quần giấy hoặc bông lót, hoặc lông tất jersey, đặt dây rạch dọc mặt trước đùi, gối, cẳng chân. Vùng khớp gối và cổ chân nên đệm dày hơn để đỡ đau và đỡ chèn ép. Đặt dây rạch dọc (với bột cấp cứu) ở phía trước đùi, gối, cẳng chân).
- Bước 2: Đặt nẹp bột: Rải 1 nẹp bột bằng bột khô rộng theo độ dài đo trước, theo mốc đã định, chú ý vuốt cho nẹp bột phẳng phiu, đỡ cộm khi bó bột.
- Bước 3: Quần 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 quần bột. Dùng bột to bản quần từ giữa gối, quần từ dưới lên trên, rồi từ trên xuống dưới kiểu xoáy tròn ốc, quần đến đâu, trợ thủ viên nhắc tay ra đỡ chân người bệnh ở vị trí khác, 2 trợ thủ viên nhớ dùng cả lòng bàn tay để đỡ bột và thay đổi liên tục vị trí đỡ bột để bột khỏi bị móp, bị lõm. Thường thì bó 6-8 lớp là đủ. Xoa, vuốt, chỉnh trang cho bột nhẵn, phẳng và đẹp. Đỡ bột cho khô dần ở tư thế duỗi (nhưng không để ưỡn tối đa, gây khó chịu khi mang bột).
- Bước 4: Rạch dọc bột (nếu bột cấp cứu).

Sau 1 tuần chụp kiểm tra, thay bột ống tròn (nếu nhiều máu tụ thì hút, nếu ít, máu sẽ

tự tiêu sau 1 vài tuần).

Thời gian bất động bột: 6 tuần trở lên (có thể bất động đến 8 tuần).

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Trật khớp gối nắn thì dễ, nhưng vấn đề theo dõi lại vô cùng quan trọng, vì thương tổn vùng gối thường nặng. Phải thăm khám đánh giá đúng mức độ thương tổn, tránh bỏ sót những đưng dập mạch máu, mặc dù ban đầu kiểm tra vẫn bắt được mạch.

- Trường hợp nặng hoặc cần theo dõi chèn ép: cho vào viện theo dõi nội trú.

- Người bệnh được kê chân cao, theo dõi sát mạch mu chân và chày sau, vận động và cảm giác cũng như màu sắc, nhiệt độ của ngón chân trong vòng 57 ngày đầu (1 vài ngày đầu phải kiểm tra đánh giá hàng giờ).

7.2. Xử trí tai biến

Nếu có tai biến tổn thương mạch máu, hoặc hội chứng khoang phải chuyển mổ cấp cứu càng sớm càng tốt (giải phóng mạch, nối mạch, ghép mạch...).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2017). Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên môn ngành Bó Bột. Quyết định 4790/QĐ-BYT ngày 25/10/2017 của Bộ Y tế.

PHẪU THUẬT THÁO PHƯƠNG TIỆN KẾT HỢP XƯƠNG

1. ĐẠI CƯƠNG

1. Phẫu thuật tháo phương tiện kết hợp xương là thủ thuật lấy bỏ các dụng cụ kết hợp xương (nẹp vít, đinh nội tủy, vít, khung cố định ngoài...) đã được sử dụng trong điều trị gãy xương.
2. Phẫu thuật được thực hiện khi xương đã liền vững hoặc khi phương tiện kết hợp xương gây biến chứng.
3. Mục đích của phẫu thuật là loại bỏ dị vật, giảm đau, phục hồi chức năng và phòng ngừa các biến chứng lâu dài.

2. CHỈ ĐỊNH

- Xương đã liền vững trên lâm sàng và X-quang.
- Phương tiện kết hợp xương gây đau, cộm, hạn chế vận động.
- Nhiễm trùng quanh phương tiện kết hợp xương.
- Phương tiện kết hợp xương bị lỏng, gãy hoặc hỏng.
- Người bệnh trẻ tuổi cần tháo phương tiện để tránh ảnh hưởng sự phát triển xương.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Xương chưa liền vững.
- Người bệnh có tình trạng toàn thân không đảm bảo cho phẫu thuật.
- Nguy cơ gãy lại cao sau tháo phương tiện.
- Người bệnh không đồng ý phẫu thuật.

4. THẬN TRỌNG

- Đánh giá chắc chắn tình trạng liền xương trước khi tháo.
- Cảnh trọng với nguy cơ gãy lại sau tháo phương tiện.
- Phẫu thuật có thể khó khăn do xương bao phủ, vít gãy hoặc kẹt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa chấn thương chỉnh hình.

5.2. Nhân lực

- Kíp phẫu thuật:
 - o 01 phẫu thuật viên chính
 - o 01–02 phẫu thuật viên phụ
- Kíp gây mê – hồi sức.
- Điều dưỡng dụng cụ.

5.3. Phương tiện

- Phòng mổ vô khuẩn.
- Bộ dụng cụ tháo phương tiện kết hợp xương.
- Máy C-arm.
- Thuốc gây mê, kháng sinh dự phòng.
- Phương tiện truyền máu (khi cần).

5.4. Người bệnh

- Được thăm khám toàn diện, đánh giá toàn thân.
- Chụp X-quang kiểm tra liên xương.
- Được giải thích rõ mục đích, lợi ích và nguy cơ của phẫu thuật.
- Nhịn ăn uống theo quy định trước mổ.

5.5. Hồ sơ

- Hồ sơ bệnh án đầy đủ.
- Phim X-quang trước mổ.
- Giấy cam kết phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Gây mê

- Gây mê nội khí quản hoặc gây tê vùng tùy vị trí và tính chất phẫu thuật.

6.2. Bước 2: Bộc lộ phương tiện kết hợp xương

- Rạch da theo đường mổ cũ.
- Bộc lộ nẹp, vít hoặc đầu đinh nội tủy.
- Giải phóng mô xơ và xương mọc che phủ.

6.3. Bước 3: Tháo phương tiện kết hợp xương

- Tháo vít, nẹp, đinh nội tủy theo đúng thứ tự.
- Trường hợp vít gãy, kẹt:
 - + Sử dụng dụng cụ chuyên dụng để lấy.
- Kiểm tra lại ổ xương sau tháo.

6.4. Bước 4: Cầm máu- đóng vết mổ

- Cầm máu kỹ.
- Đặt dẫn lưu khi cần.
- Khâu đóng vết mổ theo từng lớp.

6.5. Bước 5: Chăm sóc và theo dõi sau mổ

- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn.
- Giảm đau, kháng sinh theo chỉ định.
- Chăm sóc vết mổ, rút dẫn lưu đúng thời điểm.
- Hạn chế chịu lực hoặc vận động mạnh trong thời gian đầu.

- Tập phục hồi chức năng phù hợp.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

7.1. Tai biến sớm

- Chảy máu, tụ máu.
- Nhiễm trùng vết mổ.
- Tồn thương mạch máu, thần kinh.

7.2. Tai biến muộn

- Gãy lại xương sau tháo phương tiện.
- Đau kéo dài vùng mổ.

7.3. Xử trí

- Điều trị nội khoa hoặc phẫu thuật lại tùy mức độ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2017). Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên môn ngành Chấn thương chỉnh hình. Quyết định số 4790/QĐ-BYT ngày 25/10/2017 của Bộ Y tế.

NẮN, CỐ ĐỊNH TRẬT KHỚP HÀM

1. ĐẠI CƯƠNG

1. Trật khớp hàm (trật khớp thái dương – hàm dưới) là tình trạng rời cầu xương hàm dưới rời khỏi ổ khớp thái dương, thường trật ra trước.
2. Trật khớp hàm có thể xảy ra khi há miệng quá rộng (ngáp, cười to, há miệng khi làm thủ thuật răng hàm mặt), chấn thương hoặc bệnh lý làm lỏng bao khớp.
3. Người bệnh thường không ngậm miệng được, đau vùng khớp thái dương – hàm, nói khó, chảy nước bọt.

2. CHỈ ĐỊNH

- Trật khớp hàm cấp tính.
- Trật khớp hàm tái diễn nhưng còn khả năng nắn kín.
- Người bệnh đủ điều kiện nắn chỉnh và cố định bảo tồn.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Trật khớp hàm kèm gãy xương hàm dưới hoặc xương thái dương.
- Nhiễm trùng vùng khớp thái dương – hàm.
- Người bệnh không hợp tác mà không có điều kiện gây mê hoặc an thần.

4. THẬN TRỌNG

- Cẩn thận tránh cắn tay người nắn khi khớp trở về vị trí.
- Nắn nhẹ nhàng, tránh gây gãy rời cầu hàm dưới.
- Với trật khớp hàm lâu ngày, nắn có thể khó và cần gây mê.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa chấn thương chỉnh hình hoặc răng hàm mặt.

5.2. Nhân lực

- 01 bác sĩ thực hiện.
- 01 điều dưỡng hỗ trợ.
- Nếu cần: phối hợp bác sĩ gây mê – hồi sức.

5.3. Phương tiện

- Găng tay sạch.
- Gạc dày hoặc băng cuộn quấn ngón tay.
- Thuốc giảm đau, an thần hoặc tiền mê (khi cần).
- Băng vải hoặc băng chun để cố định hàm.

5.4. Người bệnh

- Được giải thích rõ thủ thuật và cảm giác có thể gặp.
- Ngồi hoặc nằm nửa ngồi, đầu tựa chắc.
- Tháo răng giả nếu có.

5.5. Hồ sơ

- Ghi rõ thời điểm trật khớp, nguyên nhân.
- Tình trạng trước và sau chấn.
- Hướng xử trí và dẫn dò.

6. TIỀN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Giảm đau – an thần

- Có thể gây tê tại chỗ hoặc dùng thuốc an thần nhẹ.
- Trường hợp khó nắn: gây mê ngắn.

6.2. Bước 2: Nắn trật khớp hàm

- Người bệnh ngồi hoặc nằm nửa ngồi.
- Bác sĩ đứng đối diện.
- Quấn gạc dày quanh hai ngón cái.
- Đặt hai ngón cái lên mặt nhai răng hàm dưới, các ngón còn lại ôm bờ dưới xương hàm.
- Thao tác nắn:
 - + Ấn xuống dưới để vượt qua củ khớp.
 - + Sau đó đẩy ra sau và lên trên.
- Khi nghe hoặc cảm nhận tiếng “cụp”, khớp đã trở về vị trí.

6.3. Bước 3: Kiểm tra sau nắn

- Người bệnh ngậm được miệng.
- Giảm đau rõ rệt.
- Vận động hàm dưới trở lại bình thường.

6.4. Bước 4: Cố định

- Băng cố định hàm:
 - + Quấn băng vòng qua cằm và đỉnh đầu (băng Barton).
- Hạn chế há miệng rộng trong thời gian cố định.

*** Thời gian cố định**

- 1–2 tuần.
- Ăn thức ăn mềm, lỏng.
- Tránh há miệng rộng, ngáp, cười to.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Theo dõi đau, sưng vùng khớp thái dương – hàm.
- Theo dõi khả năng há – ngậm miệng.

7.2. Tai biến và xử trí

7.2.1. Trật khớp tái diễn

- Hướng dẫn hạn chế vận động hàm.
- Xem xét điều trị chuyên khoa sâu.

7.2.2. Đau kéo dài

- Giảm đau, vật lý trị liệu.
- Tái khám chuyên khoa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2017). Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên môn ngành Chấn thương chỉnh hình. Quyết định số 4790/QĐ-BYT ngày 25/10/2017 của Bộ Y tế.

THÁO BỘT CÁC LOẠI

1. ĐẠI CƯƠNG

1. Tháo bột là thủ thuật loại bỏ các loại bột bất động (bột thạch cao, bột sợi tổng hợp) đã được sử dụng trong điều trị gãy xương, trật khớp và các tổn thương cơ xương khớp.
2. Thủ thuật được thực hiện khi thời gian bất động đã đủ hoặc khi xuất hiện biến chứng cần tháo bột sớm.
3. Tháo bột đúng kỹ thuật giúp tránh tổn thương da, phần mềm và tạo điều kiện phục hồi chức năng sớm.

2. CHỈ ĐỊNH

- Hết thời gian bất động theo chỉ định điều trị.
- Xương đã liền vững trên lâm sàng và/hoặc X-quang.
- Bột gây chèn ép, đau tăng, rối loạn tuần hoàn.
- Bột bị ướt, hỏng, nứt vỡ.
- Cần kiểm tra, thay đổi phương pháp bất động.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối.
- Thận trọng khi tháo bột sớm ở xương chưa liền vững.

4. THẬN TRỌNG

- Tháo bột nhẹ nhàng, tránh làm tổn thương da và phần mềm.
- Không dùng lực mạnh bẻ bột gây đau hoặc gãy lại.
- Sau tháo bột, chi thường teo cơ và cứng khớp, cần hướng dẫn tập luyện.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ hoặc điều dưỡng được đào tạo về tháo bột.

5.2. Nhân lực

- 01 người thực hiện.
- 01 người hỗ trợ (khi cần).

5.3. Phương tiện

- Dao tháo bột hoặc cưa bột.
- Kéo, kìm tách bột.
- Băng, gạc.
- Khăn, chậu đựng mảnh bột.

5.4. Người bệnh

- Được giải thích mục đích và các bước tháo bột.
- Ngồi hoặc nằm tư thế thoải mái.
- Bộc lộ hoàn toàn vùng bó bột.

5.5. Hồ sơ

- Ghi nhận thời điểm tháo bột.
- Tình trạng chi trước và sau tháo bột.
- Hướng dẫn chăm sóc và tập luyện sau tháo bột.

6. TIỀN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Đánh giá trước tháo bột

- Kiểm tra tình trạng liền xương.
- Đánh giá đau, sưng, tuần hoàn, cảm giác.
- Xác định vị trí rạch bột an toàn.

6.2. Bước 2: Rạch và tháo bột

- Dùng dao hoặc cưa bột:
 - + Rạch dọc theo mặt ít nguy cơ tổn thương phần mềm.
- Với bột 2 thì:
 - + Rạch cả hai mặt đối diện.
- Dùng kim tách bột mở rộng khe rạch.
- Cắt bỏ lớp bông, giấy lót.
- Nhẹ nhàng tháo rời bột khỏi chi.

6.3. Bước 3: Kiểm tra sau tháo bột

- Kiểm tra da, phát hiện loét, trầy xước.
- Đánh giá vận động khớp, cảm giác, tuần hoàn.
- Hướng dẫn người bệnh vận động nhẹ nhàng.

6.4. Bước 4: Chăm sóc và theo dõi sau tháo bột

- Vệ sinh sạch da vùng tháo bột.
- Xoa bóp nhẹ nhàng, giữ ấm chi.
- Tập phục hồi chức năng theo hướng dẫn.
- Tránh mang vác nặng hoặc vận động mạnh trong thời gian đầu.
- Tái khám theo lịch hẹn.

7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

7.1. Tai biến

- Trầy xước, bỏng da do cưa bột.
- Đau tăng do vận động sớm.
- Gãy lại xương.

7.2. Xử trí

- Chăm sóc vết thương da tại chỗ.
- Hạn chế vận động, bất động lại nếu cần.
- Đánh giá và điều trị chuyên khoa khi nghi ngờ gãy lại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2017). Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên môn ngành Bó bột.
Quyết định số 4790/QĐ-BYT ngày 25/10/2017 của Bộ Y tế.

BÓ BỘT CĂNG – BÀN TAY

1. ĐẠI CƯƠNG

1. Bó bột căng – bàn tay là phương pháp bất động đoạn căng tay và bàn tay nhằm điều trị các tổn thương xương, khớp và phần mềm vùng căng tay – cổ tay – bàn tay.
2. Bó bột giúp giảm đau, giữ ở gãy hoặc tổn thương khớp ở tư thế chức năng, tạo điều kiện cho quá trình liền xương và hồi phục chức năng.
3. Đây là kỹ thuật thường dùng trong điều trị bảo tồn các gãy xương và trật khớp vùng căng tay – cổ tay.

2. CHỈ ĐỊNH

- Gãy xương căng tay đoạn dưới ổn định.
- Gãy đầu dưới xương quay sau nắn.
- Trật khớp cổ tay, tổn thương dây chằng cổ tay sau nắn.
- Tổn thương phần mềm cần bất động cổ tay – bàn tay.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối.
- Thận trọng trong trường hợp sưng nề nhiều cần bó bột chẻ.

4. THẬN TRỌNG

- Không bó bột quá chặt gây chèn ép.
- Theo dõi sát tuần hoàn và cảm giác các ngón tay.
- Bó bột đúng tư thế chức năng để tránh cứng khớp.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ hoặc điều dưỡng được đào tạo kỹ thuật bó bột.

5.2. Nhân lực

- 01 người thực hiện.
- 01 người hỗ trợ.

5.3. Phương tiện

- Bột thạch cao:
 - + 4–6 cuộn bột khổ 8–10 cm.
- Băng, giấy lót bột.
- Kéo, chậu nước.

5.4. Người bệnh

- Được giải thích mục đích và cách theo dõi sau bó bột.
- Ngồi hoặc nằm tư thế thoải mái.

- Bộc lộ vùng cẳng tay – bàn tay.

5.5. Hồ sơ

- Ghi ngày giờ bó bột.
- Tình trạng chi trước và sau bó bột.
- Dặn dò và hẹn tái khám.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Tư thế

- Người bệnh ngồi.
- Cẳng tay gấp 90° tại khuỷu.
- Cổ tay ở tư thế chức năng:
 - + Duỗi nhẹ $20-30^\circ$.
 - + Các ngón tay hơi gấp.

6.2. Các bước tiến hành

- Lót bông và giấy lót từ:
 - + 1/3 trên cẳng tay
 - + Đến khớp bàn – ngón.
- Đặt nẹp bột dọc mặt trước và sau cẳng tay – bàn tay.
- Quấn bột đều tay từ trên xuống dưới.
- Vuốt bột, tạo hình lòng bàn tay.
- Chừa đầu các ngón tay để theo dõi tuần hoàn.

6.3. Kiểm tra sau bó bột

- Kiểm tra mạch, màu sắc, nhiệt độ các ngón tay.
- Kiểm tra cảm giác và vận động các ngón.

7. THỜI GIAN BẤT ĐỘNG

- 3–6 tuần, tùy tổn thương và độ tuổi.
- Tập vận động các ngón tay sớm.

8. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

8.1. Theo dõi

- Đau tăng, sưng nề ngón tay.
- Rối loạn cảm giác, tím tái đầu ngón.

8.2. Tai biến và xử trí

- Chèn ép do bột chặt:
 - + Rạch dọc bột kịp thời.
- Cứng khớp:
 - + Tập phục hồi chức năng sớm sau tháo bột.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2017). *Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên môn ngành Bó bột*. Quyết định số 4790/QĐ-BYT ngày 25/10/2017 của Bộ Y tế.

BÓ, BỘT CÁNH - CẰNG - BÀN TAY

1. ĐẠI CƯƠNG

1. Bó 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 (khủy gấp 90°), 1 vài trường hợp bột để tư thế duỗi (gãy 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).

2. CHỈ ĐỊNH

- Gãy xương cẳng tay ở mọi vị trí (gãy 1 hoặc 2 xương cẳng tay, gãy mỏm khuỷu, mỏm vẹt, đài quay, chỏm quay, đầu dưới 2 xương cẳng tay...). Riêng gãy đầu dưới 1 trong 2 xương cẳng tay, gãy mỏm trâm quay, mỏm trâm trụ có thể bó bột Cẳng-bàn tay cũng được.

- Gãy trên lồi cầu xương cánh tay hoặc gãy liên lồi cầu xương cánh tay.

- Trật khớp khuỷu đã nắn.

- Các tổn thương khác vùng khuỷu (chạm thương, bong gân, tổn thương dây chằng, vết thương thấu khớp khuỷu đã XỬ TRÍ phẫu thuật...).

- Các tổn thương viêm nhiễm ở cẳng tay và vùng khuỷu (viêm xương cẳng tay chưa có chỉ định mổ, lao khớp khuỷu).

- Sau 1 số trường hợp phẫu thuật vùng cẳng tay, vùng khuỷu.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Gãy hở xương độ II theo Gustilo trở lên chưa được xử trí phẫu thuật.

- Gãy xương có kèm đụng dập nặng phần mềm.

- Có tổn thương mạch máu hoặc thần kinh, hội chứng chèn ép khoang.

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- chuyên khoa xương: 3-4 người, chuyên khoa gây mê: 02 (khi người bệnh cần gây mê).

5.2. Thuốc, trang thiết bị

- 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 mẫu ngang để mắc các đai đối lực khi kéo nắn.

- Đai đối lực: bằng vải mềm, dai, to bản (như kiểu quai ba lô) để tránh gây tổn thương cho da khi kéo nắn.

- Thuốc tê hoặc thuốc mê: số lượng tùy thuộc người bệnh là trẻ em hay người lớn, trọng lượng người bệnh. Kèm theo là dụng cụ gây tê, gây mê, hồi sức (bơm tiêm, cồn 70°, thuốc chống sốc, mặt nạ bóp bóng, đèn nội khí quản...).

- Bột thạch cao chuyên dụng: với người lớn cần 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, vệ sẵn lại để đảm bảo độ chắc là đủ, không cần dây chuyên dụng.

- Dao hoặc cưa rung để rạch dọc bột trong trường hợp bó bột cấp cứu (tổn thương trong 7 ngày đầu). Nếu dùng dao rạch bột, dao cần sắc, nhưng không nên dùng dao mũi nhọn, đề phòng lỡ tay gây vết thương cho người bệnh (mặc dù tai biến này rất hiếm gặp). Nếu dùng cưa rung để rạch bột, cần lưu ý phải chờ cho bột khô hẳn mới làm, vì cưa rung chỉ cắt đứt các vật khô cứng, cũng chính vì thế chúng ta không lo ngại cưa rung làm rách da người bệnh, có chăng, nên cẩn thận khi cưa bột mà ngay ở dưới lưỡi cưa là các mẫu xương (ví dụ các mắt cá, xương bánh chè...).

- Nước để ngâm bột: đủ về số lượng để ngâm chìm hẳn các cuộn bột. Lưu ý, mùa lạnh phải dùng nước ấm, vì trong quá trình bột khô cứng sẽ tiêu hao một nhiệt lượng đáng kể làm nóng bột, có thể 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.

5.3. Người bệnh

- Được thăm khám toàn diện, tránh bỏ sót tổn thương, nhất là những tổn thương lớn có thể gây tử vong trong quá trình nắn bó bột (chấn thương sọ não, chấn thương ngực, vỡ tạng đặc, vỡ tạng rỗng...).

- Được giải thích kỹ mục đích của thủ thuật, quá trình tiến hành làm thủ thuật, để

người bệnh khỏi bị bất ngờ, động viên để họ yên tâm, hợp tác tốt với thầy thuốc. Với bệnh nhi, cần giải thích cho bố mẹ hoặc người thân.

- Được vệ sinh sạch sẽ vùng xương gãy, côi hoặc cắt bỏ tay áo bên tay gãy.
- 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).

5.4. 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).

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Người bệnh

- Tư thế người bệnh: nằm ngửa, 1 đai vải đặt ở hõm nách. Đai vải đối lực này được cố định chắc vào mấu của bàn nắn. Khuỷu tay gấp 90° , cổ tay, bàn tay ở tư thế cơ năng (ngón tay cái chỉ mũi). Trong trường hợp gãy 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 gãy cẳng tay, trợ thủ 1 chỉ cần kéo đỡ bàn tay người bệnh, phần khuỷu đã có đai đối lực kéo giữ.

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

- Bước 1: Quần giấy vệ sinh hoặc bông lót, hoặc lòng bát 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: Quần bột: quần vòng tròn quanh tay và nẹp bột đã đặt từ trước, quần đều tay theo kiểu xoáy tròn ốc từ trên xuống dưới rồi từ dưới lên trên cho đến hết cuộn bột. Nếu thấy bột chưa đủ dày, vừa quần bột vừa thả tiếp 1 cuộn bột nữa vào chậu, lưu ý là nếu ngâm bột quá lâu hoặc quá vội mà vớt lên sớm đều không tốt, thường thấy rằng, cuộn bột ngâm khi nào vừa hết sủi tăm là tốt. Bó bột nên lăn đều tay, nhẹ nhàng, không tỳ ngón tay vào một vị trí của bột quá lâu dễ gây lõm bột, quần đến đâu vuốt và xoa đến đấy, độ kết dính sẽ tốt hơn, bột sẽ nhẵn và đẹp. Thấy bột đã đủ dày, xoa vuốt, chỉnh trang cho bột nhẵn, đều và đẹp. Cần bộc lộ mô cái để tập sớm (trừ 1 số trường hợp đặc biệt, bột ôm cả mô cái và đốt 1 ngón cái như khi gãy xương bàn 1, gãy đốt 1 ngón 1). Gãy 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. Gãy 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.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Nặng: khi có tổn thương phối hợp, cần cho nhập viện theo dõi nội trú.

- Nhẹ và vừa:

+ Dẫn dò kỹ và hướng dẫn người bệnh có thể tự theo dõi: sưng nề? Nhiệt độ và màu 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.

7.2. Xử trí tai biến

- Nhẹ nhất là sưng nề, rối loạn dinh dưỡng: nới bột, kê tay cao, thuốc chống nề.

- Nặng hơn, có thể gặp: choáng do quá sợ hãi hoặc choáng do thuốc tê: chuyển dịch, an thần, thuốc chống shock, hô hấp hỗ trợ (thở ô xy), bóp bóng...

- 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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2017). Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên môn ngành Bó Bột. Quyết định 4790/QĐ-BYT ngày 25/10/2017 của Bộ Y tế.

NẮN, BÓ BỘT BÀN TAY

1. ĐẠI CƯƠNG

1. Nắn, bó bột bàn tay là phương pháp điều trị bảo tồn các gãy xương và trật khớp vùng bàn tay nhằm phục hồi hình thể giải phẫu, giảm đau và tạo điều kiện liền xương.
2. Các xương bàn tay gồm xương cổ tay, xương bàn tay và các đốt ngón tay, dễ bị tổn thương do chấn thương trực tiếp hoặc gián tiếp.
3. Điều trị bảo tồn đòi hỏi nắn chỉnh chính xác và bó bột ở tư thế chức năng để tránh cứng khớp và hạn chế vận động sau này.

2. CHỈ ĐỊNH

- Gãy xương bàn tay, xương ngón tay không di lệch hoặc di lệch ít.
- Gãy xương bàn tay sau nắn đạt vị trí giải phẫu.
- Trật khớp bàn – ngón, đốt ngón sau nắn kín.
- Người bệnh không có chỉ định phẫu thuật.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Gãy xương bàn tay di lệch nhiều, không nắn được.
- Gãy vụn nhiều mảnh cần phẫu thuật.
- Gãy hở độ II, III.
- Tổn thương mạch máu, thần kinh cần can thiệp phẫu thuật.

4. THẬN TRỌNG

- Nắn nhẹ nhàng, chính xác, tránh gây tổn thương phần mềm.
- Bó bột đúng tư thế chức năng để hạn chế cứng khớp.
- Theo dõi sát sưng nề trong những ngày đầu.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ hoặc điều dưỡng được đào tạo kỹ thuật nắn, bó bột.

5.2. Nhân lực

- 01 người thực hiện.
- 01 người hỗ trợ.

5.3. Phương tiện

- Thuốc giảm đau, gây tê tại chỗ (khi cần).
- Bột thạch cao:
 - + 3–5 cuộn bột khổ 6–8 cm.
- Băng, giấy lót bột.

- Kéo, chậu nước.

5.4. Người bệnh

- Được thăm khám và chụp X-quang xác định tổn thương.
- Được giải thích mục đích và quá trình nắn, bó bột.
- Ngồi tư thế thoải mái, bộc lộ bàn tay tổn thương.

5.5. Hồ sơ

- Ghi ngày giờ nắn, bó bột.
- Tình trạng trước và sau nắn.
- Hẹn tái khám và chụp X-quang kiểm tra.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Nắn chỉnh

- Giảm đau hoặc gây tê tại chỗ.
- Kéo dọc trục ngón tay hoặc xương bàn tay.
- Sửa di lệch:
 - + Gập – duỗi
 - + Lệch bên
 - + Xoay
- Kiểm tra trục và tầm vận động sau nắn.

6.2. Bước 2: Bó bột

- Đặt bàn tay ở **tư thế chức năng**:
 - + Cổ tay duỗi 20–30°.
 - + Khớp bàn – ngón gấp 70–90°.
 - + Khớp liên đốt gấp nhẹ.
- Lót bông kỹ vùng bàn tay và các ngón.
- Đặt nẹp bột dọc mặt gan tay và mu tay.
- Quấn bột vừa đủ chắc, chừa đầu các ngón tay.

6.3. Bước 3: Kiểm tra sau bó bột

- Kiểm tra tuần hoàn, cảm giác đầu ngón.
- Đánh giá đau và sưng.

*** Thời gian bất động**

- 3–5 tuần, tùy vị trí và mức độ gãy.
- Tập vận động sớm các khớp không bị bất động.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Sưng nề, đau tăng.

- Tê bì, tím tái các ngón tay.

7.2. Tai biến và xử trí

- Chèn ép do bột chặt:
 - + Rạch dọc bột kịp thời.
- Di lệch thứ phát:
 - + Nắn lại hoặc chuyển phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2017). Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên môn ngành Bó bột.
Quyết định số 4790/QĐ-BYT ngày 25/10/2017 của Bộ Y tế.

NẮN, BÓ BỘT TRẬT CHỖM QUAY

1. ĐẠI CƯƠNG

1. Trật chỏm quay là tình trạng mất tiếp xúc giữa chỏm xương quay và lồi cầu ngoài xương cánh tay tại khớp khuỷu.
2. Tổn thương thường gặp ở trẻ em, hay xảy ra khi bị kéo mạnh đột ngột cẳng tay (còn gọi là trật khớp khuỷu bán phần ở trẻ em).
3. Người bệnh đau vùng khuỷu, hạn chế vận động gấp – duỗi và sấp – ngửa cẳng tay.

2. CHỈ ĐỊNH

- Trật chỏm quay kín.
- Trật chỏm quay cấp tính.
- Trật chỏm quay không kèm gãy xương vùng khuỷu.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Trật chỏm quay kèm gãy xương cánh tay, xương quay hoặc xương trụ.
- Trật chỏm quay cũ, lâu ngày.
- Tổn thương mạch máu, thần kinh cần phẫu thuật.

4. THẬN TRỌNG

- Phân biệt với gãy xương vùng khuỷu, nhất là ở trẻ em.
- Nắn nhẹ nhàng, tránh gây tổn thương sụn khớp.
- Kiểm tra kỹ vận động và cảm giác sau nắn.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa chấn thương chỉnh hình.

5.2. Nhân lực

- 01 bác sĩ thực hiện.
- 01 điều dưỡng hỗ trợ.

5.3. Phương tiện

- Thuốc giảm đau hoặc an thần nhẹ (khi cần).
- Bột thạch cao:
 - + 4–6 cuộn bột khổ 8–10 cm.
- Băng, giấy lót bột.
- Kéo, chậu nước.

5.4. Người bệnh

- Được thăm khám lâm sàng và chụp X-quang loại trừ gãy xương.

- Được giải thích rõ thủ thuật.
- Ngồi hoặc nằm tư thế thoải mái.

5.5. Hồ sơ

- Ghi ngày giờ trật khớp, ngày giờ nắn – bó bột.
- Tình trạng trước và sau nắn.
- Hẹn tái khám.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Nắn trật chỏm quay

Có hai phương pháp thường dùng:

a. Phương pháp xoay ngửa – gấp khuỷu

- Giữ khuỷu duỗi.
- Xoay ngửa mạnh cảng tay.
- Sau đó gấp khuỷu nhanh.
- Thường nghe hoặc cảm nhận tiếng “cụp”.

b. Phương pháp xoay sấp

- Giữ khuỷu gấp 90°.
- Xoay sấp mạnh cảng tay.
- Kết hợp ấn nhẹ vào chỏm quay.

6.2. Bước 2: Kiểm tra sau nắn

- Giảm đau rõ rệt.
- Trẻ sử dụng lại tay bình thường.
- Vận động sấp – ngửa, gấp – duỗi khuỷu cải thiện.

6.3. Bước 3: Bó bột cố định

- Bó bột cánh – cẳng – bàn tay.
- Tư thế:
 - + Khuỷu gấp 90°.
 - + Cẳng tay ngửa hoặc trung gian.
- Lót bông kỹ vùng khuỷu.
- Quần bột vừa chắc, không quá chặt.

*** Thời gian bất động**

- 2–3 tuần.
- Trường hợp trẻ nhỏ có thể không cần bó bột, chỉ treo tay ngắn ngày.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Đau, sưng vùng khuỷu.

- Hạn chế vận động kéo dài.

7.2. Tai biến và xử trí

- Nắn không thành công:
 - + Kiểm tra lại chẩn đoán.
 - + Chuyển tuyến chuyên khoa.
- Cứng khớp khuỷu:
 - + Tập phục hồi chức năng sau tháo bột.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2017). Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên môn ngành Bó bột. Quyết định số 4790/QĐ-BYT ngày 25/10/2017 của Bộ Y tế.

BÓ BỘT CĂNG - BÀN CHÂN

1. ĐẠI CƯƠNG

1. Bó bột căng - bàn chân là phương pháp bất động đoạn căng chân và bàn chân nhằm điều trị các tổn thương xương, khớp và phần mềm vùng căng chân – cổ chân - bàn chân.
2. Bó bột giúp giảm đau, giữ ở gầy hoặc tổn thương khớp ở tư thế giải phẫu, tạo điều kiện cho liền xương và phục hồi chức năng.
3. Đây là kỹ thuật thường quy trong điều trị bảo tồn các gãy xương và trật khớp vùng cổ chân - bàn chân.

2. CHỈ ĐỊNH

- Gãy xương cổ chân, bàn chân ổn định.
- Gãy xương căng chân đoạn dưới sau nắn.
- Trật khớp cổ chân sau nắn.
- Tổn thương dây chằng cổ chân cần bất động.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối.
- Thận trọng với các trường hợp sưng nề nhiều, cần bó bột chẻ.

4. THẬN TRỌNG

- Không bó bột quá chặt gây chèn ép.
- Bó bột đúng tư thế cổ chân vuông góc.
- Theo dõi sát tuần hoàn đầu ngón chân.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ hoặc điều dưỡng được đào tạo kỹ thuật bó bột.

5.2. Nhân lực

- 01 người thực hiện.
- 01 người hỗ trợ.

5.3. Phương tiện

- Bột thạch cao:
 - + 6–8 cuộn bột khổ 10–15 cm.
- Băng, giấy lót bột.
- Kéo, chậu nước.

5.4. Người bệnh

- Được giải thích mục đích và cách theo dõi sau bó bột.

- Nằm hoặc ngồi tư thế thoải mái.
- Bộc lộ vùng cẳng chân – bàn chân.

5.5. Hồ sơ

- Ghi ngày giờ bó bột.
- Tình trạng chi trước và sau bó bột.
- Hẹn tái khám.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Tư thế

- Người bệnh nằm ngửa.
- Khớp gối gấp nhẹ 5–10°.
- Cổ chân ở tư thế vuông góc 90°.

6.2. Các bước tiến hành

- Lót bông và giấy lót từ:
 - + 1/3 trên cẳng chân
 - + Đến hết bàn chân, chừa các ngón.
- Đặt nẹp bột:
 - + Mặt sau cẳng chân – bàn chân.
 - + Có thể bổ sung nẹp trước nếu cần.
- Quần bột đều tay từ trên xuống dưới.
- Tạo hình vòm bàn chân và gót chân.
- Chừa đầu ngón chân để theo dõi.

6.3. Kiểm tra sau bó bột

- Kiểm tra mạch mu chân, mạch chày sau.
- Kiểm tra màu sắc, nhiệt độ các ngón chân.

*** Thời gian bất động**

- 4–8 tuần, tùy loại tổn thương và độ tuổi.
- Không tỳ chân sớm khi chưa có chỉ định.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Đau tăng, sưng nề bàn chân.
- Tê bì, tím tái các ngón chân.

7.2. Tai biến và xử trí

- Chèn ép do bột chặt:
 - + Rạch dọc bột kịp thời.
- Loét da vùng gót:

+ Độn lót đầy đủ, chỉnh sửa bột.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2017). Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên môn ngành Bó bột.
Quyết định số 4790/QĐ-BYT ngày 25/10/2017 của Bộ Y tế.

BÓ BỘT ĐÙI - CẰNG - BÀN CHÂN

1. ĐẠI CƯƠNG

1. Bó bột đùi - cẳng - bàn chân là phương pháp bất động toàn bộ chi dưới từ đùi đến bàn chân, nhằm điều trị các tổn thương xương, khớp và phần mềm vùng đùi, gối, cẳng chân và cổ chân.
2. Bó bột giúp giữ vững ổ gãy, giảm đau, duy trì trục chi đúng và tạo điều kiện cho liền xương.
3. Đây là kỹ thuật thường áp dụng trong điều trị bảo tồn các gãy xương chi dưới chưa có chỉ định phẫu thuật.

2. CHỈ ĐỊNH

- Gãy thân xương đùi điều trị bảo tồn (đặc biệt ở trẻ em).
- Gãy 1/3 trên hoặc 1/3 giữa hai xương cẳng chân sau nắn.
- Gãy xương cẳng chân kèm tổn thương cổ chân cần bất động dài.
- Trật khớp gối hoặc cổ chân sau nắn.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối.
- Thận trọng ở người già, thể trạng yếu, bệnh lý tim phổi nặng.

4. THẬN TRỌNG

- Theo dõi sát tình trạng chèn ép khoang chi dưới.
- Bó bột không quá chặt, đặc biệt vùng bẹn, khoeo.
- Kiểm tra trục chi và tư thế khớp gối, cổ chân.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ hoặc điều dưỡng được đào tạo kỹ thuật bó bột.

5.2. Nhân lực

- 01 bác sĩ chính.
- 02–03 người hỗ trợ.

5.3. Phương tiện

- Bột thạch cao:
 - + 12–15 cuộn bột khổ 15–20 cm.
- Băng, giấy lót bột.
- Kéo, chậu nước.
- Băng treo, nẹp hỗ trợ.

5.4. Người bệnh

- Được thăm khám toàn diện, loại trừ tổn thương phối hợp.

- Được giải thích kỹ về thời gian bất động dài.
- Cởi bỏ quần áo vùng chi dưới bên tổn thương.

5.5. Hồ sơ

- Ghi rõ ngày giờ bó bột.
- Tình trạng chi trước và sau bó bột.
- Dặn dò và hẹn tái khám định kỳ.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Tư thế

- Người bệnh nằm ngửa.
- Khớp háng ở tư thế trung gian.
- Khớp gối gấp $5-10^\circ$.
- Cổ chân vuông góc 90° .

6.2. Các bước tiến hành

- Lót bông và giấy lót từ:
 - + Nếp bẹn
 - + Đến hết bàn chân, chừa các ngón.
- Đặt nẹp bột:
 - + Mặt sau đùi – cẳng – bàn chân.
 - + Có thể đặt thêm nẹp trước – bên nếu cần.
- Quần bột từ trên xuống dưới, đều tay.
- Tạo hình vùng gối, cổ chân, gót chân.
- Vuốt mép bột rộng rãi vùng bẹn và khoeo.

6.3. Kiểm tra sau bó bột

- Kiểm tra mạch chày sau, mu chân.
- Kiểm tra màu sắc, nhiệt độ các ngón chân.
- Đánh giá đau và cảm giác.

*** Thời gian bất động**

- 8-12 tuần, tùy loại gãy và độ tuổi.
- Không tỳ chân trong giai đoạn đầu.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Đau tăng, sưng nề chi dưới.
- Tê bì, lạnh các ngón chân.
- Sốt, mùi hôi trong bột.

7.2. Tai biến và xử trí

- Chèn ép khoang:
 - + Rạch bột cấp cứu.
- Loét da vùng bẹn, khoeo, gót:
 - + Độn lót, chỉnh sửa bột.
- Lệch trục chi:
 - + Chụp kiểm tra, nắn lại nếu cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2017). Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên môn ngành Bó bột.
Quyết định số 4790/QĐ-BYT ngày 25/10/2017 của Bộ Y tế.

BÓ BỘT CHẬU LƯNG CHÂN

1. ĐẠI CƯƠNG

Bột chậu - lưng - chân (Pelvie) là một loại bột lớn, gồm hai phần liên kết: một phần ôm vòng quanh khung chậu và bụng dưới, phần còn lại bao trùm toàn bộ chân bên tổn thương. Đây là kỹ thuật bất động vững chắc, thường được sử dụng nhất trong điều trị gãy xương đùi ở trẻ em và các thương tổn vùng háng. Kỹ thuật đòi hỏi phải có bàn chỉnh hình chuyên dụng (bàn Pelvie) và một kíp thực hiện gồm nhiều người. Mục đích chính là cố định vững chắc các đầu xương gãy, tạo điều kiện cho xương liền đúng vị trí giải phẫu và phục hồi chức năng.

2. CHỈ ĐỊNH

- Gãy xương đùi trẻ em, ở mọi vị trí.
- Gãy cổ xương đùi, vỡ chỏm xương đùi ít lệch hoặc đã được phẫu thuật.
- Gãy ổ cối trong một số trường hợp vỡ xương chậu, toác khớp mu.
- Gãy máu chuyển lớn, máu chuyển bé, gãy liên máu chuyển xương đùi.
- Sau nắn trật khớp háng (cả khớp tự nhiên và khớp nhân tạo).
- Các bệnh lý về khớp háng như viêm khớp, lao khớp, bệnh Perthes....
- Sau mổ các thương tổn và bệnh lý vùng háng.
- Một số chỉ định khác theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị do Bộ Y tế ban hành.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Gãy hở xương độ II theo phân loại Gustilo trở lên chưa được xử trí phẫu thuật.
- Có tổn thương đụng dập nặng phần mềm vùng háng, đùi, khoeo, cẳng chân.
- Có tổn thương mạch máu, thần kinh hoặc cần theo dõi hội chứng khoang.
- Người bệnh có tổn thương bụng, đa chấn thương, đang trong trạng thái sốc.
- Người bệnh có thai.

4. THẬN TRỌNG

- Cần đệm lót thật dày tại các vùng dễ loét tỳ đè như: bẹn, gôi, cổ chân, vùng cùi chỏ và vị trí tiếp xúc với ống đối lực của bàn nắn.
- Thận trọng khi người bệnh ăn no (cần khoét cửa sổ bột ở bụng) để tránh chèn ép gây khó thở hoặc rối loạn tiêu hóa.
- Bột được bó theo kỹ thuật hai thì, cần lưu ý hiện tượng chân dòn lên do lực co kéo của cơ sau khi giải phóng sức căng từ khung kéo, dễ gây chèn ép. Do đó, việc đệm lót và sửa mép bột vùng bẹn sau khi bó là rất quan trọng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

a) *Nhân lực trực tiếp*: 01 Bác sĩ chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình làm chính và ít nhất 03 trợ thủ viên.

b) *Nhân lực hỗ trợ*: 01 Bác sĩ và 01 Kỹ thuật viên Gây mê hồi sức (do kỹ thuật này thường bắt buộc phải gây mê).

5.2.

Thuốc

- Dung dịch sát khuẩn da (cồn 70 độ, Betadine).
- Dịch truyền.

5.3. Vật tư

- Bột thạch cao: Khoảng 15 cuộn khổ 20 cm và một số cuộn khổ 15 cm để bó vùng cổ chân, bàn chân.
- Giấy vệ sinh, bông lót hoặc băng tã Jersey để quần đệm.
- Dây rạch dọc (dùng cho bột cấp cứu).

5.4. Trang thiết bị

- Bàn chỉnh hình Pelvie chuyên dụng (gồm giá đỡ xương cùng cụt, ống đôi lực và khung kéo chân có đế giày).
- Hệ thống Monitor theo dõi dấu hiệu sinh tồn.
- Dao hoặc cưa rung để rạch bột.

5.5. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Người bệnh được thăm khám toàn diện, vệ sinh sạch sẽ, cởi bỏ quần áo vùng cần bó bột.
- Nhịn ăn uống ít nhất 6 giờ trước thực hiện nếu có chỉ định gây mê.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại phòng mổ thuộc khoa Gây mê hồi sức.

5.9. 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 BN:* ghi tư thế bệnh nhân theo dữ liệu người dùng cung cấp: Nằm ngửa trên bàn chỉnh hình Pelvie, lưng đặt trên mặt bàn phẳng, vùng cùng cụt đặt trên giá đỡ, hai chân cố định vào đế giày của khung kéo.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Vô cảm và định vị

- Thực hiện gây mê toàn thân (tĩnh mạch hoặc nội khí quản).
- Đặt người bệnh nằm ngửa trên bàn chỉnh hình Pelvie theo đúng tư thế đã chuẩn bị.

6.2. Bước 2: Nắn chỉnh xương gãy

- Sử dụng hệ thống vô lăng trên khung kéo để kéo giãn chi, lấy lại chiều dài và nắn chỉnh các di lệch của xương gãy, có thể dưới hỗ trợ của màn tăng sáng.

6.3. Bước 3: Đệm lót và đặt dây rạch dọc

- Quần giấy vệ sinh hoặc bông lót toàn bộ vùng bụng dưới, chậu và chân bên tồn

thương.

- Đặt dây rạch dọc ở mặt trước đùi, dọc theo trục chi từ bẹn xuống, để phòng ngừa chèn ép (đối với bột cấp cứu).

6.4. Bước 4: Bó bột thì 1 (Chậu - lưng - đùi)

- Rải đai bột to bản vòng quanh bụng dưới và khung chậu để tạo phần chậu.
- Đặt các nếp bột chéo vùng háng xuống đùi để tăng cường độ vững.
- Quấn bột theo kiểu xoáy tròn ốc từ trên xuống dưới, từ phần chậu xuống đến gối hoặc 1/3 dưới cẳng chân.

6.5. Bước 5: Bó bột thì 2 (Cẳng - bàn chân)

- Giải phóng chân khỏi khung kéo, chuyển người bệnh về bàn thường (nếu cần).
- Bó nối tiếp phần bột cẳng và bàn chân, tăng cường chắc chắn tại vị trí nối giữa hai thì.

6.6. Bước cuối cùng: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật: Kiểm tra màu sắc da, nhiệt độ, mạch ngoại vi và cảm giác của các ngón chân.
- Rạch dọc toàn bộ bột theo đường dây đã đặt nếu là bột cấp cứu. Khoét cửa sổ bột vùng bụng trên rốn và sửa mép bột vùng bẹn, cẳng cụt cho rộng rãi.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo: Bàn giao cho điều dưỡng khoa hoặc hậu phẫu để theo dõi.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Sốc phản vệ, ngừng thở do thuốc mê: Hồi sức cấp cứu ngay theo phác đồ của Bộ Y tế.
- Gãy xương thêm do nắn chỉnh thô bạo: Ngừng thủ thuật, đánh giá lại tổn thương và xử trí phù hợp (có thể phải chuyển phẫu thuật).

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Hội chứng chèn ép khoang: Phải rạch dọc bột ngay lập tức và theo dõi sát mạch, cảm giác ngoại vi.
- Loét điểm tỳ (bẹn, cẳng cụt, gối): Thay đổi tư thế nếu có thể, nới rộng mép bột tại vị trí loét. Nếu nặng, phải thay bột mới.
- Đau bụng, chướng bụng, khó thở: Rạch dọc phần bột vùng bụng ngực để kiểm tra và giảm chèn ép.

7.3. Biến chứng muộn

- Teo cơ, cứng khớp: Hướng dẫn người bệnh tập vận động chủ động các khớp tự do và tập theo chỉ định sau khi tháo bột.
- Can lệch: Đánh giá mức độ, nếu ảnh hưởng lớn đến chức năng cần có kế hoạch điều trị chỉnh hình lại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

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

PHẪU THUẬT VÁ DA DIỆN TÍCH 5 - 10 Cm²

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật vá da là kỹ thuật sử dụng mảnh ghép da tự thân, có thể là da dày hoặc da mỏng, để che phủ các khuyết hồng da có diện tích từ 5 đến 10 cm². Nguyên lý dựa trên việc cắt ghép một phần da lành từ vùng cho (nơi có thể đóng trực tiếp) sang vùng nhận (nơi bị khuyết). Mục đích là phục hồi tính toàn vẹn của da, bảo vệ tổ chức phía dưới, ngăn ngừa nhiễm trùng và cải thiện chức năng, thẩm mỹ.

2. CHỈ ĐỊNH

- Vá da dày: Chỉ định cho những vùng cơ thể thường xuyên có nguy cơ va chạm, tỳ đè hoặc thực hiện chức năng cầm nắm (như lòng bàn tay, gan bàn chân, đầu ngón).
- Vá da mỏng: Chỉ định tại những vị trí da mỏng, không có chức năng cầm nắm hay tỳ đè chịu lực.
- Một số chỉ định khác theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị do Bộ Y tế ban hành.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Vùng khuyết da có tổ chức hạt mọc chưa tốt, chưa đủ điều kiện để mảnh ghép bám dính.
- Vùng khuyết da hiện đang trong tình trạng viêm hoặc nhiễm trùng tiến triển.

4. THẬN TRỌNG

- Cần đánh giá kỹ diện tích và chức năng vùng nhận để lựa chọn đúng loại da ghép, tránh gây co rút hoặc hoại tử sau mổ.
- Đảm bảo quy trình vô khuẩn tuyệt đối để tránh nhiễm trùng mảnh ghép.
- Thận trọng trong việc cầm máu tốt tại vùng nhận trước khi đặt mảnh ghép, tránh tụ máu dưới da gây hoại tử.

5. CHUẨN BỊ

5.1.

Người

thực

hiện

a) *Nhân lực trực tiếp*: Phẫu thuật viên ngoại khoa chung đã được đào tạo chuyên môn về kỹ thuật vá da.

b) *Nhân lực hỗ trợ*: 01 phụ mổ, 01 điều dưỡng dụng cụ.

5.2.

Thuốc

- Thuốc gây tê tại chỗ (Lidocain), dung dịch sát khuẩn da.
- Gạc mỡ và các thuốc giảm đau hỗ trợ.

5.3.

Vật

tu

- Dao lấy da chuyên dụng (dành cho da dày hoặc mỏng), bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản.
- Băng, băng, gạc vô trùng.

5.4.

Trang

thiết

bị

- Hệ thống đèn mổ, bàn mổ phù hợp để bộc lộ phẫu trường thuận lợi.

5.5.

Người

bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng: Được giải thích rõ về quy trình kỹ thuật, các rủi ro (nhiễm trùng, hoại tử mảnh ghép) và ký cam đoan.

- Được chuẩn bị bệnh án, vệ sinh sạch sẽ vùng cho và vùng nhận.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại phòng mổ thuộc khoa Gây mê hồi sức.

5.9.

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 BN:* Tùy theo vị trí vá da

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1.

Bước

1:

Đánh

giá

và

lựa

chọn

- Đánh giá lại diện tích vùng khuyết da (đảm bảo trong khoảng 5-10 cm²) và chức năng vùng đó để quyết định sử dụng loại da dày hay mỏng.

6.2.

Bước

2:

Vô

cảm

- Thực hiện gây tê tại chỗ tại vùng dự định lấy mảnh ghép và vùng nhận.

6.3.

Bước

3:

Lấy

mảnh

ghép

- Tiến hành lấy da dày (thường ở vùng đầu, bụng, nếp bẹn) hoặc lấy da mỏng (thường ở cánh tay, cẳng tay, mặt ngoài đùi) bằng dao chuyên dụng.

6.4.

Bước

4:

Chuẩn

bị

mảnh

ghép

- Nếu là da dày, cần làm sạch tổ chức mỡ và mô dưới da; nếu là da mỏng, cần làm sạch máu và fibrin ở mặt trong mảnh ghép.

6.5.

Bước

5:

Chuẩn

bị

nền

nhận

- Sử dụng nước muối sinh lý để làm sạch vùng khuyết da, sau đó thấm khô bề mặt. Cầm máu kỹ lưỡng.

6.6.

Bước

6:

Thực

hiện

vá

da

- Đối với vá da dày: Đặt mảnh ghép vào vùng khuyết, khâu các mép mảnh ghép với mép vết thương, sau đó đặt gạc dày ép lên trên và cố định.

- Đối với vá da mỏng: Trải đều mảnh da lên vùng khuyết (đảm bảo đúng mặt mảnh ghép), cố định bằng gạc mỡ và băng chun.

6.7.

Bước

cuối

cùng:

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 với hướng dẫn chăm sóc và thay băng lần đầu sau khoảng 3 đến 5 ngày.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Thường không có tai biến đặc thù.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Mảnh ghép bị hoại tử: Cần đánh giá lại tổ chức hạt phía dưới; nếu hạt chưa tốt thì tiến hành thay bằng kích thích mô hạt mọc lại trước khi ghép bổ sung.
- Nhiễm trùng: Loại bỏ mảnh ghép nếu cần thiết, thực hiện thay băng sạch sẽ và chỉ tiến hành ghép lại khi tình trạng nhiễm trùng đã ổn định hoàn toàn.
- Tụ dịch, tụ máu dưới mảnh ghép: Chọc hút dịch hoặc rạch nhỏ dẫn lưu.

7.3. Biến chứng muộn

- Co rút sẹo, sẹo xấu: Theo dõi và có thể chỉ định vật lý trị liệu hoặc phẫu thuật sửa sẹo về sau nếu cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2017). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa, chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình. Quyết định số 5728/QĐ-BYT ngày 21/12/2017 của Bộ Y tế.

PHẪU THUẬT VÁ DA MỎNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật vá da mỏng là kỹ thuật dùng một mảnh da tự thân tự do, có bề dày từ 3/10 đến 4/10 mm, để che phủ vùng da bị khuyết hổng. Nguyên lý dựa trên sự tái tạo mạch máu từ nền nhận (tổ chức hạt) vào mảnh ghép, giúp mảnh da sống và liền tại chỗ. Mục đích là phục hồi diện tích da bị mất, bảo vệ cơ thể tránh mất nước, dịch thể và ngăn ngừa nhiễm khuẩn.

2. CHỈ ĐỊNH

- Mất da ở các vùng không phải là vùng khớp hoặc vùng tỳ đè (như gót chân, lòng bàn tay).
- Bề mặt vùng mất da phẳng, không còn tổ chức hoại tử.
- Tổ chức hạt vùng mất da lên tốt (có màu đỏ và sạch).
- Không còn tình trạng nhiễm trùng tại vùng mất da cũng như vùng lân cận.
- Một số chỉ định khác theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị do Bộ Y tế ban hành.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Mất da tại các vùng khớp và vùng tỳ đè.
- Bề mặt vùng mất da chưa phẳng, vẫn còn tổ chức hoại tử.
- Vùng mất da đang bị nhiễm khuẩn.
- Vùng mất da gây lộ các tổ chức sâu như xương, gân.

4. THẬN TRỌNG

- Cần kiểm soát tốt tình trạng chảy máu dưới mảnh ghép vì đây là nguyên nhân chính khiến da không liền.
- Thận trọng trong việc cố định mảnh ghép, tránh làm xô dịch hoặc gấp mép mảnh da.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Nhân lực trực tiếp:* Phẫu thuật viên chuyên khoa chấn thương chỉnh hình hoặc phẫu thuật tạo hình đã được đào tạo về ghép da.
- Nhân lực hỗ trợ:* 01 phụ mổ, 01 điều dưỡng dụng cụ.

5.2. Thuốc

- Dung dịch sát khuẩn (cồn 70 độ, PVP 10%), nước muối sinh lý 0,9%.
- Thuốc mỡ kháng sinh.
- Thuốc gây mê hoặc gây tê theo chỉ định.

5.3. Vật tư

- Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản.
- Dao lấy da chuyên dụng: dao Weck, Humby, Lagrose, Padgett hoặc dao lấy da máy.
- Gạc vô trùng, băng cuộn, bông, chỉ khâu (Ethilon 4.0...).

5.4. Trang thiết bị

- Phòng mổ đạt tiêu chuẩn vô khuẩn, hệ thống đèn mổ, máy hút.
- Máy cán da đục lỗ mắt lưới (nếu diện tích mắt da lớn).

5.5. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng: Được giải thích rõ mục đích và quy trình phẫu thuật, ký cam đoan.
- Được làm các xét nghiệm cơ bản. Chuẩn bị vùng nhận và vùng lấy da (thường ở đùi, cẳng chân đối diện), vệ sinh sạch sẽ.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại phòng mổ thuộc khoa Gây mê hồi sức.

5.9. 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: Đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần ghép da.
- b) *Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.*

c) *Đặt tư thế BN:* Nằm ngửa hoặc tư thế phù hợp để bộc lộ vùng khuyết da hướng lên trên.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Vô cảm

- Gây tê tại chỗ (diện tích nhỏ), gây mê tĩnh mạch hoặc gây tê tủy sống (diện tích lớn, chi dưới).

6.2. Bước 2: Chuẩn bị vùng nhận da

- Sát khuẩn bằng cồn 70 độ.
- Loại bỏ tổ chức hoại tử còn sót, làm phẳng tổ chức hạt và rửa sạch bằng nước muối sinh lý.
- Cầm máu kỹ lưỡng.

6.3. Bước 3: Lấy mảnh da

- Tại vùng lấy da đã sát khuẩn, dùng dao chuyên dụng lấy từng miếng da mỏng (0,3-0,4mm).
- Tùy diện tích mà có thể khía lỗ hoặc cán mắt lưới bằng máy chuyên dụng để tiết kiệm da và tạo đường thoát dịch.

6.4. Bước 4: Ghép da

- Đặt trải thẳng mặt cắt (mặt tiếp xúc với nền) của mảnh da lên nền nhận theo phương pháp Thiersch.
- Đảm bảo da áp sát hoàn toàn, không gấp mép, không có khoảng trống hay bọt khí bên dưới.

6.5. Bước 5: Cố định và băng bó

- Phủ một lớp gạc mỡ kháng sinh lên trên mảnh ghép.
- Khâu cố định mép da ghép vào mép thương (nếu cần).
- Đắp gạc khô, gói gạc và băng ép vừa phải (áp lực khoảng 28-30 mmHg) hoặc băng bột để cố định tuyệt đối.

6.6. Bước cuối cùng: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật: Đánh giá mạch, huyết áp, tình trạng vùng mổ và vùng cho.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo: Bàn giao cho bộ phận hậu phẫu hoặc khoa điều trị.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Choáng, sốc: Do phản ứng thuốc tê hoặc quá sợ hãi. Xử trí: Ngừng thủ thuật, theo dõi, điều chỉnh sốc của Bộ Y tế.
- Chảy máu: Cầm máu thật kỹ bằng đốt điện hoặc cầm máu cơ học trước khi đặt mảnh ghép.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Nhiễm khuẩn: Mảnh da bám kém, có dịch mủ. Xử trí: Thay băng hàng ngày, dùng kháng sinh liều cao theo kháng sinh đồ.
- Tụ máu/ tụ dịch dưới mảnh ghép: Sau 6-24 giờ nếu thấy thấm dịch nhiều cần thay băng sớm để lấy bỏ máu tụ, ép lại.

7.3. Biến chứng muộn

- Da không liền (hoại tử mảnh ghép): Do máu tụ, nhiễm khuẩn hoặc băng ép không đủ. Xử trí: Loại bỏ phần hoại tử, làm sạch mô hạt để ghép bổ sung sau.
- Sẹo co rút, sẹo xấu: Theo dõi và có thể chỉ định vật lý trị liệu hoặc phẫu thuật sửa sẹo về sau.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2014). Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa - chuyên khoa Phẫu thuật chấn thương chỉnh hình, Phẫu thuật cột sống. Quyết định số 198/QĐ-BYT ngày 16/01/2014 của Bộ Y tế.

PHẪU THUẬT LẤY BỎ U PHẦN MỀM

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật lấy bỏ u phần mềm là kỹ thuật ngoại khoa nhằm loại bỏ các khối u phát triển từ tổ chức liên kết mềm dưới da hoặc trong cơ (như u xơ, u mỡ, u bã đậu...). Đa phần các u này là lành tính, chiếm tỉ lệ cao so với dạng ác tính. Nguyên lý của kỹ thuật là bóc tách và cắt bỏ toàn bộ khối u cùng một phần nhỏ mô lành xung quanh nếu cần. Mục đích là để giải quyết tình trạng chèn ép, đau đớn, phục hồi chức năng vận động, loại bỏ nguy cơ tiến triển ác tính và cải thiện thẩm mỹ cho người bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

- Các khối u phần mềm lành tính gây đau khi vận động hoặc gây chèn ép mạch máu, thần kinh.
- Khối u có kích thước lớn ảnh hưởng đến thẩm mỹ và cản trở chức năng của chi thể hoặc vùng cơ thể.
- Khối u phát triển nhanh, tăng kích thước nhanh chóng hoặc có dấu hiệu nghi ngờ chuyển ác tính trên lâm sàng và hình ảnh học.
- U phần mềm có bản chất ác tính (sarcom) hoặc u giáp biên ác.
- Một số chỉ định khác theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị do Bộ Y tế ban hành.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh đang có các bệnh lý toàn thân nặng (suy tim, suy thận nặng, rối loạn đông máu nặng...) không đảm bảo an toàn cho phẫu thuật.
- Tình trạng nhiễm trùng cấp tính tại chỗ hoặc toàn thân chưa được kiểm soát.
- Khối u ở vị trí không thể phẫu thuật triệt để hoặc dự đoán không đủ tổ chức để che phủ sau cắt bỏ.

4. THẬN TRỌNG

- Cần thận trọng trong phẫu tích để bảo vệ các cấu trúc mạch máu lớn và thần kinh ngoại vi lân cận. Không nên cố cắt toàn bộ nếu u xâm lấn quá sâu vào các thành phần quan trọng này.
- Đối với u xâm lấn cơ, cần kiểm soát tốt diện cắt để tránh chảy máu nhiều và giảm nguy cơ tái phát.
- Với u nghi ngờ ác tính, cần lấy bệnh phẩm đúng quy cách để làm giải phẫu bệnh, bao gồm cả diện cắt và hạch nếu có.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

a) *Nhân lực trực tiếp*: 01 Bác sĩ chuyên khoa Phẫu thuật tạo hình hoặc Chấn thương

chỉnh hình.

b) *Nhân lực hỗ trợ* : 02 phụ phẫu thuật, 01 bác sĩ gây mê và kíp điều dưỡng hỗ trợ.

5.2. Thuốc

- Thuốc gây mê toàn thân hoặc thuốc gây tê tại chỗ/ vùng (Lidocain...).
- Kháng sinh dự phòng.
- Các dung dịch sát khuẩn da (cồn, Povidone iodine...), nước muối sinh lý.

5.3. Vật tư

- Bộ dụng cụ phẫu thuật phần mềm cơ bản (dao mổ, kéo phẫu tích, panh, kim chỉ khâu...).
- Dây thun garo (nếu u ở chi).
- Ống dẫn lưu, bình đựng bệnh phẩm có chứa dung dịch cố định Formalin 10%.

5.4. Trang thiết bị

- Hệ thống máy hút, máy điện đông cầm máu.
- Kính lúp phẫu thuật nếu khối u nằm gần các bó mạch thần kinh nhỏ.

5.5. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng: Được giải thích rõ về quy trình, các tai biến có thể gặp (chảy máu, nhiễm trùng, tổn thương thần kinh...).
- Vệ sinh sạch vùng mổ, cạo lông nếu cần. Nhịn ăn uống ít nhất 6 giờ trước phẫu thuật nếu có chỉ định gây mê.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại phòng mổ thuộc khoa Gây mê hồi sức.

5.9. 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 BN:* Tư thế nằm ngửa, nghiêng hoặc sấp tùy theo vị trí u, sao cho thuận lợi nhất để bộc lộ phẫu trường.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Vô cảm

- Thực hiện gây tê tại chỗ (với u nhỏ, nông) hoặc gây mê nội khí quản/tủi sống (với u lớn, sâu) tùy thuộc vào kích thước và vị trí khối u.

6.2. Bước 2: Sát khuẩn và trải sẵn

- Sát trùng rộng vùng mô bằng dung dịch sát khuẩn, trải sẵn vô khuẩn bọc lộ phẫu trường. Đặt garo vô khuẩn nếu u ở chi.

6.3. Bước 3: Rạch da

- Thiết kế đường rạch da thẳng trùng với trục chi hoặc theo nếp gấp da tự nhiên, ngắn nhất có thể, trực tiếp trên khối u.

6.4. Bước 4: Bộc lộ u

- Phẫu tích tách từng lớp (da, tổ chức dưới da) theo giải phẫu để tiếp cận bao u.
- Tách u khỏi tổ chức xung quanh một cách cẩn thận, bảo tồn mạch máu và thần kinh lân cận. Quan sát mối liên quan giữa u với các cấu trúc xung quanh như cơ, mạch máu, thần kinh.

6.5. Bước 5: Cắt bỏ u

- Cắt bỏ toàn bộ khối u. Đối với u lành tính có vỏ bọc, bóc tách bóc lấy toàn bộ vỏ u. Đối với u nghi ngờ ác tính, cắt bỏ u cùng với một phần mô lành xung quanh (lấy rìa diện cắt).
- Cầm máu kỹ tại ổ mổ.

6.6. Bước 6: Xử lý bệnh phẩm và bơm rửa

- Bệnh phẩm sau khi lấy ra cần được cố định ngay trong dung dịch Formalin đậm trung tính 10% để gửi làm giải phẫu bệnh. Đo đạc, mô tả đại thể và ghi nhận khoảng cách từ u đến diện cắt.
- Bơm rửa sạch ổ mổ bằng nước muối sinh lý.

6.7. Bước 7: Đóng vết mổ

- Đặt dẫn lưu nếu ổ mổ rộng, có nguy cơ chảy dịch.
- Khâu phục hồi các lớp giải phẫu (cân, cơ nếu bị cắt) và đóng da bằng chỉ khâu thẩm mỹ hoặc chỉ thường.

6.8. Bước cuối cùng: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật: Dấu hiệu sinh tồn, vận động, cảm giác chi thể (nếu u ở chi).
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. Ghi rõ mô tả bệnh phẩm và yêu cầu xét nghiệm.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo: Bàn giao cho điều dưỡng khoa hậu phẫu hoặc phòng hồi sức.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- *Chảy máu nhiều:* Cầm máu bằng đốt điện, kẹp clip hoặc khâu buộc mạch máu. Truyền dịch, truyền máu nếu cần.

- *Tổn thương mạch máu, thần kinh lớn*: Phát hiện kịp thời, phẫu thuật viên mạch máu hoặc vi phẫu can thiệp khâu nối lại ngay nếu có thể.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- *Tụ máu, tụ dịch vết mổ*: Băng ép, chọc hút dịch hoặc mổ lại dẫn lưu, cầm máu bổ sung nếu có khối máu tụ lớn.
- *Nhiễm trùng vết mổ*: Vết mổ sưng đỏ, đau, chảy mủ. Xử trí: Thay băng hàng ngày, cắt chỉ một phần, dẫn lưu mủ, sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ.
- *Hoại tử mép da*: Do khâu căng hoặc tưới máu kém. Xử trí: Cắt lọc tổ chức hoại tử và chăm sóc vết thương.

7.3. Biến chứng muộn

- *Tái phát tại chỗ*: Đặc biệt với u giáp biên ác tính hoặc u ác tính cắt không hết rìa. Cần theo dõi lâm sàng và hình ảnh định kỳ, xem xét phẫu thuật lại hoặc xạ trị bổ trợ.
- *Sẹo xấu, sẹo co kéo*: Có thể cần phẫu thuật thẩm mỹ chỉnh sửa sẹo về sau.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2018). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Phẫu thuật Tạo hình - Thẩm mỹ. Quyết định số 3449/QĐ-BYT ngày 07/06/2018 của Bộ Y tế.
2. Bộ Y tế (2014). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa - chuyên khoa Phẫu thuật chấn thương chỉnh hình, Phẫu thuật cột sống. Quyết định số 198/QĐ-BYT ngày 16/01/2014 của Bộ Y tế.

ĐẶT ĐAI SỐ 8 GỠY XƯƠNG ĐÒN

1. ĐẠI CƯƠNG

1. Gãy xương đòn là một trong những loại gãy xương thường gặp, hay do ngã đập vai, tai nạn sinh hoạt hoặc tai nạn giao thông.
2. Đặt đai số 8 là phương pháp điều trị bảo tồn nhằm **kéo hai vai ra sau**, giữ cho hai đầu gãy xương đòn ở tư thế tương đối giải phẫu, giúp giảm đau và tạo điều kiện liền xương.
3. Phương pháp này thường áp dụng cho gãy thân xương đòn không di lệch nhiều.

2. CHỈ ĐỊNH

- Gãy thân xương đòn không di lệch hoặc di lệch ít.
- Gãy xương đòn kín.
- Người bệnh không có chỉ định phẫu thuật.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Gãy xương đòn di lệch nhiều, gãy vụn.
- Gãy xương đòn hở.
- Gãy xương đòn kèm tổn thương mạch máu, thần kinh.
- Người bệnh không hợp tác hoặc không dung nạp được đai.

4. THẬN TRỌNG

- Không siết đai quá chặt gây chèn ép mạch máu – thần kinh.
- Theo dõi vùng nách, vai tránh loét da.
- Điều chỉnh đai thường xuyên khi sưng nề giảm.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ hoặc điều dưỡng được đào tạo kỹ thuật đặt đai số 8.

5.2. Nhân lực

- 01 người thực hiện.
- 01 người hỗ trợ.

5.3. Phương tiện

- Đai số 8 chuyên dụng hoặc băng vải bản rộng.
- Băng, gạc lót vùng nách.
- Kéo, băng dính.

5.4. Người bệnh

- Được thăm khám và chụp X-quang xác định vị trí gãy.

- Được giải thích mục đích, cách mang đai.
- Ngồi thẳng hoặc đứng thẳng lưng.

5.5. Hồ sơ

- Ghi ngày giờ đặt đai.
- Tình trạng xương đòn trước và sau đặt đai.
- Dặn dò và hẹn tái khám.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Tư thế

- Người bệnh ngồi thẳng lưng hoặc đứng.
- Hai vai thả lỏng tự nhiên.

6.2. Các bước tiến hành

- Lót bông vùng nách và vai.
- Đặt đai số 8:
 - + Hai vòng đai ôm qua hai vai.
 - + Bắt chéo phía sau lưng theo hình số 8.
- Kéo nhẹ hai vai ra sau để chỉnh trục xương đòn.
- Cố định đai vừa đủ chặt, đảm bảo người bệnh dễ chịu.

6.3. Kiểm tra sau đặt đai

- Kiểm tra tuần hoàn, cảm giác hai tay.
- Kiểm tra mức độ đau giảm.
- Chụp X-quang kiểm tra nếu cần.

6.4. Thời gian cố định

- 4- 6 tuần ở người lớn.
- 3- 4 tuần ở trẻ em.
- Có thể tháo đai ngắn ngày để vệ sinh, theo hướng dẫn.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Đau tăng vùng vai – xương đòn.
- Tê bì, yếu tay.
- Loét da vùng nách, vai.

7.2. Tai biến và xử trí

- Đai quá chặt:
 - + Nới lỏng hoặc đặt lại.
- Di lệch thứ phát:
 - + Chụp kiểm tra, cân nhắc đổi phương pháp điều trị.

- Loét da:
 - + Độn lót thêm, chăm sóc da.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2017). Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên môn ngành Chấn thương chỉnh hình. Quyết định số 4790/QĐ-BYT ngày 25/10/2017 của Bộ Y tế.

ĐẶT ĐAI VẢI TREO TAY

1. ĐẠI CƯƠNG

1. Đặt đai vải treo tay là phương pháp **cố định tạm thời hoặc hỗ trợ** chi trên trong các chấn thương xương, khớp và phần mềm.
2. Đai vải treo tay giúp giảm đau, hạn chế vận động chi trên, tạo tư thế nghỉ sinh lý cho vai, khuỷu và cổ tay.
3. Đây là kỹ thuật đơn giản, thường sử dụng trong cấp cứu và điều trị bảo tồn.

2. CHỈ ĐỊNH

- Gãy xương chi trên sau nắn và bó bột.
- Trật khớp vai, khuỷu sau nắn.
- Tổn thương phần mềm vùng vai – khuỷu – cổ tay.
- Sau phẫu thuật chi trên cần hỗ trợ treo tay.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối.
- Thận trọng khi có phù nề nhiều hoặc tổn thương mạch máu.

4. THẬN TRỌNG

- Không treo tay quá cao hoặc quá thấp.
- Tránh chèn ép vùng cổ, vai.
- Theo dõi tuần hoàn và cảm giác bàn tay.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ hoặc điều dưỡng.

5.2. Nhân lực

- 01 người thực hiện.
- 01 người hỗ trợ (khi cần).

5.3. Phương tiện

- Đai vải treo tay hoặc băng tam giác.
- Băng, gạc lót cổ và vai.

5.4. Người bệnh

- Được giải thích mục đích và cách sử dụng đai.
- Ngồi hoặc đứng tư thế thoải mái.
- Tay bên tổn thương được đỡ nhẹ.

5.5. Hồ sơ

- Ghi ngày giờ đặt đai.
- Tình trạng chi trước và sau đặt đai.
- Dẫn dò và hẹn tái khám.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Tư thế

- Người bệnh ngồi hoặc đứng.
- Khuỷu tay gấp khoảng **90°**.
- Cẳng tay đặt trước ngực.

6.2. Các bước tiến hành

- Trải đai vải hoặc băng tam giác dưới cẳng tay.
- Đỡ bàn tay cao hơn khuỷu nhẹ.
- Buộc hai đầu đai sau cổ hoặc sau gáy.
- Điều chỉnh độ dài đai sao cho tay ở tư thế thoải mái.
- Có thể cố định thêm cánh tay vào thân người nếu cần.

6.3. Kiểm tra sau đặt đai

- Kiểm tra màu sắc, nhiệt độ bàn tay.
- Kiểm tra cảm giác các ngón tay.
- Hỏi người bệnh về mức độ dễ chịu.

6.4. Thời gian sử dụng

- Tùy mức độ tổn thương:
 - + 1- 3 tuần với tổn thương nhẹ.
 - + Lâu hơn nếu có chỉ định bác sĩ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Đau tăng vùng vai, cổ.
- Tê bì hoặc sưng bàn tay.

7.2. Tai biến và xử trí

- Đai quá chặt:
 - + Nới lỏng, đặt lại.
- Chèn ép cổ:
 - + Độn lót thêm vùng cổ – vai.
- Phù tay:
 - + Điều chỉnh độ cao tay, vận động các ngón.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2017). Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên môn ngành Chấn thương chỉnh hình. Quyết định số 4790/QĐ-BYT ngày 25/10/2017 của Bộ Y tế.

ĐẶT LẠI KHỚP TRẬT CŨ KHỚP VAI

1. ĐẠI CƯƠNG

1. Trật cũ khớp vai là tình trạng trật khớp vai không được nắn kịp thời, thường sau ≥ 3 tuần, các cấu trúc phần mềm quanh khớp đã co rút và xơ hóa.
2. Trật cũ khớp vai gây đau kéo dài, biến dạng vai, hạn chế vận động nghiêm trọng và ảnh hưởng sinh hoạt người bệnh.
3. Đặt lại khớp trật cũ khớp vai nhằm phục hồi vị trí giải phẫu của chỏm xương cánh tay, cải thiện chức năng và giảm đau.

2. CHỈ ĐỊNH

- Trật cũ khớp vai kín.
- Thời gian trật từ vài tuần đến vài tháng.
- Người bệnh còn nhu cầu phục hồi chức năng khớp vai.
- Không có chống chỉ định phẫu thuật.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Trật khớp vai kèm gãy xương lớn vùng ổ chảo hoặc chỏm xương cánh tay.
- Trật khớp vai có tổn thương mạch máu, thần kinh chưa xử trí.
- Người bệnh cao tuổi, chức năng vai kém, không có nhu cầu phục hồi.

4. THẬN TRỌNG

- Cần đánh giá kỹ bằng X-quang, có thể kết hợp CT.
- Không cố nắn mạnh gây gãy xương hoặc tổn thương thần kinh.
- Thường cần gây mê hoặc gây tê đám rối thần kinh cánh tay.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình.

5.2. Nhân lực

- 01 bác sĩ chính.
- 01–02 người hỗ trợ.
- 01 bác sĩ gây mê (khi cần).

5.3. Phương tiện

- Thuốc gây mê hoặc gây tê vùng.
- Băng, đai cố định vai.
- Bột thạch cao hoặc đai treo tay.
- Phương tiện chụp X-quang kiểm tra.

5.4. Người bệnh

- Được khám lâm sàng, đánh giá vận động và cảm giác.
- Chụp X-quang xác định trật khớp vai cũ.
- Được giải thích kỹ về nguy cơ và khả năng thành công của thủ thuật.
- Nhịn ăn uống nếu có chỉ định gây mê.

5.5. Hồ sơ

- Hồ sơ bệnh án đầy đủ.
- Phiếu cam kết thủ thuật/phẫu thuật.
- Ghi rõ thời gian trật khớp và phương pháp đặt lại.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Tư thế

- Người bệnh nằm ngửa trên bàn thủ thuật.
- Vai bên tổn thương để lộ hoàn toàn.

6.2. Các bước tiến hành

- Gây mê toàn thân hoặc gây tê đám rối thần kinh cánh tay.
- Giải phóng dần các co rút phần mềm bằng:
 - + Kéo dọc trục cánh tay.
 - + Dạng vai từ từ.
 - + Xoay ngoài và xoay trong nhẹ nhàng.
- Dùng các nghiệm pháp nắn (Kocher cải tiến, Hippocrates cải tiến...) nhẹ nhàng, từ từ.
- Khi chỏm xương cánh tay vào ổ chảo:
 - + Vai tròn đều.
 - + Cử động thụ động cải thiện.

6.3. Cố định sau nắn

- Cố định vai bằng:
 - + Đai Desault, hoặc
 - + Đai treo tay + băng cố định cánh tay vào thân.
- Thời gian cố định kéo dài hơn trật khớp mới.

6.4. Thời gian cố định

- 4- 6 tuần, tùy mức độ tổn thương và tuổi người bệnh.
- Sau đó tập phục hồi chức năng vai có kiểm soát.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Đau tăng vùng vai.
- Tê bì, yếu tay (tổn thương thần kinh).

- Dấu hiệu trật tái phát.

7.2. Tai biến và xử trí

- Nắn không thành công:
 - + Chỉ định phẫu thuật mở đặt lại khớp.
- Gãy xương trong khi nắn:
 - + Cố định và xử trí theo tổn thương.
- Cứng khớp vai:
 - + Phục hồi chức năng sớm, đúng phác đồ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2017). Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên môn ngành Chấn thương chỉnh hình. Quyết định số 4790/QĐ-BYT ngày 25/10/2017 của Bộ Y tế

ĐẶT NẸP ĐÙI – CẰNG – BÀN CHÂN CHỐNG XOAY TRONG GỠ CỖ XƯƠNG ĐÙI

1. ĐẠI CƯƠNG

1. Gãy cổ xương đùi là gãy nội khớp, nguy cơ cao biến chứng khớp giả và tiêu chỏm xương đùi, đặc biệt ở người cao tuổi.
2. Đặt nẹp đùi - cẳng - bàn chân chống xoay là biện pháp cố định tạm thời hoặc hỗ trợ điều trị bảo tồn, nhằm hạn chế xoay ngoài chi dưới - tư thế thường gặp trong gãy cổ xương đùi.
3. Phương pháp này giúp giảm đau, giữ chi ở tư thế tương đối thuận lợi, tạo điều kiện chăm sóc và theo dõi người bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

- Gãy cổ xương đùi điều trị bảo tồn.
- Người cao tuổi, thể trạng yếu, không có chỉ định phẫu thuật.
- Gãy cổ xương đùi chờ phẫu thuật (cố định tạm thời).
- Gãy cổ xương đùi di lệch gây đau nhiều, chi xoay ngoài rõ.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối.
- Thận trọng ở người bệnh có loét, tổn thương da vùng đùi – cẳng – bàn chân.

4. THẬN TRỌNG

- Không chỉnh lực mạnh gây đau tăng.
- Đảm bảo nẹp không chèn ép mạch máu – thần kinh.
- Theo dõi sát tuần hoàn chi dưới.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ hoặc điều dưỡng được đào tạo kỹ thuật đặt nẹp.

5.2. Nhân lực

- 01 người thực hiện.
- 01 người hỗ trợ.

5.3. Phương tiện

- Nẹp đùi - cẳng - bàn chân chống xoay (nẹp gỗ, nẹp nhôm hoặc nẹp chuyên dụng).
- Băng lót, băng vải bản rộng.
- Gối hoặc vật chêm hỗ trợ.

5.4. Người bệnh

- Được thăm khám lâm sàng và chụp X-quang xác định gãy cổ xương đùi.

- Được giải thích mục đích và cảm giác khi đặt nẹp.
- Nằm ngửa trên giường phẳng.

5.5. Hồ sơ

- Ghi ngày giờ đặt nẹp.
- Tình trạng chi trước và sau đặt nẹp.
- Hướng xử trí tiếp theo (bảo tồn hoặc chờ phẫu thuật).

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Tư thế

- Người bệnh nằm ngửa.
- Chi dưới bên tổn thương duỗi thẳng.
- Bàn chân đặt ở tư thế trung gian, hạn chế xoay ngoài.

6.2. Các bước tiến hành

- Lót bông dọc theo chi dưới từ đùi đến bàn chân.
- Đặt nẹp:
 - + Dọc mặt ngoài hoặc mặt sau đùi – cẳng – bàn chân.
- Điều chỉnh chi:
 - + Giữ bàn chân thẳng trục, tránh xoay ngoài.
- Cố định nẹp bằng băng vải:
 - + Vùng đùi.
 - + Vùng gối.
 - + Vùng cẳng chân.
 - + Vùng cổ chân và bàn chân.
- Kiểm tra độ chắc, đảm bảo người bệnh đỡ đau.

6.3. Kiểm tra sau đặt nẹp

- Kiểm tra mạch mu chân, mạch chày sau.
- Kiểm tra màu sắc, nhiệt độ bàn chân.
- Đánh giá mức độ đau giảm.

6.4. Thời gian cố định

- Duy trì liên tục trong giai đoạn cấp hoặc cho đến khi:
 - + Chuyển sang bó bột, hoặc
 - + Phẫu thuật, hoặc
 - + Điều trị bảo tồn ổn định hơn.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Đau tăng, sưng nề chi dưới.

- Tê bì, lạnh bàn chân.
- Lồng nẹp gây xoay ngoài tái diễn.

7.2. Tai biến và xử trí

- Chèn ép chi:
 - + Nới lỏng băng cố định.
- Nẹp không hiệu quả:
 - + Điều chỉnh lại hoặc thay phương tiện cố định khác.
- Loét da:
 - + Đệm lót bổ sung, chăm sóc da.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2017). Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên môn ngành Chấn thương chỉnh hình. Quyết định số 4790/QĐ-BYT ngày 25/10/2017 của Bộ Y tế.

BẢNG CHỈNH HÌNH SỐ 8

1. ĐẠI CƯƠNG

Bảng chỉnh hình số 8 là kỹ thuật sử dụng băng vải hoặc đai chuyên dụng quấn quanh hai vai và bắt chéo sau lưng tạo hình chữ X. Nguyên lý dựa trên lực kéo từ băng giúp kéo nắn hai vai ra phía sau, uốn ngực, từ đó làm xương đòn được kéo dài ra theo trục giải phẫu. Mục đích chính là bất động tạm thời hoặc điều trị bảo tồn gãy xương đòn, giúp giảm đau, hạn chế di lệch thêm và tạo điều kiện cho xương tự liền.

2. CHỈ ĐỊNH

- Gãy xương đòn ít di lệch hoặc di lệch chùng đơn thuần.
- Gãy xương đòn ở trẻ em hoặc người già không có chỉ định phẫu thuật.
- Sơ cứu ban đầu gãy xương đòn trước khi chuyển viện.
- Một số chỉ định khác theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị do Bộ Y tế ban hành.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Gãy hở xương đòn (không được kéo nắn đầu xương gãy qua vết thương hở).
- Gãy xương đòn có biến chứng tổn thương mạch máu hoặc thần kinh vùng dưới đòn.
- Người bệnh đang trong tình trạng sốc chấn thương hoặc đa chấn thương nặng chưa ổn định.

4. THẬN TRỌNG

- Phải đệm lót thật tốt bằng bông mỡ hoặc vải mềm ở hai hố nách để tránh cọ xát gây đau hoặc loét da khi băng.
- Kiểm tra mạch và thần kinh chi trên ngay sau khi băng để tránh biến chứng chèn ép mạch máu, thần kinh.
- Theo dõi sát trong những ngày đầu để điều chỉnh độ căng của băng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Nhân lực trực tiếp:* 01 Bác sĩ chuyên khoa chấn thương.
- Nhân lực hỗ trợ:* 01 Kỹ thuật viên/Điều dưỡng phối hợp.

5.2. Thuốc

- Thuốc gây tê tại chỗ (Lidocaine 1% hoặc Xylocaine) dùng để phong bế ổ gãy nếu cần nắn chỉnh.
- Thuốc giảm đau (nếu cần).

5.3. Vật tư

- Băng đai số 8 phù hợp kích thước người bệnh hoặc 2-3 cuộn băng thun/băng vải khổ 15cm.

- Băng lót dày, gạc vô khuẩn.
- Dây rạch băng (để phòng ngừa).

5.4. Trang thiết bị

- Ghế tròn không tựa.

5.5. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Người bệnh được vệ sinh vùng ngực, lưng, hai bên nách.
- Cởi bỏ áo để bộc lộ rõ vùng vai và lưng trên.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại phòng thủ thuật hoặc tại buồng bệnh.

5.9. 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: Đúng tên tuổi, chẩn đoán và vị trí xương gãy đã được xác định qua X-quang.

b) *Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.*

c) *Đặt tư thế BN:* Người bệnh ngồi trên ghế tròn không có tựa, hai tay chống mông sườn, ưỡn ngực, mắt nhìn thẳng.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Vô cảm

- Tiêm thuốc tê vào ổ gãy, chờ 5-7 phút cho thuốc ngấm trước khi nắn chỉnh (nếu cần).

6.2. Bước 2: Nắn chỉnh

- Người thực hiện đứng phía sau, đặt đầu gối tỳ vào giữa hai bả vai người bệnh, hai tay cầm chắc vào vùng vai kéo nắn từ từ hai vai ra sau tối đa để chỉnh sửa di lệch.

6.3. Bước 3: Đệm lót

- Đặt bông lót hoặc gạc dày vào hai hố nách người bệnh để tránh loét điểm tỳ.

6.4. Bước 4: Băng bó

- Dùng băng cuộn quấn theo hình số 8 qua hai vai, điểm giao nhau hình dấu X nằm ở giữa lưng.
- Đảm bảo vòng băng đủ chặt để giữ vai ở tư thế ưỡn tối đa nhưng không gây tê tay. Quấn nhiều lớp để đủ độ vững.

6.5. Kết thúc quy trình

- *Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:* Đánh giá lại tình trạng mạch ngoại vi (mạch quay), màu sắc da, nhiệt độ, cảm giác và vận động các ngón tay.
- *Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.*
- *Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo:* Dẫn dò người bệnh và người nhà lịch tái khám (thường sau 7-10 ngày để kiểm tra độ căng của băng) và các dấu hiệu cần báo lại ngay.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- *Choáng, ngất do đau:* Tạm dừng, cho người bệnh nằm đầu thấp, dùng thuốc trợ tim nếu cần.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- *Chèn ép mạch máu, thần kinh:* Người bệnh tê tay, tím tái đầu ngón, mất mạch quay. Xử trí: Nới lỏng hoặc **rạch bỏ băng ngay lập tức**.
- *Loét da hở nách:* Do đệm lót không tốt. Xử trí: Thay băng, bổ sung đệm lót và vệ sinh da, chăm sóc vết loét.
- *Di lệch xương lại:* Do băng lỏng hoặc cố định không tốt. Xử trí: Chụp X-quang kiểm tra và băng lại hoặc chuyển phương pháp điều trị khác.

7.3. Biến chứng muộn

- Thường không có biến chứng muộn đặc thù nếu kỹ thuật được thực hiện đúng và theo dõi tốt. Cần theo dõi quá trình liền xương qua lâm sàng và X-quang.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

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

CẮT CHỈ THÉP

1. ĐẠI CƯƠNG

1. Cắt chỉ thép là thủ thuật loại bỏ vật liệu cố định bằng dây thép đã được sử dụng trong điều trị gãy xương, trật khớp hoặc sau phẫu thuật.
2. Thủ thuật thường được thực hiện khi xương đã liền vững hoặc khi chỉ thép gây kích thích, đau, nhiễm trùng phần mềm.
3. Đây là thủ thuật ngoại khoa nhỏ, có thể thực hiện tại phòng thủ thuật trong điều kiện vô khuẩn.

2. CHỈ ĐỊNH

- Xương đã liền vững, không còn cần cố định bằng chỉ thép.
- Chỉ thép gây đau, cộm, kích thích phần mềm.
- Nhiễm trùng quanh chỉ thép.
- Chỉ thép lộ ra ngoài da.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Xương chưa liền hoặc còn nguy cơ di lệch.
- Tình trạng toàn thân người bệnh không cho phép làm thủ thuật.
- Rối loạn đông máu chưa được kiểm soát.

4. THẬN TRỌNG

- Đánh giá kỹ tình trạng liền xương bằng X-quang.
- Tránh làm tổn thương mạch máu, thần kinh lân cận.
- Đảm bảo vô khuẩn tuyệt đối.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình.

5.2. Nhân lực

- 01 bác sĩ chính.
- 01 điều dưỡng phụ.

5.3. Phương tiện

- Kìm cắt chỉ thép chuyên dụng.
- Dao mổ, kẹp phẫu tích.
- Thuốc gây tê tại chỗ.
- Băng, gạc, dung dịch sát khuẩn.
- Phương tiện băng ép.

5.4. Người bệnh

- Được thăm khám, chụp X-quang kiểm tra liên xương.
- Được giải thích mục đích và các nguy cơ có thể xảy ra.
- Nằm hoặc ngồi tư thế thuận lợi cho thủ thuật.

5.5. Hồ sơ

- Ghi ngày giờ cắt chỉ thép.
- Vị trí và số lượng chỉ thép được cắt.
- Tình trạng sau thủ thuật.

6. TIỀN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Tư thế

- Tùy vị trí chỉ thép (chi trên, chi dưới, xương đòn, xương bánh chè...).
- Bộc lộ rõ vùng cần cắt.

6.2. Các bước tiến hành

- Sát khuẩn rộng vùng thủ thuật, trải khăn vô khuẩn.
- Gây tê tại chỗ.
- Rạch da nhỏ tại vị trí đầu chỉ thép (nếu chưa lộ).
- Dùng kim kẹp và kéo đầu chỉ thép ra ngoài.
- Dùng kim chuyên dụng cắt bỏ chỉ thép.
- Lấy hết phần chỉ thép cần loại bỏ.
- Cầm máu, rửa sạch vết thương.
- Băng vô khuẩn.

6.3. Kiểm tra sau cắt

- Kiểm tra chảy máu.
- Kiểm tra đau và vận động vùng liên quan.
- Chụp X-quang kiểm tra khi cần.

6.4. Chăm sóc sau thủ thuật

- Giữ khô sạch vết thương.
- Thay băng theo chỉ định.
- Cắt chỉ da sau 7–10 ngày (nếu có khô da).
- Tập vận động sớm theo khả năng.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Đau, sưng, chảy dịch vết thương.
- Dấu hiệu nhiễm trùng.

7.2. Tai biến và xử trí

- Chảy máu:

- + Băng ép, khâu cầm máu nếu cần.
- Nhiễm trùng:
 - + Kháng sinh và chăm sóc vết thương.
- Không lấy hết chỉ thép:
 - + Đánh giá lại, can thiệp bổ sung.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2017). Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên môn ngành Chấn thương chỉnh hình. Quyết định số 4790/QĐ-BYT ngày 25/10/2017 của Bộ Y tế.

CẮT LỘC HẠT TÔ PHI VỠ

1. ĐẠI CƯƠNG

Cắt lọc hạt tô phi vỡ là kỹ thuật ngoại khoa nhằm loại bỏ các tinh thể muối urat, dịch mủ và tổ chức hoại tử từ ổ loét do hạt tô phi (biểu hiện của bệnh Gout mạn tính) bị vỡ gây ra. Nguyên lý dựa trên việc làm sạch triệt để ổ tổn thương, loại bỏ các yếu tố gây viêm và nhiễm trùng. Mục đích của kỹ thuật là ngăn chặn nhiễm trùng lan rộng vào xương khớp, giảm đau và tạo điều kiện thuận lợi cho quá trình liền vết thương.

2. CHỈ ĐỊNH

- Hạt tô phi bị vỡ, rò dịch phần trắng kéo dài không tự liền.
- Hạt tô phi bị vỡ kèm theo tình trạng nhiễm trùng tại chỗ (sưng, nóng, đỏ, đau, chảy mủ).
- Vết loét do hạt tô phi vỡ gây hoại tử da và tổ chức phần mềm lân cận.
- Một số chỉ định khác theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị do Bộ Y tế ban hành.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tình trạng toàn thân của người bệnh quá nặng, đang trong giai đoạn sốc hoặc suy đa tạng.
- Người bệnh có rối loạn đông máu nặng chưa được kiểm soát.
- Tình trạng bệnh Gout cấp tính đang tiến triển rầm rộ (cần điều trị nội khoa ổn định trước khi can thiệp).

4. THẬN TRỌNG

- Cần thận trọng khi phẫu tích để bảo vệ các cấu trúc mạch máu lớn và thần kinh ngoại vi nằm ngay sát hạt tô phi.
- Thận trọng với các phản ứng sốc do đau hoặc phản ứng với thuốc tê, thuốc giảm đau.
- Đảm bảo cắt lọc đến tổ chức lành có máu chảy để tránh tái phát và tạo nền tốt cho vết thương liền.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

a) *Nhân lực trực tiếp*: 01 Bác sĩ chuyên khoa ngoại/Chấn thương chỉnh hình.

b) *Nhân lực hỗ trợ* : 02 Điều dưỡng (01 vô trùng, 01 hữu trùng hỗ trợ).

5.2. Thuốc

- *Dung dịch sát khuẩn*: PVP Iodine 10%, oxy già, nước muối sinh lý 0,9%.
- *Thuốc tê*: Lidocain 1-2%.
- *Kháng sinh dự phòng* theo y lệnh.
- Thuốc giảm đau .

5.3. Vật tư

- Bộ dụng cụ cắt lọc vô khuẩn (dao mổ, kéo, pince, thìa nạo - curette).
- Găng tay vô trùng, bông, băng, gạc, ống dẫn lưu (nếu cần).

5.4. Trang thiết bị

- Bàn thủ thuật, đèn mổ.
- Máy hút dịch mủ (nếu cần).

5.5. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng: Được giải thích rõ về mục đích thủ thuật và các tai biến có thể xảy ra.
- Vệ sinh sạch sẽ vùng can thiệp.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại phòng mổ thuộc khoa Gây mê hồi sức hoặc phòng thủ thuật vô khuẩn.

5.9. Kiểm tra hồ sơ

- 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: Đảm bảo đúng người bệnh, đúng chẩn đoán và đúng vị trí hạt tô phi cần xử lý.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.*
- Đặt tư thế BN:* Đặt tư thế người bệnh nằm ngửa hoặc nằm nghiêng thuận lợi nhất để bộc lộ vết thương.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Vô cảm

- Gây tê tại chỗ vùng quanh hạt tô phi bằng Lidocain hoặc gây tê vùng nếu tổn thương rộng.

6.2. Bước 2: Sát khuẩn và trải băng

- Sát trùng rộng vùng mổ bằng dung dịch Betadin 10% và cồn 70 độ.
- Trải băng vô khuẩn.

6.3. Bước 3: Mở rộng ổ loét

- Dùng dao mổ rạch mở rộng vết loét hiện có để tiếp cận toàn bộ khối hạt tô phi bên dưới.

6.4. Bước 4: Loại bỏ chất urat và mủ

- Dùng thìa nạo (curette) lấy sạch các tinh thể muối urat dạng phân trắng.
- Hút sạch dịch mủ ứ đọng.

6.5. Bước 5: Cắt lọc tổ chức hoại tử

- Dùng kéo phẫu tích cắt bỏ các tổ chức da, cân, gân bị hoại tử, mủn nát cho đến tận tổ chức lành có máu rỉ ra.

6.6. Bước 6: Bơm rửa

- Bơm rửa kỹ vết thương nhiều lần bằng nước muối sinh lý và oxy già để đẩy sạch các tinh thể urat còn sót lại trong các góc ngách.

6.7. Bước 7: Cầm máu và dẫn lưu

- Cầm máu kỹ diện bóc tách bằng cách đốt điện hoặc khâu buộc.
- Đặt dẫn lưu nếu vết thương sâu, có nhiều góc ngách hoặc nguy cơ tụ dịch cao.

6.8. Bước 8: Đóng vết mổ

- Khâu da thừa hoặc để hở hoàn toàn để dẫn lưu tự nhiên tùy thuộc vào mức độ nhiễm trùng và tình trạng vết thương.
- Băng vết thương bằng gạc vô khuẩn.

6.9. Bước cuối cùng: 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: Bàn giao theo dõi hậu phẫu.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- *Choáng, ngất:* Do đau hoặc phản ứng thuốc tê. Xử trí: Cho nằm đầu thấp, thở oxy, dùng thuốc trợ tim/chống sốc nếu cần.
- *Chảy máu:* Cầm máu bằng đốt điện hoặc khâu buộc mạch máu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- *Nhiễm trùng tiến triển:* Vết thương sưng đỏ, đau tăng, chảy mủ. Xử trí: Thay băng hàng ngày, dùng kháng sinh theo kháng sinh đồ.
- *Hoại tử thêm tổ chức:* Tiếp tục cắt lọc bỏ sung ở những lần thay băng sau.
- *Chậm liền vết thương:* Do nền tổ chức hạt xấu hoặc nồng độ acid uric máu vẫn cao. Xử trí: Tiếp tục điều trị nội khoa kiểm soát Gout và chăm sóc vết thương tích cực.

7.3. Biến chứng muộn

- *Tái phát hạt tophi* tại cùng vị trí nếu bệnh Gout không được kiểm soát tốt. Cần nhấn mạnh việc tuân thủ điều trị nội khoa lâu dài.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2014). Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật Ngoại khoa chuyên khoa Phẫu thuật Chấn thương chỉnh hình, Phẫu thuật Cột sống. Quyết định số 198/QĐ-BYT ngày 16/01/2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

CHÍCH RẠCH, DẪN LƯU Ổ ÁP XE

1. ĐẠI CƯƠNG

Chích rạch, dẫn lưu ổ áp xe là thủ thuật ngoại khoa nhằm mở ổ mủ, dẫn lưu mủ và loại bỏ tổ chức hoại tử trong ổ áp xe. Nguyên lý của kỹ thuật là tạo đường thoát thích hợp để dẫn lưu triệt để mủ, giảm áp lực, kiểm soát nhiễm trùng và tạo điều kiện cho tổ chức lành phục hồi. Mục đích là điều trị nhiễm trùng tại chỗ, ngăn ngừa lan rộng và biến chứng toàn thân.

2. CHỈ ĐỊNH

Ổ áp xe nông dưới da đã hóa mủ, có biểu hiện sưng, nóng, đỏ, đau.

Áp xe gây đau nhiều, sốt hoặc ảnh hưởng chức năng vùng tổn thương.

Áp xe không đáp ứng với điều trị nội khoa đơn thuần.

Một số chỉ định khác theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị do Bộ Y tế ban hành.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Tình trạng toàn thân nặng chưa ổn định.

Rối loạn đông máu nặng chưa được điều chỉnh.

Áp xe sâu hoặc áp xe đặc biệt cần can thiệp phẫu thuật chuyên khoa.

4. THẬN TRỌNG

Áp xe nằm gần bó mạch thần kinh hoặc cơ quan quan trọng.

Người bệnh có bệnh lý nền như đái tháo đường, suy giảm miễn dịch.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

a) Nhân lực trực tiếp: 01 Bác sĩ thực hiện thủ thuật, 01 Điều dưỡng dụng cụ.

b) Nhân lực hỗ trợ: Điều dưỡng chăm sóc.

5.2. Thuốc

Thuốc gây tê tại chỗ: Lidocain 1% hoặc tương đương.

Dung dịch sát khuẩn: Povidone Iodine 10%, Chlorhexidine.

Dung dịch rửa: Natri clorid 0,9%.

Kháng sinh điều trị theo chỉ định.

5.3. Vật tư

Bộ dụng cụ tiểu phẫu vô khuẩn.

Dao mổ, kéo, pince phẫu tích.

Gạc vô khuẩn, băng cuộn.

Dẫn lưu cao su hoặc dẫn lưu phù hợp.

5.4. Trang thiết bị

Bàn thủ thuật.

Đèn thủ thuật.

Máy hút dịch (nếu có).

5.5. Người bệnh

Bác sĩ giải thích cho người bệnh/người nhà về mục đích, quy trình, nguy cơ và chăm sóc sau thủ thuật.

Chuẩn bị người bệnh: vệ sinh vùng tổn thương, đánh giá tình trạng toàn thân.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại phòng thủ thuật hoặc buồng bệnh đủ điều kiện vô khuẩn.

5.9. Kiểm tra hồ sơ

a) Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí ổ áp xe.

b) Thực hiện bảng kiểm an toàn thủ thuật.

c) Đặt tư thế người bệnh phù hợp với vị trí ổ áp xe.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Vô cảm và sát khuẩn

Gây tê tại chỗ. Sát khuẩn rộng vùng tổn thương và trải khăn vô khuẩn.

6.2. Bước 2: Chích rạch ổ áp xe

Rạch da tại điểm nông nhất của ổ áp xe theo đường thuận lợi cho dẫn lưu.

6.3. Bước 3: Dẫn lưu và làm sạch

Ép nặn mủ, lấy bỏ toàn bộ mủ trong ổ áp xe.

Dùng kẹp phá vách ngăn nếu ổ áp xe nhiều ngăn.

Rửa sạch ổ áp xe bằng dung dịch Natri clorid 0,9%.

6.4. Bước 4: Đặt dẫn lưu

Đặt dẫn lưu phù hợp để đảm bảo thoát mủ liên tục.

6.5. Bước 5: Băng bó

Đặt gạc vô khuẩn và băng cố định.

6.6. Bước 6: Kết thúc quy trình

Đánh giá tình trạng người bệnh sau thủ thuật.

Hoàn thiện hồ sơ bệnh án.

Hướng dẫn theo dõi, thay băng và tái khám.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

Chảy máu: Cầm máu bằng ép hoặc khâu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

Nhiễm trùng lan rộng: Điều chỉnh kháng sinh, dẫn lưu lại nếu cần.

Đau, phù nề: Điều trị giảm đau.

7.3. Biến chứng muộn

Tái phát áp xe.

Sẹo xấu tại vị trí rạch.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2014). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa. Quyết định số 3771/QĐ-BYT của Bộ Y tế.

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 máu, bông băng gạc...).
- + Kim tiêm 23G
- + Bơm tiêm nhựa 3 – 5 ml (loại dùng 1 lần)
- + Bông cotton 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 sẵn
 - + 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 trí 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.
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 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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

4. Bộ Y tế, Quy trình kỹ thuật bệnh viện

5. Trần Ngọc Ân. Bệnh thấp khớp học 1999 NXBYH. pp. 327-334

6. Canoso Juan J. Regional pain syndromes Diagnosis and Management
American College of Rheumatology 2005

4. Mark steele, Tenosynovitis. Medicine 2005 .p.p 1-14

QUY TRÌNH TIÊM KHỚP HÁNG

I. Đại cương:

Khớp háng là một khớp nằm ở sâu, tổn thương rất đa dạng. Tùy theo nguyên nhân

tổn thương mà có thể áp dụng các biện pháp điều trị khác nhau, trong đó có tiêm nội khớp háng.

II. Chỉ định:

Trong các trường hợp có bệnh kèm theo dưới đây mà tổn thương khớp háng đáp ứng kém hiệu quả dù đã dùng điều trị thuốc toàn thân đúng phác đồ, đúng liều

lượng:

- Thoái hoá khớp háng.
- Viêm khớp dạng thấp có tổn thương khớp háng.
- 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 háng dai dẳng.
- Một số bệnh hệ thống có tổn thương khớp háng dai dẳng.

III. Chống chỉ định:

- Viêm khớp háng nhiễm khuẩn: viêm khớp mủ, lao khớp...
- Tổn thương khớp háng do bệnh lý thần kinh, bệnh máu.
- Nhiễm khuẩn ngoài da vùng quanh khớp háng, nhiễm nấm... khi tiêm có nguy cơ đưa vi khuẩn, nấm vào trong khớp háng.
- 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 máu, bông băng gạc...).
 - + Kim tiêm 22G
 - + 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, chân duỗi thẳng và xoay ra ngoài

- Y tá:

+ Chuẩn bị thuốc tiêm: Hydrocortison acetat (Nồng độ 1ml = 25mg); Depo-Medrol (Methyl prednisolon acetat, nồng độ 1ml = 40mg) hoặc Diprosan (1ml

=

5mg Betamethasone dipropionate + 2mg Betamethasone sodium phosphate).

+ Sát trùng vị trí tiêm, trải sẵn .

+ 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 trí 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 ở vị trí phía dưới gai chậu trước trên 2 cm và phía ngoài của chỗ bắt được động mạch đùi 3cm, chọc kim hướng vào phía sau trong, tạo với mặt da một góc 60 độ. Tùy thể trạng người bệnh béo gầy mà có thể đâm kim sâu từ 3-4 cm cho tới khi tiếp xúc với cổ xương đùi. Hút pitton ra nếu không có máu hoặc có ít dịch khớp thì bơm thuốc vào, tiêm nhẹ tay là được.

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 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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Quy trình kỹ thuật bệnh viện

2. Trần Ngọc Ân. Bệnh thấp khớp học 1999 NXBYH. pp. 327-334

3. Canoso Juan J. Regional pain syndromes Diagnosis and Management

American College of Rheumatology 2005

4. Mark steele, Tenosynovitis. Medicine 2005 .p.p 1-14

QUY TRÌNH TIÊM KHỚP CỔ CHÂN

I. Đại cương:

Tiêm khớp cổ chân tay là một kỹ thuật đưa thuốc vào khớp đốt ngón cổ chân 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 cổ chân đáp ứng kém hiệu quả dù đã dùng điều trị thuốc toàn thân đúng phác đồ, đúng liều lượng:

- Thoái hoá khớp cổ chân.
- 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 cổ chân dai dẳng.
- Viêm khớp cổ chân sau chấn thương (không có tràn máu khớp do chấn thương).
- Bệnh gút và bệnh giả gút khác có tổn thương khớp cổ chân.
- Một số bệnh hệ thống có tổn thương khớp cổ chân dai dẳng.

III. Chống chỉ định:

- Viêm khớp cổ chân nhiễm khuẩn: viêm khớp mủ, lao khớp.
- Tổn thương khớp cổ chân do bệnh lý thần kinh, bệnh máu.
- Nhiễm khuẩn ngoài da vùng quanh khớp cổ chân, nhiễm nấm... khi tiêm có nguy cơ đưa vi khuẩn, nấm vào trong khớp cổ chân.
- 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 máu, 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 ngồi ở trên giường, khớp gối gấp, bàn chân duỗi

thẳng hoặc người bệnh nằm ngửa ở trên giường.

- 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 sẵn

+ 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 trí 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 ở đường nối hai điểm mắt cá trong và mắt cá ngoài, giữa các gân cẳng chân trước và gân duỗi chung, hướng kim chếch xuống dưới và vào trong. Độ sâu kim khoảng từ 1,5-2cm, hút thử pitton ra không thấy có máu thì tiêm thuốc vào nhẹ tay là được.

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 khởi 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 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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

4. Bộ Y tế, Quy trình kỹ thuật bệnh viện

5. Trần Ngọc Ân. Bệnh thấp khớp học 1999 NXBYH. pp. 327-334

6. Canoso Juan J. Regional pain syndromes Diagnosis and Management
American College of Rheumatology 2005

7. Wise, CM (2009), Aspiration and injection of joints in soft tissue. In:
Textbook of Rheumatology, 8th Edition, Firestein, G, Budd, R, Harris, T, et al.
(Eds), WB Saunders, Philadelphia 2009. p.721

8. Mark steele, Tenosynovitis. Medicine 2005 .p.p 1-14.

QUY TRÌNH TIÊM KHỚP BÀN NGÓN CHÂN

I. Đại cương:

Tiêm khớp bàn ngón chân là một kỹ thuật đưa thuốc vào khớp bàn ngón chân 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 bàn ngón chân đáp ứng kém hiệu quả dù đã dùng điều trị thuốc toàn thân đúng phác đồ, đúng liều lượng:

- Thoái hoá khớp bàn ngón chân.
- 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 bàn ngón chân dai dẳng.
- Bệnh gút và bệnh giả gút khác có tổn thương khớp bàn ngón chân.
- Một số bệnh hệ thống có tổn thương khớp bàn ngón chân dai dẳng.

III. Chống chỉ định:

- Viêm khớp bàn ngón chân nhiễm khuẩn: viêm khớp mủ, lao khớp.
- Tổn thương khớp bàn ngón chân do bệnh lý thần kinh, bệnh máu.
- Nhiễm khuẩn ngoài da vùng quanh khớp bàn ngón chân, nhiễm nấm... khi tiêm có nguy cơ đưa vi khuẩn, nấm vào trong khớp bàn ngón chân.
- 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 máu, bông băng gạc...).

+ Kim tiêm 26G

+ 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 ngồi ở trên giường, khớp gối gấp, bàn chân duỗi thẳng.

- Y tá:

+ Chuẩn bị thuốc tiêm: Hydrocortison acetat (Nồng độ 1ml = 25mg); Depo-

Medrol (Methyl prednisolon acetat, nồng độ 1ml = 40mg) hoặc Diprosan (1ml

=

5mg Betamethasone dipropionate + 2mg Betamethasone sodium phosphate).

+ Sát trùng vị trí tiêm, trải sẵn

+ 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 trí 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 thẳng góc với mặt da vào khớp bàn ngón chân từ phía mu bàn chân. Hút thử pitton ra không thấy có máu thì tiêm thuốc vào nhẹ tay là được.

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 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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Quy trình kỹ thuật bệnh viện
2. Trần Ngọc Ân. Bệnh thấp khớp học 1999 NXBYH. pp. 327-334
3. Canoso Juan J. Regional pain syndromes Diagnosis and Management American College of Rheumatology 2005

QUY TRÌNH TIÊM KHỚP CỔ TAY

I. Đại cương: Tiêm khớp cổ tay là một kỹ thuật đưa thuốc vào khớp cổ 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 cổ 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 cổ tay.

- Viêm khớp cổ tay sau chấn thương (không có tràn máu khớp do chấn thương).

- Bệnh gút và bệnh giả gút khác có tổn thương khớp cổ tay.

- Một số bệnh hệ thống có tổn thương khớp cổ tay dai dẳng.

III. Chống chỉ định:

- Viêm khớp cổ tay nhiễm khuẩn: viêm khớp mủ, lao khớp.

- Tổn thương khớp cổ tay do bệnh lý thần kinh, bệnh máu.

- Nhiễm khuẩn ngoài da vùng quanh khớp cổ tay, nhiễm nấm... khi tiêm có nguy cơ đưa vi khuẩn, nấm vào trong khớp cổ 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 máu, bông băng gạc...).

+ Kim tiêm 26G

+ Bơm tiêm nhựa 3 – 5 ml (loại dùng 1 lần)

+ Bông cotton 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 hoặc nằm ngửa với khớp cổ tay gấp nhẹ về

phía gan bàn tay.

- 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, rửa sạch

+ 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 trí 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 thẳng góc với mặt da vào khớp cổ tay từ phía mặt mu tay, vị trí đâm kim nằm ở trên đường thẳng nối mỏm trâm trụ và mỏm trâm

quay, cách mỏm trâm quay khoảng 1cm, trong vùng giữa xương quay, xương thuyền

và xương bán nguyệt, tránh đâm kim vào gân vùng khớp cổ tay. Hút thử pitton ra

không thấy có máu thì tiêm thuốc vào nhẹ tay là được.

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 khởi 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 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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Quy trình kỹ thuật bệnh viện
2. Trần Ngọc Ân. Bệnh thấp khớp học 1999 NXBYH. pp. 327-334
3. Canoso Juan J. Regional pain syndromes Diagnosis and Management American College of Rheumatology 2005
4. Wise, CM (2009), Aspiration and injection of joints in soft tissue. In: Textbook of Rheumatology, 8th Edition, Firestein, G, Budd, R, Harris, T, et al. (Eds), WB Saunders, Philadelphia 2009. p.721
5. Mark steele, Tenosynovitis. Medicine 2005 .p.p 1-14.

QUY TRÌNH TIÊM KHỚP BÀN NGÓN TAY

I. Đại cương: Tiêm khớp bàn ngón tay là một kỹ thuật đưa thuốc vào khớp đốt bàn ngón 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 bàn ngón 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.
- 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 bàn ngón tay dai dẳng.
- Bệnh gút và bệnh giả gút khác có tổn thương khớp bàn ngón tay.
- Một số bệnh hệ thống có tổn thương khớp bàn ngón tay dai dẳng.

III. Chống chỉ định:

- Viêm khớp bàn ngón tay nhiễm khuẩn: viêm khớp mủ, lao khớp.
- Tổn thương khớp bàn ngón tay do bệnh lý thần kinh, bệnh máu.
- Nhiễm khuẩn ngoài da vùng quanh khớp bàn ngón tay, nhiễm nấm... khi tiêm có nguy cơ đưa vi khuẩn, nấm vào trong khớp.
- 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 máu, bông băng gạc...).

+ Kim tiêm 26G

+ 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 ngồi, đặt bàn tay có khớp tiêm lên mặt bàn, khớp bàn ngón gấp nhẹ để khe khớp được rộng nhất.

- 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 sẵn

+ 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 chỉ 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 : tiêm khớp ở mặt mu tay, đâm kim vào khe khớp bàn ngón vị trí cạnh gân duỗi ngón. Hút thử pitton ra không thấy có máu thì tiêm thuốc vào nhẹ tay là được.

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 khởi 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 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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Quy trình kỹ thuật bệnh viện
2. Trần Ngọc Ân. Bệnh thấp khớp học 1999 NXBYH. pp. 327-334
3. Canoso Juan J. Regional pain syndromes Diagnosis and Management American College of Rheumatology 2005
4. Wise, CM (2009), Aspiration and injection of joints in soft tissue. In: Textbook of Rheumatology, 8th Edition, Firestein, G, Budd, R, Harris, T, et al. (Eds), WB Saunders, Philadelphia 2009. p.721
5. Mark steele, Tenosynovitis. Medicine 2005 .p.p 1-14.

QUY TRÌNH TIÊM KHỚP ĐỐT NGÓN TAY

I. Đại cương:

Tiêm khớp đốt ngón tay là một kỹ thuật đưa thuốc vào khớp đốt ngón gần hoặc

đốt ngón xa ngón 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 đốt ngón tay đáp ứng kém hiệu quả dù đã dùng điều trị thuốc toàn thân đúng phác đồ, đúng liều lượng:

- Thoái hoá khớp đốt ngón tay.

- Viêm khớp dạng thấp có tổn thương khớp.

- Một số bệnh hệ thống có tổn thương khớp đốt ngón tay dai dẳng.

- 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 đốt ngón tay dai dẳng.

- Viêm khớp đốt ngón tay sau chấn thương (không có tràn máu khớp do chấn thương).

- Bệnh gút và bệnh giả gút khác có tổn thương khớp đốt ngón tay.

III. Chống chỉ định:

- Viêm khớp đốt ngón tay nhiễm khuẩn: viêm khớp mủ, lao khớp.

- Tổn thương khớp đốt ngón tay do bệnh lý thần kinh, bệnh máu.

- Nhiễm khuẩn ngoài da vùng quanh khớp đốt ngón tay, nhiễm nấm... khi tiêm có nguy cơ đưa vi khuẩn, nấm vào trong khớp đốt ngón 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 máu, bông băng gạc...).

+ Kim tiêm 26G

+ 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 ngồi, đặt bàn tay có khớp tiêm lên mặt bàn, khớp đốt ngón gấp nhẹ để khe khớp được rộng nhất.

- Y tá:

+ Chuẩn bị thuốc tiêm: Hydrocortison acetat (Nồng độ 1ml = 25mg); Depo-Medrol (Methyl prednisolon acetat, nồng độ 1ml = 40mg) hoặc Diprosan (1ml

=

5mg Betamethasone dipropionate + 2mg Betamethasone sodium phosphate).

+ Sát trùng vị trí tiêm.

+ 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 trí 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: tiêm khớp ở mặt mu tay, đâm kim vào khe khớp đốt ngón

cạnh gân duỗi ngón. Hút thử ra không thấy có máu thì tiêm thuốc vào nhẹ tay là được.

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 khởi 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 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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Quy trình kỹ thuật bệnh viện
2. Trần Ngọc Ân. Bệnh thấp khớp học 1999 NXBYH. pp. 327-334
189
3. Canoso Juan J. Regional pain syndromes Diagnosis and Management
American College of Rheumatology 2005
4. Mark steele, Tenosynovitis. Medicine 2005 .p.p 1-14

QUY TRÌNH TIÊM KHỚP KHUYẸ 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 máu, bông băng gạc...).

+ Kim tiêm 23G

+ Bơm tiêm nhựa 3 – 5 ml (loại dùng 1 lần)

+ Bông cotton 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, khuỷu 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 Diprosan (1ml

=

5mg Betamethasone dipropionate + 2mg Betamethasone sodium phosphate).

+ Sát trùng vị trí tiêm, trải sẵn

+ 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 trí 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

chéch 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.

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 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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Quy trình kỹ thuật bệnh viện

2. Trần Ngọc Ân. Bệnh thấp khớp học 1999 NXBYH. pp. 327-334

3. Canoso Juan J. Regional pain syndromes Diagnosis and Management

American College of Rheumatology 2005

193

4. Mark steele, Tenosynovitis. Medicine 2005 .p.p 1-14

QUY TRÌNH TIÊM KHỚP VAI (ĐƯỜNG PHÍA SAU)

I. ĐẠI CƯƠNG

nhỏ -Tiêm khớp vai hay còn gọi là khớp ổ chảo cánh tay là một liệu pháp dùng kim đưa thuốc vào ổ khớp để điều trị tại chỗ một số bệnh khớp. Để tiêm khớp vai có thể đi theo 2 đường (đường phía trước và đường phía sau).

II. CHỈ ĐỊNH

Thoái - Viêm màng hoạt dịch khớp vai không đặc hiệu trong một số bệnh lý sau: hoá khớp; viêm khớp dạng thấp; 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 ...); viêm khớp sau chấn thương (không có tràn máu khớp do chấn thương); bệnh

gút và bệnh giả gút khác.

- Viêm quanh khớp vai thể đông cứng (do co thắt bao khớp)

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

Không được áp dụng tiêm khớp cho các trường hợp: Viêm khớp nhiễm khuẩn (viêm khớp mủ, lao khớp), u xương khớp (lành tính và ác tính), tổn thương khớp do bệnh lý thần kinh, bệnh máu, nhiễm khuẩn ngoài da vùng tiêm khớp. Thận trọng chỉ định tiêm khớp đối với người bệnh có tiền sử đái tháo đường, tăng huyết áp (cần được kiểm soát tốt trước và sau khi tiến hành thủ thuật), bệnh máu, nhiễm nấm, suy giảm miễn dịch (HIV)

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 trùng.

- Hộp thuốc chống sốc theo quy định.

- Hộp đựng dụng cụ vô trùng (xăng có lỗ, kẹp có mẫu, bông băng gạc...).

- Kim tiêm 25G – 5/10mm.

- 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); Depo-Medrol

(Methylprednisolon acetat, nồng độ 1ml = 40mg) hoặc Diprosan (1ml = 5mg Betamethasone dipropionate + 2mg Betamethasone sodium phosphate).

3. 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

- Theo mẫu quy định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Thực hiện tại phòng thủ thuật xương khớp vô khuẩn theo quy định

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án hoặc đơn về chỉ định, chống chỉ định

2. Các bước

- Xác định vị trí tiêm

Người bệnh ngồi, cánh tay dạng. Điểm tiêm là chỗ giao điểm của đường dọc dưới 2cm phía trong của bờ ngoài mỏm cùng vai và đường ngang 2cm tính từ bờ dưới mỏm cùng vai ở phía ngoài. Hướng kim vuông góc mặt da cho đến khi tiếp xúc với chỏm xương. Tiêm khớp vai đường phía sau cánh tay. Kéo nhẹ pittong ra, nếu không có máu, hoặc hút được dịch không viêm (trong và nhớt) thì tiêm thuốc vào trong khớp.

3. Chăm sóc người bệnh ngay sau tiêm

- Băng chỗ tiêm, hướng dẫn người bệnh vận động thụ động khớp vai tiêm 3

lần

- Dặn BN giữ sạch và không để ướt vị trí tiêm trong 24giờ.

- Sau 24 h mới bỏ băng dính, có thể rửa nước bình thường vào chỗ tiêm

- Tái khám nếu thấy chảy dịch hoặc viêm tấy tại vị trí tiêm

VI. THEO DÕI

- Chỉ số theo dõi: mạch, HA, tình trạng chảy máu tại chỗ, tình trạng viêm trong

24h

- Theo dõi các tai biến và tác dụng phụ có thể xảy ra sau 24 h

- Theo dõi hiệu quả điều trị

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Biến chứng hiếm gặp: tai biến do BN quá sợ hãi- biểu hiện kích thích hệ phó giao cảm: BN 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.

- Đau tăng sau khi tiêm 12-24 giờ: do phản ứng viêm màng hoạt dịch với corticoid, thường khỏi sau một ngày, không phải can thiệp, có thể bổ sung giảm đau paracetamol.

- Nhiễm khuẩn khớp, phần mềm quanh khớp do thủ thuật tiêm (viêm mủ):

biểu

hiện bằng sốt, sưng đau tại chỗ, tràn dịch; hút dịch khớp, làm XN và điều trị kháng

sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Quy trình kỹ thuật bệnh viện
2. Trần Ngọc Ân. Bệnh thấp khớp học 1999 NXBYH. pp. 327-334
3. Canoso Juan J. Regional pain syndromes Diagnosis and Management American College of Rheumatology 2005
4. Wise, CM , Aspiration and injection of joints in soft tissue. In: Textbook of Rheumatology, 8th Edition, Firestein, G, Budd, R, Harris, T, et al. (Eds), WB Saunders, Philadelphia 2009. p.721
5. Mark steele, Tenosynovitis. Medicine 2005 .p.p 1-14

QUY TRÌNH TIÊM KHỚP ỨC ĐÒN

I. ĐẠI CƯƠNG

Khớp ỨC ĐÒN là một khớp hoạt dịch không điển hình. Thường hay gặp viêm khớp ỨC ĐÒN vô khuẩn. Tiêm khớp ỨC ĐÒN là kỹ thuật đưa thuốc vào khớp ỨC ĐÒN để điều trị trong một số bệnh có chỉ định.

II. CHỈ ĐỊNH

Trong một số bệnh lý sau có tổn thương khớp ỨC ĐÒN: thoái hoá khớp ỨC ĐÒN, viêm khớp dạng thấp, 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 ...) viêm khớp sau chấn thương (không có tràn máu khớp do chấn thương), viêm khớp ỨC ĐÒN không đặc hiệu.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

Không được áp dụng tiêm khớp cho các trường hợp: Viêm khớp nhiễm khuẩn (viêm khớp mủ, lao khớp), u xương khớp (lành tính và ác tính), tổn thương khớp do bệnh lý thần kinh, bệnh máu, nhiễm khuẩn ngoài da vùng tiêm khớp. Thận trọng chỉ định tiêm khớp đối với người bệnh có tiền sử đái tháo đường, tăng huyết áp (cần được kiểm soát tốt trước và sau khi tiến hành thủ thuật), bệnh máu, nhiễm nấm, suy giảm miễn dịch (HIV)

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 trùng.
- Hộp thuốc chống sốc theo quy định.
- Hộp đựng dụng cụ vô trùng (xăng có cồn, kẹp có mẫu, bông băng gạc...).

- Kim tiêm 26G (0,5" x 10mm).

- Bơm tiêm nhựa 3 – 5 ml (loại dùng 1 lần)

- Bông cotton 70o, dung dịch Betadin hoặc cồn iốt, băng dính y tế/ băng dính

Urgo.

- Thuốc gây tê xylocain 2% loại ống 2ml ; 5ml .

- Thuốc: Hydrocortisol acetat (Nồng độ 1ml = 25mg); Depo-Medrol (Methylprednisolon acetat, nồng độ 1ml = 40mg) hoặc Diprosan (1ml = 5mg Betamethasone dipropionate + 2mg Betamethasone sodium phosphate).

3. 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

- Theo mẫu quy định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Thực hiện tại phòng thủ thuật xương khớp vô khuẩn theo quy định

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án hoặc đơn về chỉ định, chống chỉ định

2. Các bước

- Xác định vị trí tiêm : Người bệnh ở tư thế ngồi hoặc nằm. Sờ khớp ức đòn

bằng

cách lần đầu ngón tay vào đầu trong xương đòn. Sát khuẩn vùng định tiêm,

dùng kim

26 gauge xuyên vào tới bờ trong của xương đòn. Hút nhẹ pittong ra, sau khi

hút

ra không có máu, tiêm thuốc vào khớp. Trong kỹ thuật này có thể không cần tiêm vào trong khớp, sự thấm của tổ chức quanh khớp cũng đủ để điều trị viêm và đau khớp ức đòn

3. Chăm sóc người bệnh ngay sau tiêm

- Băng chỗ tiêm, hướng dẫn người bệnh vận động thụ động cánh tay bên tiêm

3

lần

- Dặn BN giữ sạch và không để ướt vị trí tiêm trong 24giờ.

- Sau 24 h mới bỏ băng dính, có thể rửa nước bình thường vào chỗ tiêm

- Tái khám nếu thấy chảy dịch hoặc viêm tấy tại vị trí tiêm

VI. THEO DÕI

- Chỉ số theo dõi: mạch, huyết áp, 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 sau 24 h

- Theo dõi hiệu quả điều trị

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Biến chứng hiếm gặp: tai biến do BN quá sợ hãi- biểu hiện kích thích hệ phó giao cảm: BN 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.

- Đau tăng sau khi tiêm 12-24 giờ: do phản ứng viêm màng hoạt dịch với corticoid, thường khỏi sau một ngày, không phải can thiệp, có thể bổ sung giảm đau paracetamol

- Nhiễm khuẩn khớp, phần mềm quanh khớp do thủ thuật tiêm (viêm mủ): biểu hiện bằng sốt, sưng đau tại chỗ, tràn dịch; hút dịch khớp, làm XN và điều trị kháng sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Quy trình kỹ thuật bệnh viện

2. Trần Ngọc Ân. Bệnh thấp khớp học 1999 NXBYH. pp. 327-334

3. Canoso Juan J. Regional pain syndromes Diagnosis and Management American College of Rheumatology 2005

4. Wise, CM , Aspiration and injection of joints in soft tissue. In: Textbook of Rheumatology, 8th Edition, Firestein, G, Budd, R, Harris, T, et al. (Eds), WB Saunders, Philadelphia 2009. p.721

5. Mark steele, Tenosynovitis. Medicine 2005 .p.p 1-14

QUY TRÌNH TIÊM KHỚP ỨC SƯỜN

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm khớp ỨC SƯỜN hay hội chứng Tierz là hội chứng sưng đau khớp sụn sườn phần tiếp giáp với xương ỨC, thường từ sụn sườn 2 đến sụn sườn 5 không do vi khuẩn. Cơ chế bệnh sinh chưa được biết rõ. Điều trị bằng tiêm corticoid tại chỗ rất có hiệu quả.

II. CHỈ ĐỊNH

Viêm khớp ỨC SƯỜN không do nhiễm khuẩn.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

Không được áp dụng tiêm khớp cho các trường hợp: Viêm khớp nhiễm khuẩn (viêm khớp mủ, lao khớp), u xương khớp (lành tính và ác tính), tổn thương khớp do bệnh lý thần kinh, bệnh máu, nhiễm khuẩn ngoài da vùng tiêm khớp.

Thận trọng chỉ định tiêm khớp đối với người bệnh có tiền sử đái tháo đường, tăng huyết áp (cần được kiểm soát tốt trước và sau khi tiến hành thủ thuật), bệnh máu, nhiễm nấm, suy giảm miễn dịch (HIV)

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 trùng.

- Hộp thuốc chống sốc theo quy định.

- Hộp đựng dụng cụ vô trùng (xăng có lỗ, kẹp có mẫu, bông băng gạc...).

- Kim tiêm 26G (0,5" x 10mm).

- Bơm tiêm nhựa 3 – 5 ml (loại dùng 1 lần).

- Bông cotton 70o, dung dịch Betadin hoặc cồn iốt, băng dính y tế/ băng dính

Urgo.

- Thuốc: thường dùng corticoid loại nhũ dịch như hydrocortison acetat (nồng

độ

1ml = 25mg), Depo-Medrol (methyl prednisolon acetat, nồng độ 1ml = 40mg)

hoặc

Diprospan (1ml = 5mg betamethasone dipropionate hoặc 2mg betamethasone

sodium

phosphate).

3. 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.

- Làm các xét nghiệm cơ bản như siêu âm khớp ức sườn, chụp tim phổi thẳng,

các xét

nghiệm huyết học, sinh hóa cơ bản, điện tâm đồ. Trong những trường hợp nghi ngờ lao khớp ức sườn hoặc viêm khớp ức sườn do nhiễm khuẩn nên chỉ định chụp cộng hưởng từ khớp ức sườn để chẩn đoán loại trừ.

4. Hồ sơ bệnh án

- Theo mẫu quy định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Thực hiện tại phòng thủ thuật xương khớp vô khuẩn theo quy định

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án hoặc đơn về chỉ định, chống chỉ định

2. Các bước

- Tư thế người bệnh: người bệnh ở tư thế ngồi hoặc nằm.

- Xác định vị trí tiêm: sờ khớp ức sườn bằng cách lần đầu ngón tay vào đầu trong

xương sườn định tiêm, phần tiếp giáp với cán ức.

- Sát khuẩn vùng định tiêm, dùng kim 26 G xuyên vào bờ trong của sụn sườn.

Khi kim chạm xương, hút thử bằng cách kéo nhẹ pittong ra, sau khi hút ra không có máu, tiêm vào vùng quanh khớp 0,2 - 0,3 ml corticoid. Trong kỹ thuật này không cần tiêm vào trong khớp, sự thấm của tổ chức quanh khớp cũng đủ để điều trị viêm và đau khớp ức sườn.

3. Chăm sóc người bệnh ngay sau tiêm

- Băng chỗ tiêm. Phần tiếp giáp giữa xương sườn và sụn sườn Xương sườn

- Dặn BN giữ sạch và không để ướt vị trí tiêm trong 24 giờ.

- Sau 24 h mới bỏ băng dính, có thể rửa nước bình thường vào chỗ tiêm

- Tái khám nếu thấy chảy dịch hoặc viêm tấy tại vị trí tiêm

VI. THEO DÕI

- Chỉ số theo dõi: mạch, huyết áp, 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 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 màng hoạt dịch với corticoid, thường khỏi sau một ngày, không phải can thiệp, có thể bổ sung thuốc giảm đau paracetamol 0,5-2 g/ngày, mỗi lần uống 0,5g tùy mức độ đau.

- Nhiễm khuẩn khớp, phần mềm quanh khớp do thủ thuật tiêm (viêm mủ): biểu hiện bằng sốt, sưng đau tại chỗ, tràn dịch; hút dịch khớp, làm XN và điều trị kháng sinh.

- Biến chứng hiếm gặp: tai biến do BN quá sợ hãi- biểu hiện kích thích hệ phó giao cảm: BN 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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Quy trình kỹ thuật bệnh viện
2. Trần Ngọc Ân. Bệnh thấp khớp học 1999 NXBYH. pp. 327-334
3. Canoso Juan J. Regional pain syndromes Diagnosis and Management American College of Rheumatology 2005
4. Wise, CM , Aspiration and injection of joints in soft tissue. In: Textbook of Rheumatology, 8th Edition, Firestein, G, Budd, R, Harris, T, et al. (Eds), WB Saunders, Philadelphia 2009. p.721
5. Mark steele, Tenosynovitis. Medicine 2005 .p.p 1-

QUY TRÌNH TIÊM KHỚP ĐÒN – CÙNG VAI

I. ĐẠI CƯƠNG

Tiêm khớp là một liệu pháp dùng kim nhỏ đưa thuốc vào ổ khớp để điều trị tại chỗ một số bệnh khớp. Khớp đòn - cùng vai là khớp nhỏ liên kết giữa móm cùng xương vai và xương đòn.

II. CHỈ ĐỊNH

Viêm màng hoạt dịch khớp đòn - cùng vai trong một số bệnh lý sau: thoái hoá khớp, viêm khớp dạng thấp, bệnh lý cột sống thể huyết thanh âm tính, viêm khớp sau chấn thương (không có tràn máu khớp do chấn thương), bệnh gút và bệnh giả gút khác...

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

Không được áp dụng tiêm khớp cho các trường hợp: viêm khớp nhiễm khuẩn (viêm khớp mủ, lao khớp), u xương khớp (lành tính và ác tính), tổn thương khớp do bệnh lý thần kinh, bệnh máu, nhiễm khuẩn ngoài da vùng tiêm khớp. Thận trọng chỉ định tiêm khớp đối với người bệnh có tiền sử đái tháo đường, tăng huyết áp (cần được kiểm soát tốt trước và sau khi tiến hành thủ thuật), bệnh máu, nhiễm nấm, suy giảm miễn dịch (HIV)

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 trùng.

- Hộp thuốc chống sốc theo quy định.

- Hộp đựng dụng cụ vô trùng (xăng có lỗ, kẹp có mẫu, bông băng gạc...).

- Kim tiêm 26G (0,5" - 10mm).

- 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.

độ

- Thuốc: thường dùng corticoid loại nhũ dịch như hydrocortisol acetat (nồng

hoặc

1ml = 25mg), Depo-Medrol (methylprednisolon acetat, nồng độ 1ml = 40mg)

sodium

Diprosan (1ml = 5mg betamethasone dipropionate hoặc 2mg betamethasone phosphate).

3. Người bệnh

- Cần được kiểm tra chẩn đoán xác định, các chỉ định, chống chỉ định.

thuật.

- Giải thích BN: mục đích, tai biến của thủ thuật; ký giấy cam đoan làm thủ

chụp tim

- Làm các xét nghiệm cơ bản như chụp Xquang khớp vai, siêu âm khớp vai

phổi thẳng, các xét nghiệm huyết học, sinh hóa cơ bản, điện tâm đồ.

4. Hồ sơ bệnh án

- Theo mẫu quy định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Thực hiện tại phòng thủ thuật xương khớp vô khuẩn theo quy định

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án hoặc đơn về chỉ định, chống chỉ định

2. Các bước

- Xác định vị trí tiêm: Người bệnh ở tư thế ngồi. Sờ khớp cùng vai đòn bằng cách lần đầu ngón tay vào đầu ngoài xương đòn và phía trong mỏm cùng vai.

- Sát khuẩn vùng định tiêm.

- Kỹ thuật tiêm: dùng kim 26G xuyên vào tới bờ trong của mặt khớp. Kéo nhẹ pittong ra, Tiêm khớp đòn – cùng vai nếu không có máu thì tiêm vào vùng quanh khớp 0,2 – 0,3 ml corticoid. Trong kỹ thuật này không cần tiêm vào trong khớp, sự thấm của tổ chức quanh khớp cũng đủ để điều trị viêm và đau khớp đòn – cùng vai.

3. Chăm sóc người bệnh ngay sau tiêm

lần.

- Băng chỗ tiêm, hướng dẫn người bệnh vận động thụ động khớp vai tiêm 3

- Dặn BN giữ sạch và không để ướt vị trí tiêm trong 24giờ.

- Sau 24 h mới bỏ băng dính, có thể rửa nước bình thường vào chỗ tiêm

- Tái khám nếu thấy chảy dịch hoặc viêm tấy tại vị trí tiêm

VI. THEO DÕI

- Chỉ số theo dõi: mạch, huyết áp, 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 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 màng hoạt dịch với corticoid, thường khỏi sau một ngày, không phải can thiệp, có thể bổ sung thuốc giảm đau paracetamol 0,5-2 g/ngày, mỗi lần uống 0,5g tùy mức độ đau.

- Nhiễm khuẩn khớp, phần mềm quanh khớp do thủ thuật tiêm (viêm mủ):
biểu hiện bằng sốt, sưng đau tại chỗ, tràn dịch; hút dịch khớp, làm XN và điều trị kháng sinh.

- Biến chứng hiếm gặp: tai biến do BN quá sợ hãi- biểu hiện kích thích hệ phó giao cảm: BN 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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Quy trình kỹ thuật bệnh viện

2. Trần Ngọc Ân. Bệnh thấp khớp học 1999 NXBYH. pp. 327-334

3. Canoso Juan J. Regional pain syndromes Diagnosis and Management
American College of Rheumatology 2005

4. Wise, CM , Aspiration and injection of joints in soft tissue. In: Textbook of Rheumatology, 8th Edition, Firestein, G, Budd, R, Harris, T, et al. (Eds), WB Saunders, Philadelphia 2009. p.721

5. Mark steele, Tenosynovitis. Medicine 2005 .p.p 1-14.

QUY TRÌNH TIÊM KHỚP THÁI DƯƠNG HÀM

I. ĐẠI CƯƠNG

Khớp thái dương hàm là một khớp nhỏ. Thường hay gặp viêm khớp thái dương hàm không đặc hiệu, có thể không tìm được nguyên nhân. Việc điều trị bằng tiêm corticoid tại chỗ rất có hiệu quả. Tuy nhiên kỹ thuật viêm khớp thái dương hàm là một kỹ thuật khó, dễ gặp tai biến do tiêm phải dây thần kinh tam thoa.

II. CHỈ ĐỊNH

Tiêm khớp thái dương hàm trong các trường hợp có bệnh kèm theo dưới đây mà tổn thương khớp đáp ứng kém hiệu quả với điều trị thuốc toàn thân đúng phác đồ, đúng liều lượng:

Viêm khớp thái dương hàm, hay gặp trong một số bệnh lý sau: thoái hoá khớp, loạn năng khớp thái dương hàm (do sai lệch cung răng), viêm khớp dạng thấp, 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 ...) viêm khớp sau chấn thương (không có tràn máu khớp do chấn thương), bệnh gút và bệnh giả gút khác

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

Không được áp dụng tiêm khớp cho các trường hợp: viêm khớp nhiễm khuẩn (viêm

khớp mủ, lao khớp), u xương khớp (lành tính và ác tính), tổn thương khớp do bệnh lý thần kinh, bệnh máu, nhiễm khuẩn ngoài da vùng tiêm khớp. Thận trọng chỉ định tiêm khớp đối với người bệnh có tiền sử đái tháo đường, tăng huyết áp (cần được kiểm soát tốt trước và sau khi tiến hành thủ thuật), bệnh máu, nhiễm nấm, suy giảm miễn dịch (HIV)

VI. 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 trùng.

- Hộp thuốc chống sốc theo quy định.

- Hộp đựng dụng cụ vô trùng (xăng có lỗ, kẹp có máu, bông băng gạc...).

- Kim tiêm 26G (0,5" x 10mm).

- Bơm tiêm nhựa 3 – 5 ml (loại dùng 1 lần).

- Bông cotton 70o, dung dịch Betadin hoặc cồn iốt, băng dính y tế/ hoặc băng dính Urgo.

- Thuốc: thường dùng corticoid loại nhũ dịch như hydrocortisol acetat (nồng độ 1ml = 25mg), Depo-Medrol (methylprednisolon acetat, nồng độ 1ml = 40mg) hoặc Diprosan (1ml = 5mg betamethasone dipropionate hoặc 2mg betamethasone sodium phosphate).

3. 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

- Làm các xét nghiệm cơ bản như chụp Xquang khớp thái dương hàm, chụp tim phổi thẳng, các xét nghiệm huyết học, sinh hóa cơ bản, điện tâm đồ.

4. Hồ sơ bệnh án

- Theo mẫu quy định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Thực hiện tại phòng thủ thuật xương khớp vô khuẩn theo quy định

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án hoặc đơn về chỉ định, chống chỉ định

2. Các bước

- Tư thế: người bệnh ngồi hoặc nằm nghiêng đối bên với khớp định tiêm, miệng há.

- Xác định vị trí tiêm: là điểm ở trước gờ bình tai 1,5 cm, bờ dưới phía sau cùng của mỏm xương gò má (hình minh họa).

- Kỹ thuật tiêm: mũi kim đi thẳng vuông góc với mặt da, đi sâu vào trong khoang khớp khoảng 1cm. Bảo người bệnh khẽ há miệng có thể thấy đầu kim di động theo,

như vậy kim đã vào đúng khe khớp. Hút thử không có máu và người bệnh không có cảm giác đau như điện giật hoặc xé da theo vị trí chi phối của dây thần kinh tam thoa (mô tả phần tai biến), tiêm vào khớp 0,2 - 0,3 ml corticoid.

3. Chăm sóc người bệnh ngay sau tiêm
- Băng chỗ tiêm, hướng dẫn người bệnh chủ động há miệng vài 3 lần.

- Dặn BN giữ sạch và không để ướt vị trí tiêm trong 24 giờ.
- Sau 24 h mới bỏ băng dính, có thể rửa nước bình thường vào chỗ tiêm
- Tái khám nếu thấy chảy dịch hoặc viêm tấy tại vị trí tiêm

VI. THEO DÕI

- Chỉ số theo dõi: mạch, huyết áp, tình trạng chảy máu tại chỗ, tình trạng viêm trong 24 giờ.

- Theo dõi các tai biến và tác dụng phụ có thể xảy ra sau 24 giờ.
- Theo dõi hiệu quả điều trị.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Đau tăng sau khi tiêm 12-24 giờ: do phản ứng viêm màng hoạt dịch với corticoid, thường khỏi sau một ngày, không phải can thiệp, có thể bổ sung thuốc giảm đau paracetamol 0,5-2 g/ngày, mỗi lần uống 0,5g tùy mức độ đau.
- Nhiễm khuẩn khớp, phần mềm quanh khớp do thủ thuật tiêm (viêm mủ): biểu hiện bằng sốt, sưng đau tại chỗ, tràn dịch; hút dịch khớp, làm XN và điều trị kháng sinh.
- Chọc kim vào dây thần kinh tam thoa (Người bệnh có cảm giác đau như điện giật hoặc xé da. Tổn thương nhánh thần kinh hàm trên thì đau xuất phát từ môi trên, lợi, răng hàm trên. Nếu đau nhánh thần kinh hàm dưới thì đau xuất phát từ cằm, răng hàm dưới) khi đó phải lập tức rút kim ra không được tiêm thuốc vào khe khớp.
- Biến chứng hiếm gặp: tai biến do BN quá sợ hãi, biểu hiện kích thích hệ phó giao cảm: BN 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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Quy trình kỹ thuật bệnh viện

2. Trần Ngọc Ân. Bệnh thấp khớp học 1999 NXBYH. pp. 327-334

3. Canoso Juan J. Regional pain syndromes Diagnosis and Management American College of Rheumatology 2005

4. Mark steele, Tenosynovitis. Medicine 2005 .pp 1-14

5. Edwin E. Spencer Jr. Michael A. Wirth. Charles A. Rockwood Jr. Disorders of the Sternoclavicular Joint: Pathophysiology, Diagnosis, and Management. Disorders of the Shoulder: Diagnosis and Management 2nd Edition, 200 Lippincott Williams & Wilkins. pp. 1008 – 105

QUY TRÌNH TIÊM KHỚP CÙNG CHẬU

I. ĐẠI CƯƠNG

Tiêm khớp cùng chậu áp dụng đối với tất cả các trường hợp người bệnh có chỉ định tiêm khớp ngoại trú và điều trị nội trú tại khoa Khớp lâm sàng của Bệnh viện Bạch Mai hoặc các cơ sở thuộc sự chỉ đạo của khoa Khớp Bệnh viện Bạch Mai.

II. CHỈ ĐỊNH

Viêm khớp cùng chậu không do nhiễm khuẩn.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm khuẩn ngoài da, nhiễm nấm tại vị trí tiêm... khi tiêm có nguy cơ đưa vi khuẩn, nấm vào trong khớp.

- Viêm khớp cùng chậu do lao, nhiễm khuẩn.

- Chống chỉ định tương đối: Bệnh lý nội khoa nặng như suy tim, xơ gan, nhiễm khuẩn toàn thân, tăng huyết áp, đái tháo đường. Sau khi kiểm soát tốt các bệnh lý trên có thể tiêm.

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 22- 23 G, bơm tiêm 5 ml.

- Băng, cồn iod sát trùng, panh, băng dính.

- Thuốc tiêm khớp: methylprednisolon acetat (Depo Medrol) loại 1ml=40 mg hoặc hydrocortisol acetat 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 vô khuẩn theo quy định

- Kiểm tra hồ sơ bệnh án hoặc đơn về chỉ định, chống chỉ định.

- Tư thế: người bệnh nằm sấp, duỗi thẳng hai chân.

- Xác định vị trí : xác định gai chậu sau trên bên khớp tổn thương và mỏm cụt.

Vị

trí tiêm nằm trên đường thẳng nối giữa gai chậu sau trên và mỏm cụt, phía dưới gai

chậu sau trên 1cm.

- Sát trùng tay, đi găng vô khuẩn.

- Sát khuẩn bằng cồn Iod tại vị trí tiêm đã xác định.
- Kỹ thuật tiêm: đưa kim vào vị trí đã xác định, hướng mũi kim lên trên và ra ngoài dọc theo đường thẳng nối gai chậu sau trên và móm cụt, kim tạo với mặt da 1 góc 45 độ, cho đến khi chạm xương, rút bớt kim ra, đâm lại hướng kim lên trên và ra ngoài nhiều hơn cho đến khi vào khớp, rút piston kiểm tra không có máu, bơm thuốc thấy nhẹ tay. Liều lượng: 1 ml methylprednisolon acetat (Depo Medrol) loại 1ml=40 mg hoặc hydrocortisol acetat 1ml=125 mg.
- Băng tại chỗ.
- Dẫn dò người bệnh sau làm thủ thuật: BN giữ sạch và không để ướt vị 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 ...

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 với thuốc corticoid, thường khỏi sau một ngày, không phải can thiệp, có thể bổ sung giảm đau paracetamol 0,5g-2g/ngày, mỗi lần uống 0,5g tùy mức độ đau.
- Nhiễm khuẩn khớp cùng chậu hoặc phần mềm quanh do thủ thuật tiêm (viêm mủ): biểu hiện bằng sốt, sưng đau tại chỗ => điều trị kháng sinh.
- Biến chứng hiếm gặp: tai biến do BN quá sợ hãi- biểu hiện kích thích hệ phó giao cảm: BN 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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2001). Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật bệnh viện, tập II. Nhà xuất bản Y học, trang 406-407.
2. W Neal Roberts, Jr, MD (2011) Joint aspiration or injection in adults: Technique

and indications, UpToDate 2011, Last literature review version 19.3.

3. Wise, CM (2009), Aspiration and injection of joints in soft tissue. In:
Textbook
of Rheumatology, 8th Edition, Firestein, G, Budd, R, Harris, T, et al. (Eds), WB

HÚT DỊCH KHỚP GỐI

1. ĐẠI CƯƠNG

- Khớp gối được tạo nên bởi đầu dưới xương đùi, đầu trên xương chày và xương bánh chè. Màng hoạt dịch khớp gối rất rộng, bao phủ toàn bộ khớp gối và tạo nên túi cùng màng hoạt dịch lót trong khớp gối vị trí trên xương đùi và dưới xương bánh chè. Khi khớp gối bị tràn dịch, dịch khớp thường tập trung tại túi cùng màng hoạt dịch

- Tràn dịch khớp gối có thể gặp trong một số bệnh lý: thoái hóa khớp gối có phản ứng viêm, các bệnh viêm khớp tự miễn (viêm khớp dạng thấp, lupus..), gút, bệnh lý cột sống huyết thanh âm tính, hay nhiễm khuẩn khớp, chấn thương khớp, bệnh lý rối loạn đông máu...

2. CHỈ ĐỊNH

- Hút dịch làm xét nghiệm dịch để chẩn đoán nguyên nhân
- Hút tháo dịch để điều trị
- Hút dịch sau đó tiêm khớp điều trị

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các bệnh lý rối loạn đông máu.
- Nhiễm khuẩn ngoài da tại vị trí khớp định chọc hút.

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 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.

5.2. Thuốc

- Thuốc gây tê Lidocain 2%

5.3. Vật tư

- Kim chọc hút (18Gaucho, 20Gaucho, 23 Gaucho, dài 4-8cm nên áp dụng ở những người bệnh gầy, thông thường dùng kim chọc dịch não tủy cho những người bệnh béo khớp háng rất sâu), bơm tiêm 10ml, 20 ml.

- Bông, cồn iod sát trùng, panh, băng dính vô khuẩn.

- Thuốc gây tê Lidocain 2%.

- Lam kính, ống nghiệm vô khuẩn, ống nghiệm có heparin chống đông

- Hộp dụng cụ chống sốc

5.4. Trang thiết bị

5.5. Người bệnh

- Người bệnh được giải thích trước về thủ thuật nhằm hợp tác với bác sỹ.

- Bác sỹ thăm khám lại người bệnh trước khi tiến hành hút dịch.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Phụ thuộc thời gian thực hiện thủ thuật.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Thực hiện tại phòng thủ thuật xương khớp vô khuẩn theo quy định

5.9. Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra hồ sơ bệnh án, đơn hoặc phiếu chỉ định thủ thuật về chỉ định, chống chỉ định

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH

6.1. Bước 1:

- Hướng dẫn tư thế người bệnh và xác định các mốc giải phẫu:

+ Hút dịch khớp gối vị trí túi cùng trên ngoài: Người bệnh nằm ngửa, gối hơi gấp 15 độ

bằng gối kê dưới khoeo chân. Xác định điểm đặt kim là vị trí trên ngoài, chỗ hõm giữa bờ trên ngoài xương bánh chè và bờ ngoài gân cơ tứ đầu đùi, hướng kim

chéch vào trong và xuống dưới gằm xương bánh chè hoặc vị trí cạnh bên khe khớp giữa xương bánh chè và đầu dưới xương đùi

6.2. Bước 2:

- Điều dưỡng sát khuẩn rộng vị trí chọc hút bằng dung dịch Betadin.

- Bác sỹ thực hiện thủ thuật sát trùng tay bằng cồn 70°, đi găng vô khuẩn, trải sẵn vô khuẩn có lỗ

6.3. Bước 3: Gây tê dưới da vị trí đặt kim bằng Lidocain.

6.4. Bước 4:

- Đưa kim vào vị trí đã xác định, hướng kim vuông góc với mặt da vừa đưa kim vừa hút chân không cho tới khi thấy dịch, hút nhẹ nhàng và từ từ.

- Khi lấy được dịch khớp: cần đánh giá 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, tiến hành tiêm thuốc nếu có chỉ định

6.5. Bước 5: Rút kim, sát trùng lại và băng vị trí chọc dịch bằng băng dính y tế.

6.6. Bước 6:

- 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, ...

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Tình trạng đau; chảy máu tại chỗ; tình trạng nhiễm trùng thứ phát nếu có

7.2. 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.

Xử trí: Điều trị kháng sinh.

- Chảy máu kéo dài tại chỗ chọc dò

Xử trí: 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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

Quyết định số 654/QĐ-BYT ngày 24/02/2014 của Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh nội khoa, chuyên ngành cơ xương khớp.

HÚT DỊCH KHỚP VAI

1. ĐẠI CƯƠNG

-Khớp vai chính danh là khớp được tạo bởi ổ cối xương bả vai và chỏm xương cánh tay, tăng cường bởi bao khớp, dây chằng, và thành phần cơ xung quanh. Khớp vai là khớp có biên độ vận động rất lớn. Tổn thương khớp vai chính danh thường ít gặp hơn các tổn thương của thành phần bao khớp, tổ chức gân cơ cạnh khớp (viêm quanh khớp vai). Một số bệnh lý có tổn thương khớp vai như: Viêm màng hoạt dịch khớp vai do viêm khớp dạng thấp, viêm khớp vai do lao, do nhiễm khuẩn, tràn dịch khớp vai do chấn thương, thoái hóa khớp vai...

2. CHỈ ĐỊNH

- Hút dịch làm xét nghiệm dịch để chẩn đoán nguyên nhân
- Hút tháo dịch để điều trị
- Hút dịch sau đó tiêm khớp điều trị

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các bệnh lý rối loạn đông máu.
- Nhiễm khuẩn ngoài da tại vị trí khớp định chọc hút.

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 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.

5.2. Thuốc

- Thuốc gây tê Lidocain 2%

5.3. Vật tư

- Kim chọc hút (18Gauche, 20Gauche, 23 Gauche, dài 4-8cm nên áp dụng ở những người bệnh gầy, thông thường dùng kim chọc dịch não tủy cho những người bệnh béo khớp háng rất sâu), bơm tiêm 10ml, 20 ml.

- Bông, cồn iod sát trùng, panh, băng dính vô khuẩn.

- Thuốc gây tê Lidocain 2%.

- Lam kính, ống nghiệm vô khuẩn, ống nghiệm có heparin chống đông

- Hộp dụng cụ chống sốc

5.4. Trang thiết bị

5.5. Người bệnh

- Người bệnh được giải thích trước về thủ thuật nhằm hợp tác với bác sỹ.

- Bác sỹ thăm khám lại người bệnh trước khi tiến hành hút dịch.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Phụ thuộc thời gian thực hiện thủ thuật.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Thực hiện tại phòng thủ thuật xương khớp vô khuẩn theo quy định

5.9. Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra hồ sơ bệnh án, đơn hoặc phiếu chỉ định thủ thuật về chỉ định, chống chỉ định

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH

6.1. Bước 1:

- Hướng dẫn tư thế người bệnh và xác định các mốc giải phẫu:

+ Hút dịch khớp vai mặt trước: Người bệnh nằm ngửa hai tay duỗi thẳng và để ngửa, hoặc tư thế ngồi, tay để ngửa trên đùi người bệnh. Xác định mốc: hướng kim vuông góc mặt da, tại vị trí ở bờ ngoài móm quạ .

+ Hút dịch khớp vai mặt sau: Người bệnh ngồi, cánh tay dạng nhẹ 20 độ, bàn tay để trên đùi người bệnh. Xác định mốc: hướng kim vuông góc với mặt da, điểm đặt

kim tại giao điểm của đường ngang dưới mồm cùng vai 2cm và đường dọc trong mồm cùng vai 2cm .

6.2. Bước 2:

- Điều dưỡng sát khuẩn rộng vị trí chọc hút bằng dung dịch Betadin.

- Bác sỹ thực hiện thủ thuật sát trùng tay bằng cồn 70°, đi găng vô khuẩn, trải sẵn vô khuẩn có lỗ

6.3. Bước 3: Gây tê dưới da vị trí đặt kim bằng Lidocain.

6.4. Bước 4:

- Đưa kim vào vị trí đã xác định, hướng kim vuông góc với mặt da vừa đưa kim vừa hút chân không cho tới khi thấy dịch và chạm tới chỏm xương cánh tay, hút nhẹ nhàng và từ từ. Với tư thế hút dịch khớp vai mặt trước, cần phối hợp trước khi đưa kim vào ổ khớp thì gấp cẳng tay 90 độ, xoay ngoài 45 độ, khép cánh tay (khớp vai xoay ngoài), khi bắt đầu đưa kim vào ổ khớp thì đưa cẳng tay vào trong 45 độ (khớp vai xoay trong) để kim dễ dàng vào ổ khớp.- 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, tiến hành tiêm thuốc nếu có chỉ định

6.5. Bước 5: Rút kim, sát trùng lại và băng vị trí chọc dịch bằng băng dính y tế.

6.6. Bước 6:

- 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,...

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Tình trạng đau; chảy máu tại chỗ; tình trạng nhiễm trùng thứ phát nếu có

7.2. 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.

Xử trí: Điều trị kháng sinh.

- Chảy máu kéo dài tại chỗ chọc dò

Xử trí: 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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

Quyết định số 654/QĐ-BYT ngày 24/02/2014 của Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh nội khoa, chuyên ngành cơ xương khớp.

HÚT DỊCH KHỚP KHUYỬU

1. ĐẠI CƯƠNG

- Khớp khuỷu được tạo nên bởi đầu dưới xương cánh tay với đầu trên xương trụ, xương quay.

- Tràn dịch khớp khuỷu có thể gặp trong một số bệnh lý: các bệnh viêm khớp tự miễn (viêm khớp dạng thấp, lupus..), gút, hay nhiễm khuẩn khớp, lao khớp, chấn thương khớp, bệnh lý rối loạn đông máu..., tràn dịch khớp khuỷu thường ở mức độ ít đến vừa.

2. CHỈ ĐỊNH

- Hút dịch làm xét nghiệm dịch để chẩn đoán nguyên nhân
- Hút tháo dịch để điều trị
- Hút dịch sau đó tiêm khớp điều trị

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các bệnh lý rối loạn đông máu.
- Nhiễm khuẩn ngoài da tại vị trí khớp định chọc hút.

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 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.

5.2. Thuốc

- Thuốc gây tê Lidocain 2%

5.3. Vật tư

- Kim chọc hút (18Gauche, 20Gauche, 23 Gauche, dài 4-8cm nên áp dụng ở những người bệnh gầy, thông thường dùng kim chọc dịch não tủy cho những người bệnh béo khớp háng rất sâu), bơm tiêm 10ml, 20 ml.

- Bông, cồn iod sát trùng, panh, băng dính vô khuẩn.

- Thuốc gây tê Lidocain 2%.

- Lam kính, ống nghiệm vô khuẩn, ống nghiệm có heparin chống đông

- Hộp dụng cụ chống sốc

5.4. Trang thiết bị

5.5. Người bệnh

- Người bệnh được giải thích trước về thủ thuật nhằm hợp tác với bác sỹ.

- Bác sỹ thăm khám lại người bệnh trước khi tiến hành hút dịch.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Phụ thuộc thời gian thực hiện thủ thuật.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Thực hiện tại phòng thủ thuật xương khớp vô khuẩn theo quy định

5.9. Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra hồ sơ bệnh án, đơn hoặc phiếu chỉ định thủ thuật về chỉ định, chống chỉ định

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH

6.1. Bước 1:

- Hướng dẫn tư thế người bệnh và xác định các mốc giải phẫu:

+ Hút dịch khớp khuỷu đường mặt sau: mục đích đưa kim vào khe khớp giữa đầu dưới xương cánh tay và mỏm khuỷu (đầu trên xương trụ). Người bệnh ngồi, khuỷu tay gấp 90 độ, bàn tay để sấp trên mặt bàn ngang ngực người bệnh. Xác định điểm đặt kim là vị trí chính giữa, cách mỏm khuỷu 2cm lên phía trên mặt sau cánh tay, có thể xác định được khe khớp khi làm động tác gấp duỗi cẳng tay

+ Hút dịch khớp khuỷu đường bên ngoài: Người bệnh ngồi, khuỷu tay gấp 90 độ, bàn tay để sấp chạm vào mông người bệnh. Xác định điểm đặt kim là điểm chính trung tâm của tam giác tạo nên bởi ba điểm: lồi cầu ngoài xương cánh tay, đầu trên xương quay và đỉnh của mỏm khuỷu .

6.2. Bước 2:

- Điều dưỡng sát khuẩn rộng vị trí chọc hút bằng dung dịch Betadin.

- Bác sỹ thực hiện thủ thuật sát trùng tay bằng cồn 70°, đi găng vô khuẩn, trải sẵn vô khuẩn có lỗ

6.3. Bước 3: Gây tê dưới da vị trí đặt kim bằng Lidocain.

6.4. Bước 4:

- Đưa kim vào vị trí đã xác định, hướng kim vuông góc với mặt da vừa đưa kim vừa hút chân không cho tới khi thấy dịch, hút nhẹ nhàng và từ từ.

- Khi lấy được dịch khớp: cần đánh giá 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, tiến hành tiêm thuốc nếu có chỉ định

6.5. Bước 5: Rút kim, sát trùng lại và băng vị trí chọc dịch bằng băng dính y tế.

6.6. Bước 6:

- 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, ...

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Tình trạng đau; chảy máu tại chỗ; tình trạng nhiễm trùng thứ phát nếu có

7.2. 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.

Xử trí: Điều trị kháng sinh.

- Chảy máu kéo dài tại chỗ chọc dò

Xử trí: 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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

Quyết định số 654/QĐ-BYT ngày 24/02/2014 của Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh nội khoa, chuyên ngành cơ xương khớp.

HÚT DỊCH KHỚP CỔ CHÂN

1. ĐẠI CƯƠNG

-Khớp cổ chân là khớp phức tạp gồm ba thành phần khớp chính như sau: Khớp cổ chân (khớp sên – cẳng chân) được tạo nên bởi đầu dưới xương chày, xương mác và mặt trên xương sên. Khớp gian cổ chân (là khớp phức tạp giữa các xương cổ chân sên – gót – thuyền – hộp). Khớp cổ bàn chân là khớp nối giữa các xương chêm, xương hộp với đầu gần các xương đốt bàn ngón chân.

-Tràn dịch khớp cổ chân thường gặp trong một số bệnh lý: viêm khớp dạng thấp, các bệnh viêm khớp tự miễn dịch, gút, hay nhiễm khuẩn khớp, lao khớp, chấn thương khớp..., tuy nhiên tràn dịch khớp cổ chân thường ở mức độ ít. Chọc hút dịch khớp cổ chân với mục đích lấy bệnh phẩm làm xét nghiệm tìm nguyên nhân hoặc hút dịch điều trị. Vị trí chọc hút dịch khớp thường được tiến hành ở khớp cổ chân (khớp sên – cẳng chân).

2. CHỈ ĐỊNH

- Hút dịch làm xét nghiệm dịch để chẩn đoán nguyên nhân
- Hút tháo dịch để điều trị
- Hút dịch sau đó tiêm khớp điều trị

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các bệnh lý rối loạn đông máu.
- Nhiễm khuẩn ngoài da tại vị trí khớp định chọc hút.

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 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.

5.2. Thuốc

- Thuốc gây tê Lidocain 2%

5.3. Vật tư

- Kim chọc hút (18Gauche, 20Gauche, 23 Gauche, dài 4-8cm nên áp dụng ở những người bệnh gầy, thông thường dùng kim chọc dịch não tủy cho những người bệnh béo khớp háng rất sâu), bơm tiêm 10ml, 20 ml.

- Bông, cồn iod sát trùng, panh, băng dính vô khuẩn.
- Thuốc gây tê Lidocain 2%.
- Lam kính, ống nghiệm vô khuẩn, ống nghiệm có heparin chống đông
- Hộp dụng cụ chống sốc

5.4. Trang thiết bị

5.5. Người bệnh

- Người bệnh được giải thích trước về thủ thuật nhằm hợp tác với bác sỹ.
- Bác sỹ thăm khám lại người bệnh trước khi tiến hành hút dịch.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Phụ thuộc thời gian thực hiện thủ thuật.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Thực hiện tại phòng thủ thuật xương khớp vô khuẩn theo quy định

5.9. Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra hồ sơ bệnh án, đơn hoặc phiếu chỉ định thủ thuật về chỉ định, chống chỉ định

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH

6.1. Bước 1:

- Hướng dẫn tư thế người bệnh và xác định các mốc giải phẫu:

+ Hút dịch khớp cổ chân đường trước giữa: Người bệnh nằm ngửa, gối gấp, bàn chân để sát mặt giường. Xác định điểm đặt kim là vị trí giao thoa giữa đường ngang phía trên 1 cm so với mặt dưới mắt cá trong với mặt trong gân duỗi chung các ngón chân

+ Hút dịch khớp cổ chân đường bên trong: Người bệnh nằm ngửa, gối gấp, để ngả chân

ngoài trên mặt giường. Vị trí đặt kim là khe mặt dưới mắt cá trong, hướng kim chéch ra ngoài và lên trên 15 – 30 độ.

6.2. Bước 2:

- Điều dưỡng sát khuẩn rộng vị trí chọc hút bằng dung dịch Betadin.

- Bác sỹ thực hiện thủ thuật sát trùng tay bằng cồn 70°, đi găng vô khuẩn, trải sẵn vô khuẩn có lỗ

6.3. Bước 3: Gây tê dưới da vị trí đặt kim bằng Lidocain.

6.4. Bước 4:

- Đưa kim vào vị trí đã xác định, hướng kim vuông góc với mặt da vừa đưa kim vừa hút chân không cho tới khi thấy dịch, hút nhẹ nhàng và từ từ.

- Khi lấy được dịch khớp: cần đánh giá 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, tiến hành tiêm thuốc nếu có chỉ định

6.5. Bước 5: Rút kim, sát trùng lại và băng vị trí chọc dịch bằng băng dính y tế.

6.6. Bước 6:

- 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, ...

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Tình trạng đau; chảy máu tại chỗ; tình trạng nhiễm trùng thứ phát nếu có

7.2. 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.

Xử trí: Điều trị kháng sinh.

- Chảy máu kéo dài tại chỗ chọc dò

Xử trí: 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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

Quyết định số 654/QĐ-BYT ngày 24/02/2014 của Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh nội khoa, chuyên ngành cơ xương khớp.

HÚT DỊCH KHỚP CỔ TAY

1. ĐẠI CƯƠNG

- Khớp cổ tay được tạo nên bởi đầu dưới xương quay, xương trụ với các xương trong khối xương cổ tay (8 xương), và đầu gần các đốt xương bàn tay. Diện khớp gồm: diện khớp quay trụ xa (nối đầu dưới xương quay và xương trụ), diện khớp quay – cổ tay (nối đầu dưới xương quay với hàng gần các xương cổ tay), diện khớp gian cổ tay (liên kết giữa hai hàng xương cổ tay, diện khớp này phức tạp hình thể không đều), diện khớp cổ tay – đốt bàn tay (liên kết giữ các xương hàng xa cổ tay với nền các xương đốt bàn tay từ I - V).

- Màng hoạt dịch khớp cổ tay tạo thành túi kín bao quanh diện khớp. Viêm màng hoạt dịch khớp cổ tay gặp do nhiều nguyên nhân: viêm khớp dạng thấp, các bệnh viêm khớp tự miễn dịch, gút, hay nhiễm khuẩn khớp, lao khớp..., tuy nhiên tràn dịch khớp cổ tay thường ở mức độ rất ít. Tiến hành chọc hút dịch khớp cổ tay là cần thiết khi bệnh cảnh lâm sàng chỉ có viêm khớp cổ tay đơn độc.

2. CHỈ ĐỊNH

- Hút dịch làm xét nghiệm dịch để chẩn đoán nguyên nhân
- Hút tháo dịch để điều trị
- Hút dịch sau đó tiêm khớp điều trị

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các bệnh lý rối loạn đông máu.
- Nhiễm khuẩn ngoài da tại vị trí khớp định chọc hút.

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 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.

5.2. Thuốc

- Thuốc gây tê Lidocain 2%

5.3. Vật tư

- Kim chọc hút (18Gauche, 20Gauche, 23 Gauche, dài 4-8cm nên áp dụng ở những người bệnh gầy, thông thường dùng kim chọc dịch não tủy cho những người bệnh béo khớp háng rất sâu), bơm tiêm 10ml, 20 ml.

- Bông, cồn iod sát trùng, panh, băng dính vô khuẩn.
- Thuốc gây tê Lidocain 2%.
- Lam kính, ống nghiệm vô khuẩn, ống nghiệm có heparin chống đông
- Hộp dụng cụ chống sốc

5.4. Trang thiết bị

5.5. Người bệnh

- Người bệnh được giải thích trước về thủ thuật nhằm hợp tác với bác sỹ.
- Bác sỹ thăm khám lại người bệnh trước khi tiến hành hút dịch.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Phụ thuộc thời gian thực hiện thủ thuật.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Thực hiện tại phòng thủ thuật xương khớp vô khuẩn theo quy định

5.9. Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra hồ sơ bệnh án, đơn hoặc phiếu chỉ định thủ thuật về chỉ định, chống chỉ định

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH

6.1. Bước 1:

- Hướng dẫn tư thế người bệnh và xác định các mốc giải phẫu:

+ Nếu có siêu âm khớp đánh giá vị trí tràn dịch và định hướng kim để hút dịch là tốt nhất. Trong trường hợp không có siêu âm khớp, thường xác định qua khám lâm sàng vị trí sưng nhiều nhất (thường gặp tại diện khớp quay – cổ tay và diện khớp cổ tay – bàn ngón tay).

+ Xác định mốc (khe khớp) bằng cách dùng hai ngón tay cái đặt trên mặt diện khớp cổ

tay của người bệnh, các ngón tay còn lại cầm bàn tay người bệnh làm động tác gấp duỗi khớp cổ tay người bệnh. Vị trí khớp quay – cổ tay có thể xác định bằng cách sờ thấy một hố nhỏ, giới hạn bên ngoài bởi gân duỗi chung các ngón tay, bên trong bởi các gân dạng dài và duỗi ngắn ngón cái.

6.2. Bước 2:

- Điều dưỡng sát khuẩn rộng vị trí chọc hút bằng dung dịch Betadin.

- Bác sỹ thực hiện thủ thuật sát trùng tay bằng cồn 70°, đi găng vô khuẩn, trải sẵn vô khuẩn có lỗ

6.3. Bước 3: Gây tê dưới da vị trí đặt kim bằng Lidocain.

6.4. Bước 4:

- Đưa kim vào vị trí đã xác định, hướng kim vuông góc với mặt da vừa đưa kim vừa hút chân không cho tới khi thấy dịch, hút nhẹ nhàng và từ từ.

- Khi lấy được dịch khớp: cần đánh giá 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, tiến hành tiêm thuốc nếu có chỉ định

6.5. Bước 5: Rút kim, sát trùng lại và băng vị trí chọc dịch bằng băng dính y tế.

6.6. Bước 6:

- 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, ...

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Tình trạng đau; chảy máu tại chỗ; tình trạng nhiễm trùng thứ phát nếu có

7.2. 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.

Xử trí: Điều trị kháng sinh.

- Chảy máu kéo dài tại chỗ chọc dò

Xử trí: 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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

Quyết định số 654/QĐ-BYT ngày 24/02/2014 của Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh nội khoa, chuyên ngành cơ xương khớp.

THÁO KHỚP NGÓN CHÂN

1. ĐẠI CƯƠNG

Tháo khớp ngón chân là phẫu thuật cắt bỏ một phần hoặc toàn bộ ngón chân tại vị trí các khớp. Nguyên lý là tách rời diện khớp (khớp gian đốt hoặc khớp bàn ngón) để loại bỏ đoạn ngón bị tổn thương trong khi bảo tồn phần xương bàn chân tiếp giáp. Mục đích là loại bỏ triệt để tổ chức hoại tử, nhiễm trùng khu trú, ngăn ngừa sự lan rộng của ổ nhiễm, từ đó tạo điều kiện liền thương, bảo tồn chức năng bàn chân và phục hồi khả năng đi lại cho người bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

- Viêm hoại tử các ngón chân khu trú ở các đốt xa (đốt 2 ngón I, đốt II và III của các ngón khác).
- Người bệnh đái tháo đường có loét bàn chân độ 2, 3 hoặc 4 kèm viêm gân, xương, áp xe hoặc viêm mô tế bào sâu.
- Thương tổn trên phim X-quang cho thấy hoại tử khớp ngón hoặc có các đoạn xương chết.
- Một số chỉ định khác theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị do Bộ Y tế ban hành.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh mắc các bệnh lý rối loạn đông máu.
- Tình trạng bệnh lý tim mạch nặng không đảm bảo an toàn cho phẫu thuật.
- Tổn thương dập nát, hoại tử đã xâm lấn quá rộng đến nửa trước bàn chân (cần xét chỉ định can thiệp ở mức cao hơn như cắt cụt qua bàn chân).

4. THẬN TRỌNG

- Cần phẫu tích tỉ mỉ để bảo tồn tối đa chiều dài của ngón chân, đặc biệt là ngón cái (ngón I) để giữ chức năng tỳ đè và thăng bằng.
- Kiểm soát tốt đường huyết ($< 10 \text{ mmol/l}$) và đảm bảo nước tiểu không có ceton đối với người bệnh đái tháo đường trước khi thực hiện.
- Đánh giá kỹ tình trạng mạch máu nuôi dưỡng vùng bàn chân trước mổ.

5. CHUẨN BỊ

5.1.

	Người	thực	hiện
a) Nhân lực trực tiếp:	01	Bác sĩ phẫu thuật	chính.
b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có):	01 bác sĩ phụ, 01 điều dưỡng dụng cụ.		

5.2. Thuốc

- Kháng sinh phổ rộng phối hợp.
- Dung dịch sát trùng: Betadine, cồn 70 độ, nước oxy già.

5.3. Vật tư

- Bộ dụng cụ tiểu phẫu.
- Chỉ khâu phẫu thuật.
- Băng gạc vô khuẩn, bông, băng mổ.

5.4. Trang thiết bị

- Bàn mổ, hệ thống đèn chiếu sáng.
- Dao điện và hệ thống máy hút dịch.
- Dây ga rô cao su hoặc ga rô hơi (nếu có).

5.5. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng: Được giải thích kỹ về tình trạng bệnh, mục đích phẫu thuật và các tai biến có thể xảy ra (nhiễm trùng, hoại tử vật...).
- Vệ sinh sạch chi phẫu thuật; người bệnh nhịn ăn ít nhất 6 giờ trước khi mổ.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại phòng mổ thuộc khoa Gây mê hồi sức.

5.9. 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: Đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán và đúng vị trí ngón chân cần tháo khớp.
- b) *Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật* (nếu là phẫu thuật, thủ thuật) (theo dữ liệu người dùng cung cấp).
- c) *Đặt tư thế BN:* ghi tư thế bệnh nhân (nếu có) theo dữ liệu người dùng cung cấp: Người bệnh nằm ngửa, cẳng chân bên bệnh cố định chắc vào bàn mổ, để bàn chân ra ngoài mép bàn.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Vô cảm và đặt ga rô (nếu có)

- Sát trùng bàn chân bằng Betadine, sau đó bằng cồn 70 độ.
- Đặt ga rô động mạch sát phía trên cổ chân.
- Tiến hành gây tê tại chỗ hoặc gây tê gốc ngón chân.

6.2. Bước 2: Thiết kế vạt da

- Vẽ vạt da trước khi rạch: thiết kế 2 vạt da trên (mu chân) và dưới (gan chân). Vạt gan chân dài bằng chu vi ngón chân tại vị trí cắt, vạt mu chân dài bằng khoảng 1/2 vạt gan chân.

6.3. Bước 3: Rạch da và xử trí phần mềm

- Rạch da theo đường vẽ qua da và tổ chức dưới da.
- Bóc tách, bộc lộ bao khớp và các dây chằng cần tháo.
- Cắt các phần mềm liên quan như cân, gân gấp và duỗi.
- Cầm máu kỹ các mạch máu nhỏ; xử lý thần kinh bằng cách kéo nhẹ và cắt cao.

6.4. Bước 4: Tháo khớp và làm sạch

- Cắt đứt bao khớp và dây chằng để tiến hành tháo bỏ diện khớp.
- Dùng dao sắc cắt rời phần ngón cần loại bỏ.
- Rửa sạch vùng mổ bằng nước oxy già, Betadine pha loãng và nước muối sinh lý nhiều lần.
- Nới lỏng ga rô để kiểm tra diện cắt và thực hiện cầm máu triệt để bằng dao điện hoặc khâu thắt.

6.5. Bước 5: Đóng mỗm cụt

- Dũa nhẵn đầu xương còn lại (nếu cần).
- Khâu tạo hình đóng vạt da mỗm cụt thành hai lớp bằng chỉ không tiêu, đảm bảo vạt da che phủ tốt, không căng.
- Thực hiện băng ép mỗm cụt bằng băng thun.

6.6. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật: Đánh giá tình trạng tưới máu mỗm cụt 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: Bàn giao người bệnh về bộ phận hậu phẫu.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Choáng, sốc: Có thể do phản ứng với thuốc tê hoặc người bệnh lo lắng quá mức. Xử trí theo phác đồ chống sốc và động viên tâm lý.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu mỗm cụt: Băng ép bằng băng thun; nếu không hiệu quả phải mở mỗm cụt để cầm máu lại.
- Nhiễm trùng: Thay băng hàng ngày, tách chỉ khi có tụ dịch, sử dụng kháng sinh theo kết quả kháng sinh đồ.

7.3. Biến chứng muộn

- Hoại tử mỗm cụt: Nếu vạt da hoại tử hoặc lộ xương, cần cắt lọc lại hoặc xét cắt cụt ở mức cao hơn.
- Loét sẹo do tỳ đè: Do sẹo nằm ở vùng chịu lực. Phòng ngừa bằng giày dép chỉnh hình, nếu loét xảy ra cần chăm sóc vết thương đặc biệt.

- Đau chi ma: Cảm giác đau tại ngón đã cắt bỏ. Điều trị bằng thuốc giảm đau, liệu pháp tâm lý, liệu pháp gương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2013). Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Nội tiết. Quyết định số 1119/QĐ-BYT ngày 05/04/2013 của Bộ Y tế.
2. Bộ Y tế (2016). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa, chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình. Quyết định số 4484/QĐ-BYT ngày 18/08/2016 của Bộ Y tế.

BĂNG ÉP CẦM MÁU

1. ĐẠI CƯƠNG

- Băng ép cầm máu là kỹ thuật sơ cứu cơ bản, hiệu quả cao bằng cách đè gạc sạch lên vết thương và quấn băng chặt, tạo áp lực trực tiếp để ngăn chảy máu.

- Đa số các vết thương gây chảy máu nhẹ như vết cắt, vết sâu sát phần mềm thường không nghiêm trọng do máu thoát ra từ mao mạch. Tuy nhiên, những trường hợp vết thương động mạch hoặc tĩnh mạch lớn thì nạn nhân có thể bị chảy máu trầm trọng và đe dọa đến tính mạng. Việc sơ cứu đúng cách và kịp thời có thể góp phần cứu sống nạn nhân cũng như hạn chế những biến chứng.

2. CHỈ ĐỊNH

Các loại vết thương còn đang tiếp tục chảy máu, thường là vết thương chảy máu mao mạch, tĩnh mạch hoặc động mạch nhỏ.

Một số chỉ định khác theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị do Bộ Y tế ban hành.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối khi băng ép cầm máu các vết thương đang chảy máu.

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 bác sỹ
- 01 điều dưỡng

5.2. Thuốc:

- Huyết thanh uốn ván
- Thuốc giảm đau nếu cần

- Thuốc gây tê tại chỗ Xylocain 2%

5.3. Vật tư

- Bông vô khuẩn
- Các loại gạc vô khuẩn
- Băng cuộn
- Kẹp Kocher
- Kim và chỉ khâu da
- Cồn sát trùng
- Dây oxy

5.4. Trang thiết bị

- Hệ thống máy theo dõi
- Hệ thống oxy

5.5. Người bệnh

- Được giải thích về kỹ thuật băng ép cầm máu sắp tiến hành.
- Nằm đầu thấp, thở oxy và đặt đường truyền tĩnh mạch nếu chảy máu nặng.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: tùy theo thời gian thực tế của kỹ thuật

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

Phòng thủ thuật.

5.9. Kiểm tra hồ sơ

- Kiểm tra lại hồ sơ người bệnh
- Khám và đánh giá lại tình trạng vết thương và mức độ chảy máu

- Đặt tư thế người bệnh: nằm đầu thấp, thở oxy và đặt đường truyền tĩnh mạch nếu chảy máu nặng.

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Bước 1:

Sát khuẩn vết thương. Xác định vị trí chảy máu, kiểm tra tới đáy của vết thương

6.2. Bước 2:

- Đặt miếng gạc hoặc vải sạch phủ kín vết thương, sau đó dùng băng cuộn băng ép chặt lên vết thương bằng kiểu băng vòng hoặc băng dấu nhân.

- Nếu vết thương chảy máu từ mạch nhỏ tĩnh mạch hoặc động mạch.

+ Đặt con chèn (là một cuộn băng hoặc mảnh vải cuộn lại) trên đường đi của động mạch, càng sát vết thương càng tốt phía trên hoặc đặt trực tiếp lên vết thương.

+ Dùng cuộn còn lại dùng để băng cố định con chèn bằng nhiều vòng băng xiết tương đối chặt theo kiểu vòng tròn hoặc vòng số 8.

- Nếu băng ép trực tiếp lên vết thương mà không cầm được máu thì phải dùng các biện pháp khác để cầm máu.

6.5. Đánh giá

- Đánh giá tình trạng chảy máu của vết thương, mức độ thấm máu vào băng, gạc.

- Đánh giá tình trạng tưới máu ở đầu chi băng ép

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện thủ thuật.

- Kết thúc thủ thuật và ghi hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. 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 bằng ép

7.2. Xử trí tai biến

- 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.
- Thiếu máu đầu chi bằng ép: Người bệnh đau tức, đầu chi băng ép tím. Cần nới bớt băng ép.

TÀI LIỆU THAM KHẢO
Bộ Y tế (2014). Quyết định về việc ban hành tài liệu "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Hồi sức - Cấp cứu và chống độc". Quyết định 1904/QĐ-BYT ngày 30/05/2014 của Bộ Y tế.

Bộ Y tế (2025). Quyết định ban hành “Tài liệu huấn luyện sơ cứu, cấp cứu tại nơi làm việc”. Quyết định 636/QĐ-BYT ngày 21/02/2025 của Bộ Y tế.

KỸ THUẬT GARO CẦM MÁU

1. ĐẠI CƯƠNG

- Garo là biện pháp cầm máu tạm thời bằng dây cao su hoặc dây vải xoắn chặt vào đoạn chi, để làm ngừng lưu thông máu từ phía trên xuống phía dưới của chi.

- Một ga-rô thực hiện đúng yêu cầu kỹ thuật sẽ cắt đứt hoàn toàn sự lưu thông của máu từ trên xuống dưới và ngược lại. Khi quyết định làm ga-rô, người làm cấp cứu cần ý thức được rằng việc này có thể dẫn tới cắt cụt phần chi ở dưới ga-rô, vì đoạn chi này sẽ chết hoàn toàn nếu bị thiếu máu nuôi quá 60-90 phút.

2. CHỈ ĐỊNH

- Vết thương bị cụt chi hoặc chi bị đứt gần lìa.
- Vết thương đứt động mạch lớn làm máu chảy ồ ạt hoặc vết thương mạch máu đã áp dụng những biện pháp cầm máu tạm thời mà không có kết quả.
- Vết thương mà người bị thương và người có mặt tại hiện trường không biết cách băng chèn, bắt buộc phải đặt ga-rô.
- Vết thương trên chi đã bị cắt cụt vẫn tiếp tục chảy máu.
- 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
- Buộc ga-rô khi nơi xảy ra tai nạn ở gần trung tâm phẫu thuật.
- Buộc ga-rô tạm thời trong một thời gian ngắn để mổ xử trí vết thương.

Một số chỉ định khác theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị do Bộ Y tế ban hành.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối khi garo cầm máu các vết thương đang chảy máu.

4. THẬN TRỌNG

Người bị bệnh mạch máu ngoại biên, tiểu đường, bệnh hồng cầu hình liềm, huyết khối tĩnh mạch sâu hoặc chấn thương dập nát nặng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 bác sỹ
- 01 điều dưỡng

5.2. Thuốc:

- Huyết thanh uốn ván
- Thuốc giảm đau nếu cần
- Thuốc gây tê tại chỗ Xylocain 2%
- Dịch truyền: NaCl 0,9%

5.3. Vật tư

- Bông vô khuẩn
- Các loại gạc vô khuẩn
- Băng cuộn
- Kẹp Kocher
- Kim và chỉ khâu da
- Cồn sát trùng
- Dây oxy
- Dây garo
- Dây truyền dịch

5.4. Trang thiết bị

- Hệ thống máy theo dõi
- Hệ thống oxy

5.5. Người bệnh

- Được giải thích về kỹ thuật garô cầm máu sắp tiến hành.

- Nằm đầu thấp, thở oxy và đặt đường truyền tĩnh mạch

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: tùy theo thời gian thực tế của kỹ thuật

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thủ thuật.

5.9. Kiểm tra hồ sơ

- Kiểm tra lại hồ sơ người bệnh

- Khám và đánh giá lại tình trạng vết thương và mức độ chảy máu

- Đặt tư thế người bệnh: nằm đầu thấp, thở oxy và đặt đường truyền tĩnh mạch nếu chảy máu nặng.

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Bước 1:

Ấn động mạch ở phía trên vết thương để tạm thời cầm máu.

6.2. Bước 2:

Lót vải hoặc gạc ở chỗ định đặt garô hoặc dùng ngay ống quần, ống tay áo để lót.

6.3. 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.

6.4. 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.

6.5. Đánh giá

- Đánh giá tình trạng chảy máu của vết thương.
- Đánh giá tình trạng tưới máu ở đầu chi garo
 - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện thủ thuật.
 - Kết thúc thủ thuật và ghi hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. 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 garo
- Với các vết thương garo cần theo dõi thời gian garo, thời gian vận chuyển và thời gian nói garo.

7.2. Xử trí tai biến

- Vết thương vẫn tiếp tục chảy máu: Cần kiểm tra lại vị trí chảy máu và cầm máu lại vết thương.
- Thiếu máu đầu chi băng ép

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2014). Quyết định về việc ban hành tài liệu "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Hồi sức - Cấp cứu và chống độc". Quyết định 1904/QĐ-BYT ngày 30/05/2014 của Bộ Y tế.

Bộ Y tế (2025). Quyết định ban hành “Tài liệu huấn luyện sơ cứu, cấp cứu tại nơi làm việc”. Quyết định 636/QĐ-BYT ngày 21/02/2025 của Bộ Y tế.

CỔ ĐỊNH TẠM THỜI CỘT SỐNG CỔ BẰNG NỆP

1. ĐẠI CƯƠNG

Cổ định tạm thời cột sống cổ bằng nẹp là biện pháp cấp cứu – hồi sức nhằm bất động cột sống cổ trong các trường hợp nghi ngờ hoặc đã xác định có chấn thương cột sống cổ. Kỹ thuật này giúp hạn chế di lệch thứ phát các đốt sống cổ, phòng ngừa tổn thương tủy sống và rễ thần kinh, tạo điều kiện an toàn cho vận chuyển, thăm khám và điều trị tiếp theo.

2. CHỈ ĐỊNH

- Nghi ngờ chấn thương cột sống cổ sau tai nạn giao thông, tai nạn lao động, ngã cao.
- Chấn thương đầu – mặt – cổ chưa loại trừ được tổn thương cột sống cổ.
- Người bệnh đa chấn thương.
- Gãy, trật cột sống cổ đã được chẩn đoán.
- Người bệnh hôn mê hoặc không hợp tác, không thể đánh giá chính xác cột sống cổ.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối.
- Chống chỉ định tương đối: biến dạng cổ quá lớn không đặt được nẹp tiêu chuẩn (cần phương pháp cố định khác).

4. THẬN TRỌNG

- Không được xoay, gấp, uốn cổ trong quá trình đặt nẹp.
- Luôn giữ trục đầu – cổ – thân thẳng hàng.
- Theo dõi sát hô hấp và tuần hoàn sau đặt nẹp.
- Thận trọng ở người bệnh có vết thương vùng cổ, suy hô hấp hoặc nôn ói.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ hoặc điều dưỡng đã được huấn luyện cấp cứu chấn thương.

5.2. Nhân lực

- Ít nhất 02 người:
 - + 01 người giữ cổ định đầu – cổ.
 - + 01 người đặt nẹp và cố định.

5.3. Phương tiện

- Nẹp cổ cứng (Philadelphia, nẹp cổ điều chỉnh).
- Băng cố định (nếu cần).
- Giường cấp cứu hoặc cang cứng.

5.4. Người bệnh

- Nằm ngửa trên mặt phẳng cứng.
- Được giữ đầu – cổ ở tư thế trung gian.
- Giải thích ngắn gọn nếu người bệnh tỉnh.

5.5. Hồ sơ

- Ghi nhận thời điểm đặt nẹp.
- Tình trạng thần kinh trước và sau cố định.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Cố định đầu – cổ thủ công

- Một người đứng phía đầu người bệnh.
- Hai tay giữ hai bên đầu, giữ cổ ở tư thế trung gian, không xoay, không gấp uốn.

6.2. Bước 2: Lựa chọn và chuẩn bị nẹp

- Chọn nẹp cổ có kích thước phù hợp với người bệnh.
- Điều chỉnh chiều cao nẹp phù hợp khoảng cách từ cằm đến hõm ức.

6.3. Bước 3: Đặt nẹp cổ

- Luồn phần sau nẹp vào sau cổ.
- Đặt phần trước nẹp vào trước cổ, tựa cằm đúng vị trí.
- Cài khóa hoặc dán cố định hai bên nẹp.

6.4. Bước 4: Kiểm tra sau cố định

- Kiểm tra:
 - + Tư thế đầu – cổ thẳng trục.
 - + Không chèn ép đường thở.
 - + Người bệnh thở dễ dàng.
- Đánh giá vận động và cảm giác tứ chi nếu người bệnh tỉnh.

6.5. Bước 5: Hoàn tất

- Duy trì nẹp trong suốt quá trình vận chuyển, thăm dò chấn đoán và điều trị.
- Chỉ tháo nẹp khi đã loại trừ tổn thương cột sống cổ hoặc có chỉ định thay phương pháp cố định khác.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Theo dõi hô hấp, tri giác.
- Theo dõi đau cổ, tê bì, yếu chi.
- Kiểm tra da vùng cằm, cổ, vai.

7.2. Tai biến và xử trí

- Khó thở, nuốt khó:
 - + Nói lỏng hoặc điều chỉnh lại nẹp.
- Đau tăng, tê yếu chi:
 - + Bất động tốt hơn, đánh giá lại tổn thương.
- Loét tỳ đè vùng cổ:
 - + Kiểm tra định kỳ, điều chỉnh nẹp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2014). *Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa – Chấn thương chỉnh hình.*
Quyết định số 198/QĐ-BYT ngày 16/01/2014 của Bộ Y tế.

CỐ ĐỊNH TẠM THỜI CỘT SỐNG LƯNG BẰNG NỆP

1. ĐẠI CƯƠNG

Đây là kỹ thuật sử dụng nẹp cứng hoặc mặt phẳng cứng để bất động cột sống thắt lưng ngay sau chấn thương nhằm giữ cột sống lưng trên một đường thẳng. Nguyên lý dựa trên việc hạn chế tối đa các cử động xoắn vặn, gập hoặc ưỡn quá mức tại vùng lưng. Mục đích là ngăn ngừa tổn thương tủy sống và rễ thần kinh thứ phát, giảm đau, bảo vệ cấu trúc thần kinh và đảm bảo an toàn trong quá trình vận chuyển người bệnh đến cơ sở y tế chuyên khoa.

2. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh nghi ngờ bị gãy cột sống lưng hoặc thắt lưng sau tai nạn.
- Cơ chế chấn thương có nguy cơ cao tổn thương tủy như: ngã cao, tai nạn giao thông có lực va đập mạnh vào vùng lưng.
- Người bệnh đau dữ dội vùng cột sống thắt lưng, có biến dạng cột sống hoặc sưng nề sau chấn thương.
- Có dấu hiệu thần kinh khu trú: liệt hoặc giảm vận động chi dưới, giảm hoặc mất cảm giác da vùng thân mình và chân.
- Có biểu hiện rối loạn cơ tròn (đại tiểu tiện không tự chủ) sau chấn thương.
- Một số chỉ định khác theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị do Bộ Y tế ban hành.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối trong cấp cứu băng bó cố định chi gãy và chấn thương cột sống.

4. THẬN TRỌNG

- Tuyệt đối không kéo nắn đầu xương hoặc vị trí gãy nếu là gãy xương hở.
- Tránh làm xoắn vặn hoặc di động vùng lưng của người bệnh trong suốt quá trình đặt nẹp và di chuyển. Mọi thao tác lật người bệnh phải thực hiện theo nguyên tắc "lật sập cả khối".
- Thận trọng với những người bệnh đang trong tình trạng sốc, suy hô hấp hoặc vật vã, kích thích không phối hợp.
- Cần đảm bảo các dây buộc cố định đủ chặt để giữ bất động nhưng không được gây chèn ép tuần hoàn hoặc hô hấp.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

a) *Nhân lực trực tiếp*: Bác sĩ chuyên khoa chấn thương, bác sĩ đa khoa, điều dưỡng hoặc kỹ thuật viên đã được huấn luyện kỹ năng cố định cột sống.

b) *Nhân lực hỗ trợ*: Tối thiểu 2-3 người để hỗ trợ lật và cố định người bệnh an toàn.

5.2. Thuốc

- Các thuốc giảm đau toàn thân (như Feldene 20mg tiêm bắp) hoặc thuốc an thần nếu cần thiết theo y lệnh của bác sĩ.

5.3. Vật tư

- Nẹp cứng (nẹp gỗ, nẹp kim loại hoặc ván cứng) phải đảm bảo đủ độ dài và rộng.
- Băng cuộn, dây buộc bản to (chi dưới cần 4-5 dây dài).
- Bông mớ hoặc vải mềm để đệm lót tại các điểm tỳ đè và các mấu xương.

5.4. Trang thiết bị

- Càng cứu thương mặt phẳng cứng hoặc giường nằm có mặt phẳng cứng vững chắc.

5.5. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng: Được giải thích rõ về kỹ thuật sắp tiến hành để yên tâm hợp tác.
- Đánh giá các chức năng sống (ABC: Đường thở, Hô hấp, Tuần hoàn) trước khi thực hiện.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: "Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật."

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại hiện trường cấp cứu, phòng thủ thuật hoặc tại buồng bệnh.

5.9. Kiểm tra hồ sơ

- 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: Đánh giá đúng người bệnh, chỉ định và tình trạng tri giác.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật (nếu là phẫu thuật, thủ thuật)* theo dữ liệu người dùng cung cấp: Thực hiện bảng kiểm an toàn thủ thuật.
- Đặt tư thế BN:* ghi tư thế bệnh nhân theo dữ liệu người dùng cung cấp: Đặt người bệnh nằm thẳng, ngửa trên ván cứng hoặc cang phẳng cứng.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Đánh giá và chuẩn bị

- Kiểm tra tình trạng đường thở, hô hấp và tuần hoàn (ABC) của người bệnh.
- Xác định sơ bộ vị trí tổn thương, kiểm soát chảy máu ngoài nếu có.
- Huy động đủ nhân lực (tối thiểu 3 người) trước khi di chuyển người bệnh.

6.2. Bước 2: Đặt tư thế người bệnh

- Đặt người bệnh nằm thẳng, ngửa trên ván cứng hoặc cang phẳng cứng.

- Nếu cần lật người bệnh từ tư thế nằm sấp hoặc nghiêng, phải thực hiện động tác lật sấp cả khối (lật như một tấm ván), với một người chỉ huy giữ cố định đầu-cổ-và thân, tránh làm lưng bị xoắn vặn.

6.3. Bước 3: Đệm lót

- Dùng bông mỡ hoặc vải mềm đệm vào các vùng hõm tự nhiên của cột sống (như vùng thắt lưng) và các điểm xương nhô dễ tỳ đè (như xương cụt, gai chậu) để tránh gây đau và loét da.

6.4. Bước 4: Đặt nẹp và cố định

- Sử dụng mặt phẳng cứng của cang/ván làm nẹp cố định chính.
- Dùng các dải dây bản to buộc cố định người bệnh vào nẹp/ván ở các vị trí: ngang ngực, ngang hông (trên mào chậu), trên đầu gối và trên mắt cá chân. Các dây buộc phải đủ chặt để đảm bảo toàn thân không bị xô dịch khi vận chuyển.

6.5. Bước 5: Kiểm tra sau cố định

- Đánh giá lại tình trạng tưới máu vùng ngón chi (màu sắc da, nhiệt độ, mạch mu chân).
- Kiểm tra lại vận động và cảm giác của hai chân người bệnh sau khi cố định.

6.6. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật: Đánh giá lại toàn trạng (mạch, huyết áp, nhịp thở, tri giác).
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ: Ghi rõ tình trạng thần kinh (vận động, cảm giác) trước và sau cố định.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo: Bàn giao người bệnh cho bộ phận chuyên khoa (hoặc nhân viên vận chuyển) để xử trí tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- *Choáng, sốc do đau*: Cần giảm đau tốt và thực hiện các động tác nhẹ nhàng, nhanh chóng. Xử trí sốc theo phác đồ.
- *Liệt tủy thứ phát*: Do nắn chỉnh thô bạo làm di lệch xương chèn ép tủy. Xử trí: Ngừng ngay thao tác, tháo bỏ nẹp cố định sai, đánh giá lại thần kinh và cố định lại đúng tư thế trung lập.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- *Di lệch xương gãy thêm*: Do cố định chưa tốt hoặc vận chuyển không đúng cách (xóc, nghiêng). Xử trí: Chụp X-quang kiểm tra và nẹp cố định lại để tránh di lệch thêm.

- *Chèn ép tuần hoàn hoặc thần kinh*: Nếu dây buộc quá chặt gây tê bì, tím tái chi hoặc khó thở. Xử trí: Nới lỏng dây buộc ở mức cần thiết nhưng vẫn đảm bảo tính bất động.

7.3. Biến chứng muộn

- *Loét điểm tỳ*: Do đệm lót không đủ hoặc bất động lâu. Cần phát hiện sớm, chăm sóc da và thay đổi điểm tỳ nếu có thể.
- *Co cứng cơ, teo cơ*: Do bất động kéo dài. Cần lưu ý khi lập kế hoạch phục hồi chức năng sau điều trị chính.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2016). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Hồi sức, cấp cứu và chống độc. Quyết định số 4825/QĐ-BYT của Bộ Y tế

CỐ ĐỊNH TẠM THỜI XƯƠNG CHẬU

1. ĐẠI CƯƠNG

Cố định tạm thời xương chậu là biện pháp cấp cứu nhằm bất động khung chậu trong các trường hợp nghi ngờ hoặc đã xác định có gãy xương chậu. Kỹ thuật này giúp giảm di lệch các mảnh gãy, hạn chế chảy máu trong khung chậu, giảm đau và phòng ngừa các biến chứng nguy hiểm, tạo điều kiện an toàn cho vận chuyển và điều trị tiếp theo.

2. CHỈ ĐỊNH

- Nghi ngờ gãy xương chậu sau tai nạn giao thông, ngã cao, tai nạn lao động.
- Gãy xương chậu đã được chẩn đoán trên lâm sàng hoặc hình ảnh học.
- Đa chấn thương, đặc biệt kèm dấu hiệu sốc do mất máu.
- Người bệnh đau nhiều vùng chậu, biến dạng khung chậu.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối.
- Chống chỉ định tương đối: vết thương hở lớn vùng chậu cản trở việc đặt phương tiện cố định (cần xử trí phù hợp).

4. THẬN TRỌNG

- Không ấn ép, không nắn bóp khung chậu nhiều lần.
- Đặt cố định đúng vị trí giải phẫu để đạt hiệu quả cầm máu.
- Theo dõi sát tình trạng huyết động.
- Phối hợp đồng thời các biện pháp hồi sức chống sốc.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ hoặc điều dưỡng được huấn luyện cấp cứu chấn thương.

5.2. Nhân lực

- Ít nhất 02–03 người.

5.3. Phương tiện

- Đai cố định xương chậu chuyên dụng hoặc băng vải/băng thun bản rộng.
- Cáng cứng hoặc giường phẳng.

5.4. Người bệnh

- Nằm ngửa trên mặt phẳng cứng.
- Hai chi dưới duỗi thẳng, khép nhẹ.
- Giải thích ngắn gọn nếu người bệnh tỉnh.

5.5. Hồ sơ

- Ghi nhận thời điểm cố định.
- Đánh giá huyết động và thần kinh trước và sau cố định.

6. TIỀN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Đánh giá ban đầu

- Đánh giá nhanh tình trạng huyết động.
- Nghi ngờ gãy xương chậu khi có đau, biến dạng, bầm tím vùng chậu hoặc sốc không rõ nguyên nhân.

6.2. Bước 2: Đặt phương tiện cố định

- Đặt đai hoặc băng bản rộng vòng quanh khung chậu.
- Vị trí đặt: ngang mức mấu chuyển lớn xương đùi (không đặt cao ở bụng).

6.3. Bước 3: Cố định

- Siết chặt vừa đủ để ép khung chậu.
- Đảm bảo cố định chắc chắn nhưng không gây chèn ép quá mức.

6.4. Bước 4: Kiểm tra sau cố định

- Kiểm tra đau vùng chậu giảm.
- Theo dõi mạch, huyết áp, tình trạng sốc.
- Kiểm tra vận động, cảm giác hai chi dưới.

6.5. Bước 5: Hoàn tất

- Duy trì cố định trong suốt quá trình vận chuyển và điều trị tiếp theo.
- Không tháo bỏ cố định khi chưa có chỉ định của bác sĩ chuyên khoa.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Theo dõi mạch, huyết áp, dấu hiệu mất máu.
- Theo dõi đau, tê yếu chi dưới.
- Theo dõi da vùng đặt đai.

7.2. Tai biến và xử trí

- Cố định quá chặt gây đau hoặc rối loạn tuần hoàn:
 - + Nới lỏng và điều chỉnh lại đai.
- Cố định không đúng vị trí, không hiệu quả cầm máu:
 - + Đặt lại đúng mức mấu chuyển lớn.
- Loét tỳ đè:
 - + Kiểm tra định kỳ, điều chỉnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2014). *Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa –
Chấn thương chỉnh hình.*
Quyết định số 198/QĐ-BYT ngày 16/01/2014 của Bộ Y tế.

CỐ ĐỊNH TẠM THỜI XƯƠNG VAI

1. ĐẠI CƯƠNG

Cố định tạm thời xương vai là biện pháp cấp cứu nhằm bất động vùng vai trong các trường hợp nghi ngờ hoặc đã xác định có tổn thương xương vai như gãy xương đòn, xương bả vai, đầu trên xương cánh tay hoặc trật khớp vai. Kỹ thuật giúp giảm đau, hạn chế di lệch thứ phát, phòng ngừa tổn thương mạch máu – thần kinh và tạo điều kiện an toàn cho vận chuyển, chẩn đoán và điều trị tiếp theo.

2. CHỈ ĐỊNH

- Nghi ngờ hoặc đã chẩn đoán gãy xương vùng vai (xương đòn, xương bả vai, đầu trên xương cánh tay).
- Trật khớp vai chưa nắn chỉnh.
- Chấn thương vùng vai đau nhiều, biến dạng.
- Đa chấn thương cần cố định tạm thời trước điều trị chuyên khoa.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối.
- Chống chỉ định tương đối: vết thương hở lớn vùng vai cần xử trí ưu tiên.

4. THẬN TRỌNG

- Không cố nắn chỉnh ổ gãy hoặc khớp khi chưa có chỉ định.
- Thận trọng với tổn thương mạch máu, thần kinh vùng vai.
- Cố định ở tư thế chức năng, tránh gây đau tăng.
- Theo dõi sát tình trạng tuần hoàn và thần kinh chi trên.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ hoặc điều dưỡng được huấn luyện cấp cứu chấn thương.

5.2. Nhân lực

- 01–02 người.

5.3. Phương tiện

- Băng treo tay, băng tam giác.
- Băng vòng ngực – vai (băng số 8 hoặc băng Desault).
- Gạc, băng vải.

5.4. Người bệnh

- Người bệnh ở tư thế ngồi hoặc nửa nằm.
- Tay bên tổn thương áp sát thân mình.
- Giải thích ngắn gọn nếu người bệnh tỉnh.

5.5. Hồ sơ

- Ghi nhận thời điểm cố định.
- Đánh giá mạch, cảm giác, vận động chi trên trước và sau cố định.

6. TIỀN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Đánh giá ban đầu

- Đánh giá nhanh tổn thương vùng vai.
- Kiểm tra mạch quay, cảm giác và vận động bàn tay.

6.2. Bước 2: Đặt chi vào tư thế chức năng

- Gấp khuỷu khoảng 90°.
- Cẳng tay đặt trước bụng hoặc áp sát ngực.

6.3. Bước 3: Cố định

- Dùng băng treo tay để đỡ cẳng tay.
- Dùng băng vòng ngực – vai cố định cánh tay vào thân mình.
- Đảm bảo cố định chắc nhưng không quá chặt.

6.4. Bước 4: Kiểm tra sau cố định

- Kiểm tra lại mạch, vận động, cảm giác chi trên.
- Đánh giá mức độ giảm đau.

6.5. Bước 5: Hoàn tất

- Duy trì cố định trong quá trình vận chuyển và chờ điều trị tiếp theo.
- Hướng dẫn người bệnh giữ cố định, không vận động vai.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Theo dõi đau, sưng vùng vai.
- Theo dõi mạch, cảm giác, vận động bàn tay.
- Theo dõi da vùng cố định.

7.2. Tai biến và xử trí

- Cố định quá chặt gây đau, tê:
 - + Nới lỏng băng.
- Di lệch thứ phát:
 - + Cố định lại đúng tư thế, chuyên chuyên khoa.
- Rối loạn thần kinh – mạch máu:
 - + Báo bác sĩ và xử trí khẩn cấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2014). *Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa – Chấn thương chỉnh hình.*

Quyết định số 198/QĐ-BYT ngày 16/01/2014 của Bộ Y tế.

CỐ ĐỊNH TẠM THỜI XƯƠNG ĐÒN

1. ĐẠI CƯƠNG

Cố định tạm thời xương đòn là biện pháp cấp cứu nhằm bất động vùng vai - đòn trong các trường hợp nghi ngờ hoặc đã xác định gãy xương đòn. Kỹ thuật giúp giảm đau, hạn chế di lệch thứ phát, phòng ngừa tổn thương mạch máu - thần kinh và tạo điều kiện an toàn cho vận chuyển, thăm khám và điều trị tiếp theo.

2. CHỈ ĐỊNH

- Nghi ngờ hoặc đã chẩn đoán gãy xương đòn.
- Chấn thương vùng vai - đòn đau nhiều, biến dạng.
- Gãy xương đòn trong đa chấn thương cần cố định tạm thời.
- Trước khi chuyển tuyến hoặc chờ can thiệp chuyên khoa.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối.
- Chống chỉ định tương đối: vết thương hở lớn vùng đòn cần xử trí ưu tiên.

4. THẬN TRỌNG

- Không cố nắn chỉnh ổ gãy khi chưa có chỉ định.
- Thận trọng với tổn thương mạch máu, thần kinh vùng dưới đòn.
- Cố định ở tư thế chức năng, tránh gây đau tăng.
- Theo dõi sát tuần hoàn và thần kinh chi trên.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ hoặc điều dưỡng được huấn luyện cấp cứu chấn thương.

5.2. Nhân lực

- 01-02 người.

5.3. Phương tiện

- Băng treo tay.
- Băng số 8 (băng vòng vai - đòn) hoặc băng tam giác.
- Gạc, băng vải.

5.4. Người bệnh

- Người bệnh ở tư thế ngồi hoặc nửa nằm.
- Tay bên tổn thương áp sát thân mình.
- Giải thích ngắn gọn nếu người bệnh tỉnh.

5.5. Hồ sơ

- Ghi nhận thời điểm cố định.

- Đánh giá mạch, cảm giác, vận động chi trên trước và sau cố định.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Đánh giá ban đầu

- Đánh giá đau, biến dạng vùng xương đòn.
- Kiểm tra mạch quay, cảm giác và vận động bàn tay.

6.2. Bước 2: Đặt tư thế chi

- Gấp khuỷu tay khoảng 90° .
- Kéo nhẹ vai ra sau và lên trên (không nắn ổ gãy).

6.3. Bước 3: Cố định

- Dùng băng treo tay để đỡ căng tay.
- Dùng băng số 8 vòng qua hai vai, bắt chéo sau lưng.
- Điều chỉnh độ chặt vừa đủ để giữ vai ra sau.

6.4. Bước 4: Kiểm tra sau cố định

- Kiểm tra lại mạch, vận động và cảm giác chi trên.
- Đánh giá mức độ giảm đau.

6.5. Bước 5: Hoàn tất

- Duy trì cố định trong suốt quá trình vận chuyển.
- Hướng dẫn người bệnh hạn chế vận động vai.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Theo dõi đau, sưng vùng đòn - vai.
- Theo dõi tuần hoàn, cảm giác chi trên.
- Theo dõi da vùng đặt băng.

7.2. Tai biến và xử trí

- Băng quá chặt gây đau, tê:
 - + Nới lỏng băng.
- Di lệch thứ phát:
 - + Cố định lại, chuyển tuyến chuyên khoa.
- Rối loạn thần kinh - mạch máu:
 - + Xử trí cấp cứu và báo bác sĩ ngay.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2014). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa - Chấn thương chỉnh hình. Quyết định số 198/QĐ-BYT ngày 16/01/2014 của Bộ Y tế.

CỐ ĐỊNH TẠM THỜI XƯƠNG CẰNG TAY

1. ĐẠI CƯƠNG

Cố định tạm thời xương cẳng tay là biện pháp cấp cứu nhằm bất động xương quay và/hoặc xương trụ trong các trường hợp nghi ngờ hoặc đã xác định gãy xương cẳng tay. Kỹ thuật giúp giảm đau, hạn chế di lệch thứ phát, phòng ngừa tổn thương mạch máu – thần kinh và bảo đảm an toàn cho người bệnh trong quá trình vận chuyển, thăm khám và điều trị tiếp theo.

2. CHỈ ĐỊNH

- Nghi ngờ hoặc đã chẩn đoán gãy xương cẳng tay.
- Chấn thương cẳng tay đau nhiều, biến dạng.
- Gãy xương cẳng tay trong đa chấn thương cần cố định tạm thời.
- Trước khi chuyển tuyến hoặc chờ can thiệp chuyên khoa.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối.
- Chống chỉ định tương đối: vết thương hở lớn cần xử trí ưu tiên.

4. THẬN TRỌNG

- Không cố nắn chỉnh ổ gãy khi chưa có chỉ định.
- Theo dõi sát mạch máu và thần kinh ngoại vi.
- Cố định ở tư thế chức năng, tránh gây đau tăng.
- Không băng quá chặt gây chèn ép khoang.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ hoặc điều dưỡng được huấn luyện cấp cứu chấn thương.

5.2. Nhân lực

- 01–02 người.

5.3. Phương tiện

- Nẹp cẳng tay (nẹp nhôm, nẹp gỗ hoặc nẹp nhựa).
- Băng cuộn, băng tam giác.
- Gạc, bông lót.

5.4. Người bệnh

- Người bệnh ở tư thế ngồi hoặc nửa nằm.
- Tay bên tổn thương để tư thế trung gian.
- Giải thích ngắn gọn nếu người bệnh tỉnh.

5.5. Hồ sơ

- Ghi nhận thời điểm cố định.
- Đánh giá mạch, cảm giác, vận động trước và sau cố định.

6. TIỀN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Đánh giá ban đầu

- Đánh giá đau, sưng, biến dạng cẳng tay.
- Kiểm tra mạch quay, cảm giác và vận động bàn tay.

6.2. Bước 2: Đặt tư thế chi

- Gấp khuỷu tay khoảng 90°.
- Cẳng tay ở tư thế trung gian hoặc ngửa nhẹ.

6.3. Bước 3: Đặt nẹp

- Lót bông dọc theo cẳng tay.
- Đặt nẹp dọc hai bên cẳng tay, từ khuỷu đến cổ tay.

6.4. Bước 4: Cố định

- Băng cố định nẹp bằng băng cuộn.
- Băng vừa đủ chặt để bất động nhưng không gây chèn ép.
- Treo tay bằng băng tam giác.

6.5. Bước 5: Kiểm tra sau cố định

- Kiểm tra lại mạch, vận động, cảm giác bàn tay.
- Đánh giá mức độ giảm đau.

6.6. Bước 6: Hoàn tất

- Duy trì cố định trong quá trình vận chuyển.
- Hướng dẫn người bệnh hạn chế vận động chi trên.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Theo dõi đau, sưng cẳng tay.
- Theo dõi tuần hoàn, cảm giác, vận động bàn tay.
- Theo dõi dấu hiệu chèn ép khoang.

7.2. Tai biến và xử trí

- Băng quá chặt gây đau, tê, tím:
 - + Nới lỏng băng ngay.
- Di lệch thứ phát:
 - + Cố định lại, chuyển chuyên khoa.
- Chèn ép khoang:
 - + Xử trí cấp cứu, rạch băng, báo bác sĩ ngay.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2014). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa – Chấn thương chỉnh hình. Quyết định số 198/QĐ-BYT ngày 16/01/2014 của Bộ Y tế.

CỐ ĐỊNH TẠM THỜI XƯƠNG CÁNH TAY

1. ĐẠI CƯƠNG

Cố định tạm thời xương cánh tay là biện pháp cấp cứu nhằm bất động xương cánh tay trong các trường hợp nghi ngờ hoặc đã xác định gãy xương cánh tay. Kỹ thuật giúp giảm đau, hạn chế di lệch thứ phát, phòng ngừa tổn thương mạch máu – thần kinh và bảo đảm an toàn cho người bệnh trong quá trình vận chuyển, thăm khám và điều trị tiếp theo.

2. CHỈ ĐỊNH

- Nghi ngờ hoặc đã chẩn đoán gãy xương cánh tay.
- Chấn thương cánh tay đau nhiều, biến dạng.
- Gãy xương cánh tay trong đa chấn thương cần cố định tạm thời.
- Trước khi chuyển tuyến hoặc chờ can thiệp chuyên khoa.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối.
- Chống chỉ định tương đối: vết thương hở lớn vùng cánh tay cần xử trí ưu tiên.

4. THẬN TRỌNG

- Không cố nắn chỉnh ổ gãy khi chưa có chỉ định.
- Theo dõi sát tổn thương thần kinh quay, mạch cánh tay.
- Cố định ở tư thế chức năng, tránh gây đau tăng.
- Không băng quá chặt gây chèn ép khoang.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ hoặc điều dưỡng được huấn luyện cấp cứu chấn thương.

5.2. Nhân lực

- 01–02 người.

5.3. Phương tiện

- Nẹp cánh tay (nẹp nhôm, nẹp gỗ hoặc nẹp nhựa).
- Băng cuộn, băng tam giác.
- Gạc, bông lót.

5.4. Người bệnh

- Người bệnh ở tư thế ngồi hoặc nửa nằm.
- Tay bên tổn thương để tư thế trung gian.
- Giải thích ngắn gọn nếu người bệnh tỉnh.

5.5. Hồ sơ

- Ghi nhận thời điểm cố định.
- Đánh giá mạch, cảm giác, vận động chi trên trước và sau cố định.

6. TIỀN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Đánh giá ban đầu

- Đánh giá đau, sưng, biến dạng cánh tay.
- Kiểm tra mạch quay, cảm giác, vận động bàn tay và cổ tay (đặc biệt thần kinh quay).

6.2. Bước 2: Đặt tư thế chi

- Gấp khuỷu tay khoảng 90°.
- Cánh tay áp sát thân mình, căng tay trước ngực.

6.3. Bước 3: Đặt nẹp

- Lót bông dọc theo cánh tay.
- Đặt nẹp dọc hai bên cánh tay, từ vai đến khuỷu.

6.4. Bước 4: Cố định

- Băng cố định nẹp bằng băng cuộn.
- Băng vừa đủ chặt để bất động nhưng không gây chèn ép.
- Treo tay bằng băng tam giác và cố định cánh tay vào thân mình.

6.5. Bước 5: Kiểm tra sau cố định

- Kiểm tra lại mạch, vận động, cảm giác bàn tay.
- Đánh giá mức độ giảm đau.

6.6. Bước 6: Hoàn tất

- Duy trì cố định trong quá trình vận chuyển.
- Hướng dẫn người bệnh hạn chế vận động chi trên.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Theo dõi đau, sưng cánh tay.
- Theo dõi tuần hoàn, cảm giác, vận động bàn tay.
- Theo dõi dấu hiệu chèn ép khoang.

7.2. Tai biến và xử trí

- Băng quá chặt gây đau, tê, tím:
 - + Nới lỏng băng ngay.
- Di lệch thứ phát:
 - + Cố định lại, chuyển chuyên khoa.
- Tổn thương thần kinh quay:
 - + Báo bác sĩ và xử trí kịp thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2014). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa – Chấn thương chỉnh hình. Quyết định số 198/QĐ-BYT ngày 16/01/2014 của Bộ Y tế.

CỐ ĐỊNH TẠM THỜI XƯƠNG ĐÙI

1. ĐẠI CƯƠNG

Cố định tạm thời xương đùi là kỹ thuật cấp cứu – hồi sức chấn thương nhằm bất động tạm thời ổ gãy xương đùi bằng các phương tiện bên ngoài (nẹp, nẹp kéo, băng cố định) trước khi tiến hành điều trị triệt để. Mục đích là giảm đau, hạn chế di lệch ổ gãy, giảm chảy máu, phòng sốc chấn thương và tạo điều kiện an toàn cho vận chuyển hoặc chuẩn bị phẫu thuật kết hợp xương.

2. CHỈ ĐỊNH

- Gãy xương đùi kín hoặc hở trong cấp cứu chấn thương.
- Gãy xương đùi trong đa chấn thương cần xử trí theo nguyên tắc ATLS.
- Gãy xương đùi kèm sốc chấn thương.
- Gãy xương đùi cần vận chuyển người bệnh đi tuyến trên.
- Gãy xương đùi chờ phẫu thuật kết hợp xương.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối.
- Thận trọng khi:
 - + Gãy xương đùi kèm tổn thương mạch máu lớn cần phẫu thuật cấp cứu.
 - + Gãy xương đùi hở độ III cần xử trí phẫu thuật sớm.

4. THẬN TRỌNG

- Không nắn chỉnh thô bạo gây tổn thương thêm phần mềm, mạch máu, thần kinh.
- Cố định phải bao gồm cả khớp háng và khớp gối.
- Theo dõi sát tuần hoàn, cảm giác chi dưới sau cố định.
- Thận trọng với nẹp kéo trong trường hợp nghi ngờ tổn thương khớp háng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ hoặc điều dưỡng được đào tạo cấp cứu chấn thương.
- Có thể phối hợp bác sĩ chấn thương chỉnh hình.

5.2. Nhân lực

- 01 người thực hiện chính.
- 01–02 người hỗ trợ giữ chi.

5.3. Phương tiện

- Nẹp cố định xương đùi (nẹp Thomas, nẹp kéo hoặc nẹp cứng).

- Băng cuộn, băng tam giác, dây cố định.
- Băng lót.
- Thuốc giảm đau (nếu cần).

5.4. Người bệnh

- Được đánh giá nhanh theo ABCDE (ATLS).
- Giải thích ngắn gọn cho người bệnh/người nhà (nếu tỉnh).
- Cởi bỏ quần áo vùng đùi bên tổn thương để quan sát.

5.5. Hồ sơ

- Ghi nhận thời gian chấn thương, tình trạng ban đầu.
- Tình trạng chi trước và sau cố định.
- Phương tiện cố định đã sử dụng.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Đánh giá ban đầu

- Đánh giá mức độ đau, biến dạng chi.
- Kiểm tra mạch mu chân, mạch khoeo.
- Đánh giá vận động, cảm giác chi dưới.
- Kiểm soát chảy máu nếu có.

6.2. Bước 2: Đặt tư thế

- Người bệnh nằm ngửa trên cáng hoặc giường phẳng.
- Hai chi dưới duỗi thẳng.
- Một người giữ cố định chi tổn thương.

6.3. Bước 3: Nắn chỉnh sơ bộ

- Kéo dọc trục chi nhẹ nhàng để giảm chèn ép.
- Không cố nắn giải phẫu hoàn toàn.
- Mục đích: giảm đau và thuận lợi cho cố định.

6.4. Bước 4: Cố định tạm thời

- Lót bông vùng máu chuyển lớn, lòi cầu đùi, cổ chân.
- Đặt nẹp dọc theo mặt ngoài chi từ vùng chày đến cổ chân.
- Cố định nẹp bằng băng cuộn tại các vị trí:
 - + Vùng chày/hông.
 - + Đùi trên và dưới ổ gãy.
 - + Khớp gối.
 - + Cẳng chân.
- Với nẹp kéo: điều chỉnh lực kéo phù hợp, không quá mức.

6.5. Bước 5: Kiểm tra sau cố định

- Kiểm tra lại mạch máu ngoại vi.
- Kiểm tra cảm giác và vận động bàn chân.
- Đánh giá mức độ đau của người bệnh.

6.6. Bước 6: Kết thúc

- Ghi chép hồ sơ.
- Chuẩn bị vận chuyển an toàn hoặc chuyển sang điều trị tiếp theo.
- Theo dõi liên tục trong quá trình vận chuyển.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Theo dõi đau, sưng, biến dạng chi.
- Theo dõi mạch, màu sắc, nhiệt độ bàn chân.
- Theo dõi dấu hiệu sốc chấn thương.

7.2. Tai biến và xử trí

- **Chèn ép mạch máu, thần kinh:** nới lỏng nẹp, điều chỉnh lại.
- **Đau tăng:** đánh giá lại cố định, bổ sung giảm đau.
- **Di lệch thêm ổ gãy:** cố định lại đúng kỹ thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2017). *Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Chấn thương chỉnh hình – Cấp cứu chấn thương*.
Quyết định số 4790/QĐ-BYT ngày 25/10/2017 của Bộ Y tế.

CỐ ĐỊNH TẠM THỜI XƯƠNG CẰNG CHÂN

1. ĐẠI CƯƠNG

Cố định tạm thời xương cẳng chân là kỹ thuật cấp cứu nhằm bất động tạm thời ổ gãy xương chày và/hoặc xương mác bằng các phương tiện bên ngoài như nẹp cứng, nẹp tạm thời hoặc băng cố định. Kỹ thuật giúp giảm đau, hạn chế di lệch ổ gãy, giảm tổn thương phần mềm, phòng sóc chấn thương và tạo điều kiện an toàn cho vận chuyển hoặc điều trị tiếp theo.

2. CHỈ ĐỊNH

- Gãy xương cẳng chân kín hoặc hở trong cấp cứu chấn thương.
- Gãy xương cẳng chân trong đa chấn thương.
- Gãy xương cẳng chân kèm đau nhiều, biến dạng chi.
- Gãy xương cẳng chân cần vận chuyển người bệnh đi tuyến trên.
- Gãy xương cẳng chân chờ phẫu thuật kết hợp xương.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối.
- Thận trọng trong trường hợp gãy xương cẳng chân kèm tổn thương mạch máu lớn cần can thiệp cấp cứu.

4. THẬN TRỌNG

- Không nắn chỉnh thô bạo gây tổn thương thêm phần mềm, mạch máu, thần kinh.
- Cố định phải bao gồm cả khớp gối và khớp cổ chân.
- Lót bông đầy đủ tại các điểm tỳ đè.
- Theo dõi sát tuần hoàn, cảm giác bàn chân sau cố định.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ hoặc điều dưỡng được đào tạo cấp cứu chấn thương.
- Có thể phối hợp bác sĩ chấn thương chỉnh hình.

5.2. Nhân lực

- 01 người thực hiện chính.
- 01–02 người hỗ trợ giữ chi.

5.3. Phương tiện

- Nẹp cẳng chân (nẹp cứng, nẹp nhựa, nẹp gỗ hoặc nẹp kim loại).
- Băng cuộn, băng tam giác.
- Bông lót.

- Thuốc giảm đau (nếu cần).

5.4. Người bệnh

- Được đánh giá nhanh theo ABCDE (ATLS).
- Giải thích ngắn gọn cho người bệnh/người nhà nếu tỉnh.
- Cởi bỏ giày dép, quần áo vùng cẳng chân để quan sát tổn thương.

5.5. Hồ sơ

- Ghi nhận thời gian tai nạn.
- Tình trạng chi trước và sau cố định.
- Phương tiện cố định đã sử dụng.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Đánh giá ban đầu

- Đánh giá đau, sưng, biến dạng cẳng chân.
- Kiểm tra mạch mu chân, mạch chày sau.
- Đánh giá vận động, cảm giác bàn chân.
- Kiểm soát chảy máu nếu có.

6.2. Bước 2: Đặt tư thế

- Người bệnh nằm ngửa.
- Cẳng chân ở tư thế trung gian.
- Một người giữ cố định chi tổn thương.

6.3. Bước 3: Nắn chỉnh sơ bộ

- Kéo dọc trục nhẹ nhàng để giảm chùng ngắn.
- Không cố nắn giải phẫu hoàn toàn.
- Mục đích giảm đau và thuận lợi cho cố định.

6.4. Bước 4: Cố định tạm thời

- Lót bông vùng lồi cầu gối, mặt trước xương chày, cổ chân, gót chân.
- Đặt nẹp dọc theo mặt sau hoặc hai bên cẳng chân, từ trên gối đến bàn chân.
- Cố định nẹp bằng băng cuộn tại các vị trí:
 - + Trên và dưới ổ gãy.
 - + Khớp gối.
 - + Khớp cổ chân.
- Đảm bảo chi được bất động vững chắc.

6.5. Bước 5: Kiểm tra sau cố định

- Kiểm tra lại mạch mu chân, mạch chày sau.
- Kiểm tra cảm giác, vận động các ngón chân.

- Đánh giá mức độ đau.

6.6. Bước 6: Kết thúc

- Ghi chép hồ sơ kỹ thuật.
- Chuẩn bị vận chuyển an toàn hoặc chuyển điều trị tiếp theo.
- Theo dõi liên tục trong quá trình vận chuyển.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Theo dõi đau, sưng căng chân.
- Theo dõi màu sắc, nhiệt độ, mạch bàn chân.
- Theo dõi dấu hiệu chèn ép khoang.

7.2. Tai biến và xử trí

- **Chèn ép mạch máu, thần kinh:** nới lỏng hoặc đặt lại nẹp.
- **Đau tăng, căng cứng căng chân:** nghĩ đến chèn ép khoang → xử trí cấp cứu.
- **Di lệch thêm ổ gãy:** cố định lại đúng kỹ thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2017). *Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Chấn thương chỉnh hình – Cấp cứu chấn thương*.
Quyết định số 4790/QĐ-BYT ngày 25/10/2017 của Bộ Y tế.

PHẪU THUẬT DẪN LƯU Ổ ÁP XE CƠ

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật dẫn lưu ổ áp xe cơ là kỹ thuật ngoại khoa nhằm mở ổ áp xe, dẫn lưu mủ, loại bỏ tổ chức hoại tử và làm sạch ổ nhiễm trùng trong khối cơ. Nguyên lý của kỹ thuật là dẫn lưu triệt để mủ kết hợp kiểm soát nhiễm khuẩn tại chỗ. Mục đích nhằm điều trị nhiễm trùng, giảm đau, phòng ngừa lan rộng và biến chứng toàn thân.

2. CHỈ ĐỊNH

Áp xe cơ được chẩn đoán xác định trên lâm sàng và/hoặc hình ảnh học.

Áp xe cơ có kích thước trung bình hoặc lớn, không đáp ứng với điều trị nội khoa.

Áp xe cơ gây đau nhiều, sốt, nhiễm trùng toàn thân.

Áp xe cơ có nguy cơ vỡ, lan rộng hoặc chèn ép các cấu trúc lân cận.

Một số chỉ định khác theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị do Bộ Y tế ban hành.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Tình trạng toàn thân nặng chưa cho phép can thiệp ngoại khoa.

Rối loạn đông máu nặng chưa được kiểm soát.

Áp xe nhỏ có thể điều trị bảo tồn hoặc chọc hút dưới hướng dẫn hình ảnh.

4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có bệnh lý nền nặng như đái tháo đường, suy giảm miễn dịch.

Áp xe nằm sâu, gần mạch máu, thần kinh lớn.

Cần phối hợp chẩn đoán hình ảnh để xác định chính xác vị trí và phạm vi ổ áp xe.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

a) Nhân lực trực tiếp: 01 Phẫu thuật viên chính, 01 Bác sĩ phụ mổ, 01 Điều dưỡng dụng cụ.

b) Nhân lực hỗ trợ: Bác sĩ Gây mê hồi sức, Điều dưỡng phòng mổ.

5.2. Thuốc

Kháng sinh điều trị theo kháng sinh đồ hoặc kinh nghiệm.

Dung dịch sát khuẩn da: Povidone Iodine 10% hoặc Chlorhexidine.

Dung dịch rửa vết mổ: Natri clorid 0,9%.

5.3. Vật tư

Bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản.

Dao mổ, kéo, panh kẹp.

Gạc vô khuẩn, băng ép.

Ống dẫn lưu phù hợp.

Chỉ khâu tiêu và không tiêu.

5.4. Trang thiết bị

Bàn mổ, đèn mổ vô khuẩn.

Máy hút dịch.

Dao mổ điện (nếu có).

5.5. Người bệnh

Bác sĩ giải thích cho người bệnh và người nhà về mục đích, quy trình, nguy cơ, biến chứng có thể xảy ra và tiên lượng.

Chuẩn bị người bệnh: vệ sinh vùng phẫu thuật, nhịn ăn theo quy định gây mê hoặc gây tê, đánh giá toàn trạng trước mổ.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật Tại phòng mổ vô khuẩn hoặc phòng thủ thuật theo quy định.

5.9. Kiểm tra hồ sơ

a) Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí dẫn lưu.

b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật trước khi rạch da.

c) Đặt tư thế người bệnh: tùy vị trí ổ áp xe.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Vô cảm và sát khuẩn Thực hiện gây mê toàn thân hoặc gây tê vùng phù hợp. Sát khuẩn rộng vùng phẫu thuật và trải khăn vô khuẩn.

6.2. Bước 2: Rạch da Rạch da theo vị trí ổ áp xe đã xác định, đảm bảo đường rạch thuận lợi cho dẫn lưu.

6.3. Bước 3: Bộc lộ và mở ổ áp xe Tách qua các lớp mô mềm đến ổ áp xe. Mở ổ áp xe, hút và lấy bỏ toàn bộ mũ.

6.4. Bước 4: Làm sạch ổ áp xe Lấy bỏ tổ chức hoại tử, rửa sạch ổ áp xe bằng dung dịch Natri clorid 0,9%.

6.5. Bước 5: Đặt dẫn lưu Đặt dẫn lưu phù hợp để đảm bảo thoát mủ liên tục. Cố định dẫn lưu chắc chắn.

6.6. Bước 6: Đóng vết mổ Khâu da thừa hoặc để hở tùy tình trạng nhiễm trùng. Băng vô khuẩn.

6.7. Bước 7: Kết thúc quy trình Đánh giá tình trạng người bệnh sau phẫu thuật. Hoàn thiện hồ sơ bệnh án và bàn giao người bệnh cho bộ phận điều trị tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

Chảy máu: cầm máu kịp thời.

Tổn thương mạch máu, thần kinh lân cận.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

Nhiễm trùng lan rộng.

Tụ mủ tái phát.

7.3. Biến chứng muộn

Sẹo xấu, co kéo.

Thường không có tai biến nếu dẫn lưu triệt để và điều trị đúng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2014). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa. Quyết định số 3771/QĐ-BYT của Bộ Y tế.

PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG MỘT XƯƠNG CẰNG TAY

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật kết hợp xương một xương cẳng tay là kỹ thuật ngoại khoa can thiệp trực tiếp vào ổ gãy kín, di lệch của thân xương quay hoặc xương trụ (đoạn giữa hai đầu khớp). Nguyên lý là phục hồi lại giải phẫu, chiều dài và trục của xương gãy thông qua việc nắn chỉnh và cố định vững chắc bằng phương tiện cơ học (nẹp vít hoặc đinh nội tủy). Mục đích nhằm đảm bảo chức năng sắp ngửa của cẳng tay, cho phép người bệnh phục hồi vận động sớm và tránh các biến chứng.

2. CHỈ ĐỊNH

- Gãy kín thân xương quay hoặc xương trụ cẳng tay có di lệch.
- Gãy thân một xương cẳng tay sau khi điều trị bảo tồn (nắn bó bột) không đạt kết quả hoặc di lệch thứ phát.
- Gãy xương kèm theo tổn thương mạch máu, thần kinh hoặc hội chứng chèn ép khoang.
- Một số chỉ định khác theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị do Bộ Y tế ban hành.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Gãy kín thân xương quay hoặc xương trụ không di lệch.
- Gãy thân xương cẳng tay ở trẻ em (thường ưu tiên điều trị bảo tồn trừ trường hợp đặc biệt).
- Tình trạng người bệnh quá nặng, đang trong tình trạng sốc chấn thương hoặc có bệnh lý nội khoa không đảm bảo an toàn cho gây mê.

4. THẬN TRỌNG

- Cần phẫu tích nhẹ nhàng để tránh làm tổn thương thêm bó mạch và thần kinh quay (khi can thiệp xương quay) hoặc thần kinh trụ.
- Đánh giá kỹ tình trạng ống tủy khi đóng đinh để chọn cỡ đinh phù hợp, tránh làm nứt xương.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Nhân lực trực tiếp:* 01 Phẫu thuật viên chính chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình.
- Nhân lực hỗ trợ (nếu có):* 02 phụ mổ và 01 dụng cụ viên.

5.2. Thuốc

- *Kháng sinh dự phòng, thuốc giảm đau sau mổ.*
- *Dung dịch sát khuẩn:* Betadine, cồn 70 độ, nước muối sinh lý.

5.3. Vật tư

- Bộ dụng cụ kết hợp xương cẳng tay chuyên dụng.

- Phương tiện cố định: Đinh nội tủy các cỡ (đinh Rush, đinh Kuntcher) hoặc bộ nẹp vít bản nhỏ (6 - 8 lỗ), vít đường kính 3.5mm.

5.4. Trang thiết bị

- Bàn mổ, hệ thống đèn mổ,
- Hệ thống ga rô hơi (nếu có).
- Máy chụp X-quang tăng sáng (C-arm) (nếu có).

5.5. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng: Được giải thích rõ về mục đích phẫu thuật, các tai biến có thể gặp (liệt thần kinh, nhiễm trùng) và ký cam đoan phẫu thuật.
- Vệ sinh sạch chi thể phẫu thuật, nhịn ăn uống ít nhất 6 giờ trước mổ.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại phòng mổ thuộc khoa Gây mê hồi sức.

5.9. 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: Đảm bảo đúng người bệnh, đúng chẩn đoán và đúng vị trí xương cần thực hiện.

b) *Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.*

c) *Đặt tư thế BN:* Nằm ngửa, tay phẫu thuật dạng 45 - 90 độ đặt trên bàn mổ nhỏ phụ.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Vô cảm và đặt garo (nếu có)

- Tiến hành gây tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc gây mê toàn thân tùy chỉ định.
- Đặt ga rô tại gốc cánh tay để kiểm soát chảy máu.

6.2. Bước 2: Rạch da bộc lộ xương

- *Xương quay:* Sử dụng đường Henry (trước ngoài) hoặc Thompson (sau ngoài) tùy vị trí gãy. Phẫu tích vào phần giữa cơ ngửa dài và cơ cánh tay quay, bảo vệ bó mạch thần kinh quay.
- *Xương trụ:* Rạch da dọc theo mào xương trụ (đường phía sau) từ mỏm khuỷu đến mỏm trâm trụ.

6.3. Bước 3: Nắn chỉnh xương

- Làm sạch máu tụ và tổ chức phần mềm kẹt giữa hai đầu xương gãy.
- Dùng kẹp giữ xương đưa hai đầu gãy về vị trí giải phẫu, kiểm tra trực và độ dài xương.

6.4. Bước 4: Cố định xương (Tùy phương pháp chọn lựa)

6.4.1. Phương pháp nẹp vít: Đặt nẹp bản nhỏ (6 - 8 lỗ), đảm bảo mỗi đầu gãy cố định ít nhất 3 vít đường kính 3.5mm. Kiểm tra sấp ngửa bàn tay để đảm bảo nẹp không cản trở vận động.

6.4.2. Phương pháp đinh nội tủy:

- *Xương quay:* Căng tay duỗi, rạch da mồm trâm quay, dùi lỗ và đóng đinh ngược dòng qua ổ gãy.

- *Xương trụ:* Căng tay gấp 90 độ, rạch da mồm khuỷu, tách gân cơ tam đầu, dùi lỗ và đóng đinh xuôi dòng qua ổ gãy.

6.5. Bước 5: Đóng vết mổ

- Bơm rửa sạch phẫu trường, tháo ga rô để kiểm tra cầm máu.

- Đặt dẫn lưu nhỏ nếu cần (thường rút sau 24 - 48 giờ).

- Khâu phục hồi các lớp cơ, cân và da theo đúng giải phẫu.

6.6. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật: Đánh giá mạch quay, vận động và cảm giác các ngón tay.

- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ: Băng vô khuẩn và đặt nẹp bột tăng cường nếu kết hợp xương chưa đủ vững. Hoàn thiện hồ sơ.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo: Bàn giao hậu phẫu.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Thường không có tai biến đặc thù trong khi thực hiện nếu tuân thủ đúng kỹ thuật.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- *Tụ máu, phù nề:* Gác tay cao, dùng thuốc chống nề; nếu tụ máu nhiều phải tách chỉ lấy máu tụ.

- *Nhiễm trùng:* Thay băng hàng ngày, dùng kháng sinh theo kháng sinh đồ; nặng phải tháo phương tiện cố định.

7.3. Biến chứng muộn

- *Liệt thần kinh quay:* Thường do co kéo trong mổ, theo dõi phục hồi và tập vật lý trị liệu sớm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2014). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa - chuyên khoa Phẫu thuật chấn thương chỉnh hình, Phẫu thuật cột sống. Quyết định số 198/QĐ-BYT ngày 16/01/2014 của Bộ Y tế.
2. Bộ Y tế (2017). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Nhi khoa. Quyết định số 5344/QĐ-BYT ngày 28/11/2017 của Bộ Y tế.

CẮT CHỈ KHÂU DA MI

1. ĐẠI CƯƠNG

Cắt chỉ khâu da mi là kỹ thuật cắt và rút bỏ mũi chỉ đã khâu da mi trước đó, thường được thực hiện sau khâu da mi 7 đến 10 ngày để sẹo da liền tốt, đẹp hơn, tránh biến chứng u hạt.

2. CHỈ ĐỊNH

- Vết khâu da mi đã liền tốt.
- Áp xe chân chỉ.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Vết khâu da chưa đóng.

4. THẬN TRỌNG

- Vết thương đang nhiễm trùng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- a) Nhân lực trực tiếp: Bác sĩ hoặc điều dưỡng hoặc kỹ thuật y.
- b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): Điều dưỡng hoặc kỹ thuật y.

5.2. Thuốc

- DD Alcain 0,5%/Tetracain 0,5% 10ml tra mắt 1 – 2 giọt/ lần x 2 – 3 lần
- DD NaCl 0,9% 10 ml tra rửa vết khâu.
- DD Povidine 5% vệ sinh vết khâu

5.3. Vật tư

- Găng tay vô trùng x 1 đôi
- Găng tay sạch (găng khám) x 1 đôi
- Tăm bông x 5 cái
- Bông vô trùng x 5 quả
- Gạc vô trùng x 3 miếng
- Băng dính.

5.4. Trang thiết bị

- Bộ dụng cụ cắt chỉ da mi.
- Đèn gù hoặc đèn phẫu thuật gắn trần.
- Kính lúp.
- Sinh hiển vi phẫu thuật (khi thực hiện tại phòng phẫu thuật).

5.5. Người bệnh

- Người bệnh, thân nhân người bệnh được bác sĩ giải thích về tình trạng bệnh, nguy cơ biến chứng có thể xảy ra do thực hiện kỹ thuật và phương pháp vô cảm, tiên

lượng sau thực hiện kỹ thuật và các thủ tục hành chính cần thực hiện khi đồng ý thực hiện kỹ thuật.

- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật: người bệnh được rửa mắt và đánh dấu mắt cần thực hiện kỹ thuật trước khi thực hiện kỹ thuật.

- Tại phòng thủ thuật hoặc phẫu thuật, buồng bệnh:

- + Tiến hành vô cảm nếu cần (xem QTKT vô cảm).

- + Sát trùng vùng da mi cần thực hiện kỹ thuật.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Khoảng 10-30 phút.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật, phòng thực hiện kỹ thuật, buồng bệnh.

5.9. Kiểm tra hồ sơ

- a) Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng mắt cần thực hiện kỹ thuật.

- b) Thực hiện bảng kiểm an toàn thực hiện kỹ thuật (nếu có) theo quy định của bệnh viện.

- c) Đặt tư thế BN: nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Bước 1: Kẹp chỉ đồng thời cắt đứt chỉ khâu.

6.2. Bước 2: Kẹp và rút sợi chỉ ra.

6.3. Bước 3: Sát khuẩn lại vùng vết khâu da mi.

6.4. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng toàn thân và tại mắt của người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.

- Hoàn thiện ghi chép phiếu thực hiện kỹ thuật, hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận theo dõi người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

(nếu có các tai biến đặc thù thì ghi theo trình tự (nếu có) theo dữ liệu người dùng cung cấp. Nếu không có tai biến thì ghi: Thường không có tai biến)

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Tồn thương da và mô dưới da: cầm máu, băng ép.

- Hở vết thương: khâu lại vết thương nếu cần.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Nhiễm trùng: kháng sinh tại chỗ và toàn thân.

7.3. Biến chứng muộn

- Sẹo xấu, sẹo lồi (do cắt chỉ sớm vết thương chưa liền hẳn): cắt lọc, khâu lại vết thương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2025). Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật về Mắt – Tập 1. Quyết định số 3517/QĐ – BYT ngày 12 tháng 11 năm 2025 của Bộ Y tế.

KHÂU VẾT RÁCH

MỘT PHẦN CHIỀU DÀY MI HOẶC CUNG MÀY

1. ĐẠI CƯƠNG

- Khâu vết rách một phần chiều dày mi hoặc cung mày là kỹ thuật nhằm phục hồi lại cấu trúc giải phẫu và chức năng của mi sau chấn thương. Mục đích là đảm bảo sự liền vết thương đúng lớp, bảo tồn bờ mi, nang lông và tránh biến dạng sau lành sẹo. Nguyên lý là khâu từng lớp giải phẫu bằng chỉ phù hợp, đảm bảo khép kín vết thương, tránh lật mi, xơ hóa hoặc ảnh hưởng đến chức năng sinh lý của mi mắt.

2. CHỈ ĐỊNH

- Rách mi, rách cung mày một phần chiều dày.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Khi tình trạng toàn thân không cho phép.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý nền (đang dùng thuốc chống đông, đái tháo đường...)

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

a) Nhân lực trực tiếp: Bác sỹ

b) Nhân lực hỗ trợ: Điều dưỡng hoặc kỹ thuật y.

5.2. Thuốc

- Cefpodoxim 200mg x 3 viên uống/ ngày x 7 ngày

- DD Povidine 5% vệ sinh mắt.

- Alphacymotripsin 4,2mg x 6 viên uống/ ngày x 7 ngày

- DD Alcain 0,5%/Tetracain 0,5% 10ml tra mắt 1 – 2 giọt/ lần x 2 – 3 lần

- DD Levofloxacin 0,5%/ Tobramycin 0,3% 10ml tra mắt 1 – 2 giọt/ lần x 2 – 3 lần.

- DD NaCl 0,9% 10 ml tra rửa mắt.

- Mỡ Oflovid 0,3% tra mắt

5.3. Vật tư

- Găng tay vô trùng x 2 đôi

- Găng tay sạch (găng khám) x 1 đôi

- Bơm tiêm các loại.

- Tăm bông x 5 cái

- Bông vô trùng x 5 quả

- Gạc vô trùng x 3 miếng

- Băng dính.

- Chỉ phẫu thuật các loại: Daclon (7/0, 8/0), Surgycril (6/0)...

- Kim tưới nước.
- Dao phẫu thuật

5.4. Trang thiết bị

- Sinh hiển vi phẫu thuật.
- Kính lúp.
- Bộ dụng cụ sát trùng da mi.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mi.
- Bàn đặt dụng cụ phẫu thuật.

5.5. Người bệnh

- Người bệnh, thân nhân người bệnh được bác sĩ giải thích về tình trạng bệnh, nguy cơ biến chứng có thể xảy ra do thực hiện kỹ thuật và phương pháp vô cảm, tiên lượng sau thực hiện kỹ thuật, các thủ tục hành chính cần thực hiện khi đồng ý thực hiện kỹ thuật.

- Tại phòng phẫu thuật:
 - + Tiến hành vô cảm (xem QTKT vô cảm).
 - + Sát khuẩn mắt cần thực hiện kỹ thuật, trải sẵn vô khuẩn, dán mi (nếu có), đặt vành mi.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Khoảng 20 - 60 phút.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.9. Kiểm tra hồ sơ

- Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng mắt cần thực hiện kỹ thuật.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật theo quy định.
- Đặt tư thế BN: nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QTKT

Cách thức thực hiện kỹ thuật điều trị rách mi phụ thuộc vào vị trí của đường rách, độ sâu của tổn thương, tổn thương đơn thuần hay tổn thương mất tổ chức.

6.1. Bước 1:

- Trong trường hợp rách mi, rách cung mày một phần chiều dày không mất tổ chức: cắt lọc vết thương, tiến hành khâu mi, khâu cung mày theo các lớp giải phẫu, khâu cơ vòng cung mi, khâu da.
- Trong trường hợp rách mi, rách cung mày mất tổ chức tiến hành khâu phục hồi mi theo nguyên tắc tránh không để sẹo co kéo gây hở mi.

6.2. Bước 2: Khâu da mi. Tra thuốc kháng sinh kết hợp chống viêm tại vết mổ. Băng vết thương.

6.3. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng toàn thân và tại mắt của người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.

- Hoàn thiện ghi chép phiếu thực hiện kỹ thuật, hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận theo dõi người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Tại mắt: theo dõi mép mổ, nhiễm trùng sau mổ, chảy máu.

- Tình trạng toàn thân: theo dõi dấu hiệu sinh tồn mạch, nhiệt, huyết áp, nhịp thở.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu bằng thiết bị chuyên dụng.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu vết thực hiện kỹ thuật, tụ máu dưới vết khâu, tuột chỉ vết khâu.

- Nhiễm trùng cần dùng kháng sinh và chăm sóc vết mổ tốt.

7.3. Biến chứng muộn: Không có

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2025). Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật về Mắt – Tập 1. Quyết định số 3517/QĐ – BYT ngày 12 tháng 11 năm 2025 của Bộ Y tế.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT KHÂU VẾT RÁCH TOÀN BỘ CHIỀU DÀY MI

1. ĐẠI CƯƠNG Khâu vết rách toàn bộ chiều dày mi là phẫu thuật cấp cứu nhằm phục hồi giải phẫu và chức năng mi mắt (bảo vệ nhãn cầu, phân bố nước mắt, thẩm mỹ). Nguyên lý dựa trên việc khâu từng lớp theo thứ tự từ trong ra ngoài, ưu tiên phục hồi bờ mi tự do để tránh biến dạng mi (entropion/ectropion) và sẹo xấu. Mục đích ngăn ngừa nhiễm trùng, giảm biến chứng và phục hồi hình thể mi mắt.

2. CHỈ ĐỊNH

- Vết rách mi mắt đi hết chiều dày (toàn bộ từ da đến kết mạc/sụn mi).
- Vết thương mi gây chảy máu, nguy cơ biến dạng mi hoặc tổn thương bờ tự do mi.
- Vết thương mi kèm rách bờ tự do mi (cần phục hồi chính xác hàng lông mi và đường xám).
- Một số chỉ định khác theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị do Bộ Y tế ban hành.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh kèm đa chấn thương toàn thân hoặc tình trạng đe dọa tính mạng cần ưu tiên cấp cứu toàn thân.
- Nhiễm trùng toàn thân không kiểm soát hoặc vết thương nhiễm trùng nặng.
- Rối loạn đông máu nặng không điều chỉnh được.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc tê hoặc kháng sinh.
- Vết thương kèm dị vật, tổn thương hốc mắt hoặc xương ổ mắt (cần đánh giá thêm).
- Người bệnh không hợp tác hoặc có rối loạn đông máu nhẹ (cần theo dõi sát).

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện a) Nhân lực trực tiếp: Bác sĩ chuyên khoa Nhãn khoa (có kinh nghiệm vi phẫu mắt). b) Nhân lực hỗ trợ: Điều dưỡng phòng thủ thuật hoặc kỹ thuật viên nhãn khoa.

5.2. Thuốc

- Lidocain 2% (hoạt chất: Lidocain hydrochloride), dạng tiêm, số lượng: 1-2 ml (gây tê tại chỗ).
- Thuốc tê có adrenalin nếu cần (tỷ lệ 1:100.000).
- Mỡ kháng sinh (ví dụ: Tobradex hoặc Chloramphenicol) tra sau khâu.
- Betadin 5% hoặc 10% (dung dịch tra mắt).

5.3. Vật tư

- Chỉ không tiêu 6-0 (cho bờ mi và da).
- Chỉ tiêu 6-0 hoặc 7-0 (cho kết mạc, sụn mi, cơ vòng mi).
- Gạc vô trùng, bông cotton, khay dụng cụ vi phẫu.
- Kim vi phẫu, kéo vi phẫu.

5.4. Trang thiết bị

- Hiên vi phẫu thuật (hoặc kính lúp phẫu thuật).
- Bộ dụng cụ vi phẫu mắt.
- Đèn phẫu thuật tập trung.

5.5. Người bệnh Thầy thuốc giải thích cho người bệnh và người nhà về mục đích (phục hồi mi, tránh biến dạng, nhiễm trùng), các bước tiến hành, biến chứng có thể xảy ra (chảy máu, nhiễm trùng, sẹo xấu, biến dạng mi), nguy cơ và tiên lượng tốt nếu xử lý sớm.

- Rửa sạch vết thương ban đầu nếu có dị vật.
- Kiểm tra thị lực, nhãn áp, tổn thương nhãn cầu kèm theo.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật (thường 20-45 phút tùy mức độ).

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật Tại phòng thủ thuật hoặc phòng mổ thuộc khoa Nhãn khoa.

5.9. Kiểm tra hồ sơ a) Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí vết rách. b) Thực hiện bảng kiểm an toàn thủ thuật (xác nhận đồng thuận, dụng cụ, vị trí). c) Đặt tư thế bệnh nhân: Nằm ngửa, đầu cố định, mi mắt lộ rõ.

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Bước 1 Kiểm tra hồ sơ, người bệnh; gây tê tại chỗ (Lidocain 2%). Vô trùng vùng mắt bằng betadin, đặt vành mi nếu cần.

6.2. Bước 2 Cắt lọc tổ chức hoại tử, dị vật nếu có; rửa vết thương bằng nước muối sinh lý.

6.3. Bước 3 Trường hợp vết rách toàn bộ chiều dày và có rách bờ tự do mi: Khâu phục hồi bờ mi trước bằng 2 mũi chỉ không tiêu 6-0:

- Mũi 1: Qua hàng chân lông mi.
- Mũi 2: Qua đường xám (vị trí tuyến bờ mi, tương đương lớp sụn mi).

6.4. Bước 4 Khâu lớp kết mạc và sụn mi bằng chỉ tiêu 6-0 hoặc 7-0, đầu chỉ nằm trong chiều dày vết thương (không để chỉ lộ ra kết mạc).

6.5. Bước 5 Khâu lớp cơ vòng mi và tổ chức dưới da bằng chỉ tiêu 6-0 hoặc 7-0.

6.6. Bước 6 Đóng lớp da bằng chỉ không tiêu 6-0 (khâu mũi rời hoặc vắt luôn trong da để giảm sẹo).

6.7. Bước 7 Tra betadin 5% hoặc 10%, tra mỡ kháng sinh, băng mắt nhẹ.

Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật (kiểm tra chảy máu, thị lực, nhãn áp).
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ (mô tả vết thương, kỹ thuật khâu).
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo (theo dõi ngoại trú hoặc nội trú nếu cần).

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu nhiều: Ép chặt, cầm máu bằng điện đông hoặc chỉ buộc.
- Tổn thương nhãn cầu kèm theo: Chuyển xử lý cấp cứu nhãn khoa.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Nhiễm trùng: Kháng sinh toàn thân + tại chỗ, mở vết thương nếu áp xe.
- Biến dạng mi (ectropion/entropion): Theo dõi, có thể phẫu thuật chỉnh sửa sau.

7.3. Biến chứng muộn

- Sẹo xấu, mất lông mi cục bộ: Phẫu thuật tạo hình mi sau. Thường không có tai biến nếu thực hiện đúng kỹ thuật và xử lý sớm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO Bộ Y tế (2012). Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Nhãn khoa. Quyết định 3906/QĐ-BYT ngày 12 tháng 10 năm 2012 của Bộ trưởng Bộ Y tế. (Bổ sung từ các hướng dẫn quy trình kỹ thuật nhãn khoa tại các bệnh viện chuyên khoa mắt và tài liệu cập nhật theo Quyết định liên quan của Bộ Y tế về chuyên ngành Mắt).

QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHÍCH CHẮP, LỆO

1. ĐẠI CƯƠNG Chích chắp, lệo là kỹ thuật xâm lấn nhỏ nhằm rạch và dẫn lưu ổ mủ hoặc loại bỏ nhân chắp/lẹo trên mí mắt (thường qua kết mạc hoặc da mí). Nguyên lý dựa trên việc rạch tại vị trí điểm mủ hoặc khối khu trú để thoát mủ/nhân, kết hợp nạo sạch nếu cần, nhằm giảm viêm, đau và ngăn tái phát. Mục đích điều trị chắp (viêm mạn tuyến Meibomius) hoặc lệo (viêm cấp nang lông mí/tuyến Zeiss/Moll) khi đã hình thành ổ mủ khu trú, tránh biến chứng lan rộng.

2. CHỈ ĐỊNH

- Chắp hoặc lệo đã hình thành mủ, có điểm mủ trắng hoặc thành bọc khu trú (như hạt đỗ) dưới da mí hoặc trên kết mạc.
- Chắp/lẹo không đáp ứng điều trị bảo tồn (chườm ấm, kháng sinh tại chỗ/toàn thân) sau 5-7 ngày.
- Ổ viêm khu trú gây đau, sưng, cộm mắt, ảnh hưởng thị giác hoặc thẩm mỹ.
- Một số chỉ định khác theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị do Bộ Y tế ban hành.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Chắp, lệo đang giai đoạn sung tấy lan tỏa (chưa khu trú, chưa có điểm mủ).
- Bệnh nhân có bệnh toàn thân nặng chưa cho phép thực hiện thủ thuật (nhiễm trùng toàn thân không kiểm soát, rối loạn đông máu nặng).
- Trẻ em hoặc người bệnh không hợp tác (có thể cần nhấc gây mê nếu cần).

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc tê bề mặt hoặc betadin.
- Vết thương kèm nhiễm trùng lan rộng hoặc nghi ngờ áp xe sâu.
- Bệnh nhân dùng thuốc chống đông (cần đánh giá đông máu trước).

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện a) Nhân lực trực tiếp: Bác sĩ chuyên khoa Nhãn khoa hoặc Điều dưỡng được đào tạo chuyên môn về thủ thuật nhãn khoa. b) Nhân lực hỗ trợ: Điều dưỡng phòng thủ thuật (nếu cần).

5.2. Thuốc

- Thuốc tê bề mặt: Dicain 0.5% hoặc Tetracain 0.5%, dạng nhỏ mắt, số lượng: 1-2 giọt/lần.
- Dung dịch sát trùng: Betadin 5% hoặc 10%, dạng nhỏ hoặc rửa.
- Mỡ kháng sinh (ví dụ: Chloramphenicol 1% hoặc Tobradex), tra sau thủ thuật.

5.3. Vật tư

- Bộ dụng cụ chích chấy: Cặp cố định mi (có vụn ốc), dao lưỡi nhỏ (hoặc kim chích), que nạo, khay vô trùng.
- Gạc vô trùng, bông cotton, băng mắt.

5.4. Trang thiết bị

- Đèn soi sáng tập trung hoặc đèn đầu.
- Kính lúp hoặc hiển vi phẫu nếu cần chi tiết.

5.5. Người bệnh Thầy thuốc giải thích cho người bệnh và người nhà về mục đích (dẫn lưu mủ, giảm đau, tránh tái phát), các bước tiến hành, biến chứng có thể xảy ra (chảy máu nhẹ, nhiễm trùng, tái phát nếu không nạo sạch), nguy cơ và tiên lượng tốt nếu thực hiện sớm.

- Chườm ấm trước thủ thuật nếu cần.
- Kiểm tra thị lực, loại trừ tổn thương nhãn cầu kèm theo.

5.6. Hồ sơ bệnh án

 Theo quy định của Bộ Y tế.

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật (thường 5-15 phút).

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

 Tại phòng thủ thuật thuộc khoa Nhân khoa.

5.9. Kiểm tra hồ sơ a) Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí chấy/leo. b) Thực hiện bằng kiểm an toàn thủ thuật (xác nhận đồng thuận, dụng cụ vô trùng). c) Đặt tư thế bệnh nhân: Nằm ngửa, đầu cố định, mắt lộ rõ (có thể dùng giá đỡ mi nếu cần).

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Bước 1 Kiểm tra hồ sơ, người bệnh; sát khuẩn vùng mi bằng betadin 5% hoặc 10%. Tra thuốc tê bề mặt (Dicain 0.5%) 1-2 lần.

6.2. Bước 2 Dùng cặp cố định mi (nếu cần), cố định mi mắt, chú ý vụn ốc vừa phải để tránh tổn thương.

6.3. Bước 3 Dùng dao lưỡi nhỏ rạch tại vị trí điểm mủ hoặc khối chấy:

- Nếu rạch ngoài (da mi): Đường rạch song song với bờ mi.
- Nếu rạch trong (kết mạc mi): Đường rạch vuông góc với bờ mi.

6.4. Bước 4 Dẫn lưu mủ/nhân chấy bằng cách nạo nhẹ nếu có bọc xơ hoặc chất đặc (sử dụng que nạo). Rửa sạch bằng nước muối sinh lý nếu cần.

6.5. Bước 5 Tra mỡ kháng sinh, băng mắt nhẹ nếu cần (thường không băng kín để theo dõi).

Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật (kiểm tra chảy máu, đau, thị lực).

- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ (mô tả vị trí, lượng mủ, kỹ thuật).
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo (hướng dẫn theo dõi ngoại trú, tra thuốc kháng sinh/chống viêm).

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu nhẹ: Ép chặt bằng gạc vô trùng.
- Đau nhiều: Tra thêm tê bề mặt hoặc giảm đau.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Nhiễm trùng tái phát: Kháng sinh toàn thân + tại chỗ, tái khám sớm.
- Chảy máu kéo dài: Theo dõi, ép chặt, nếu nặng chuyển cấp cứu.

7.3. Biện chứng muộn

- Tái phát chấp/lẹo: Điều trị bảo tồn hoặc chích lại. Thường không có tai biến nếu thực hiện đúng kỹ thuật và vô trùng tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO Bộ Y tế (2012). Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Nhãn khoa. Quyết định 3906/QĐ-BYT ngày 12 tháng 10 năm 2012 của Bộ trưởng Bộ Y tế. (Bổ sung từ các hướng dẫn quy trình kỹ thuật nhãn khoa tại các bệnh viện chuyên khoa mắt và tài liệu cập nhật theo Quyết định liên quan của Bộ Y tế về chuyên ngành Mắt).

QUY TRÌNH KỸ THUẬT CẮT TỖN THƯƠNG NHỎ KHÁC Ở MI MẮT

1. ĐẠI CƯƠNG Cắt tổn thương nhỏ khác ở mi mắt là kỹ thuật phẫu thuật loại bỏ các khối u lành tính nhỏ, mụn cóc, u nang, xơ hóa hoặc tổn thương khu trú khác trên da mi hoặc bờ mi (không toàn bộ chiều dày hoặc không cần tạo hình phức tạp). Nguyên lý dựa trên cắt lọc chính xác, bảo tồn tối đa tổ chức lành, cầm máu tốt và khâu phục hồi thẩm mỹ để tránh sẹo xấu hoặc biến dạng mi. Mục đích loại bỏ tổn thương, chẩn đoán mô bệnh học (nếu cần), cải thiện chức năng và thẩm mỹ mi mắt.

2. CHỈ ĐỊNH

- Tổn thương nhỏ lành tính khu trú trên da mi hoặc bờ mi (u mỡ, u tuyến mồ hôi, mụn cóc, u nang, xơ hóa nhỏ).
- Tổn thương gây cộm mắt, ảnh hưởng thẩm mỹ hoặc chức năng mi (không đáp ứng điều trị bảo tồn).
- Sinh thiết hoặc loại bỏ tổn thương nghi ngờ ác tính giai đoạn sớm (sau đánh giá lâm sàng).
- Một số chỉ định khác theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị do Bộ Y tế ban hành.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tổn thương lan rộng, nghi ngờ ác tính chưa loại trừ (cần sinh thiết hoặc phẫu thuật rộng hơn).
- Nhiễm trùng tại chỗ hoặc toàn thân không kiểm soát.
- Rối loạn đông máu nặng không điều chỉnh được.
- Tình trạng toàn thân không cho phép phẫu thuật (cấp cứu khác ưu tiên).

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc tê hoặc kháng sinh.
- Tổn thương gần bờ mi tự do (nguy cơ biến dạng mi, mất lông mi).
- Bệnh nhân dùng thuốc chống đông (cần ngừng hoặc điều chỉnh trước).
- Tổn thương kèm viêm hoặc có nguy cơ chảy máu nhiều.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện a) Nhân lực trực tiếp: Bác sĩ chuyên khoa Nhãn khoa (có kinh nghiệm phẫu thuật mi mắt). b) Nhân lực hỗ trợ: Điều dưỡng phòng thủ thuật.

5.2. Thuốc

- Lidocain 2% (hoạt chất: Lidocain hydrochloride), dạng tiêm, số lượng: 1-2 ml (gây tê tại chỗ).
- Thuốc tê có adrenalin nếu cần (tỷ lệ 1:100.000).
- Mỡ kháng sinh (ví dụ: Chloramphenicol 1% hoặc Tobradex), tra sau thủ thuật.
- Betadin 5% hoặc 10% (dung dịch sát trùng).

5.3. Vật tư

- Chỉ không tiêu 6-0 hoặc 7-0 (khâu da mi).
- Chỉ tiêu 6-0 (nếu khâu lớp sâu).
- Dao mổ, kéo vi phẫu, kẹp cầm máu, kim vi phẫu.
- Gạc vô trùng, bông cotton, khay dụng cụ.

5.4. Trang thiết bị

- Kính lúp phẫu thuật hoặc đèn vi phẫu nếu cần chi tiết.
- Đèn phẫu thuật tập trung.
- Bộ dụng cụ vi phẫu mắt.

5.5. Người bệnh Thầy thuốc giải thích cho người bệnh và người nhà về mục đích (loại bỏ tổn thương, tránh tái phát, thẩm mỹ), các bước tiến hành, biến chứng có thể xảy ra (chảy máu, nhiễm trùng, sẹo, biến dạng mí nhẹ), nguy cơ và tiên lượng tốt với tổn thương nhỏ.

- Vệ sinh vùng mắt, chụp ảnh tổn thương trước phẫu thuật (nếu có).
- Kiểm tra thị lực, loại trừ tổn thương nhãn cầu kèm theo.

5.6. Hồ sơ bệnh án

 Theo quy định của Bộ Y tế.

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật (thường 15-30 phút).

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật Tại phòng thủ thuật hoặc phòng mổ thuộc khoa Nhãn khoa.

5.9. Kiểm tra hồ sơ a) Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí tổn thương. b) Thực hiện bảng kiểm an toàn thủ thuật (xác nhận đồng thuận, dụng cụ vô trùng). c) Đặt tư thế bệnh nhân: Nằm ngửa, đầu cố định, mí mắt lộ rõ.

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Bước 1 Kiểm tra hồ sơ, người bệnh; sát khuẩn vùng mí bằng betadin 5% hoặc 10%. Gây tê tại chỗ bằng Lidocain 2%.

6.2. Bước 2 Đánh dấu ranh giới tổn thương (cách bờ tổn thương 2-3 mm nếu lành tính). Rạch da song song bờ mí hoặc theo nếp da tự nhiên để giảm sẹo.

6.3. Bước 3 Bóc tách và cắt bỏ toàn bộ tổn thương bằng dao mổ hoặc kéo vi phẫu. Cầm máu bằng kẹp hoặc dao điện (nếu có).

6.4. Bước 4 Rửa vết thương bằng nước muối sinh lý 0,9%. Kiểm tra lại đảm bảo cắt sạch, không tổn thương bờ mí tự do hoặc hàng lông mí.

6.5. Bước 5 Khâu lớp da bằng chỉ không tiêu 6-0 hoặc 7-0 (mũi rời hoặc vắt luôn trong da để thẩm mỹ). Không cần khâu sâu nếu tổn thương nông.

6.6. Bước 6 Tra betadin 5%, tra mỡ kháng sinh, băng mắt nhẹ nếu cần.

Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật (kiểm tra chảy máu, thị lực, biến dạng mi).
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ (mô tả tổn thương, kỹ thuật cắt, gửi mô bệnh học nếu cần).
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo (theo dõi ngoại trú, tra thuốc kháng sinh/chống viêm).

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu nhiều: Ép chặt, cầm máu bằng dao điện hoặc chỉ buộc.
- Tổn thương bờ mi: Khâu phục hồi ngay nếu xảy ra.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Nhiễm trùng: Kháng sinh toàn thân + tại chỗ, mở vết thương nếu áp xe.
- Chảy máu kéo dài: Theo dõi, ép chặt, nếu nặng chuyển cấp cứu.

7.3. Biến chứng muộn

- Sẹo xấu hoặc biến dạng mi nhẹ: Phẫu thuật chỉnh sửa sau nếu cần. Thường không có tai biến nếu thực hiện đúng kỹ thuật và vô trùng tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO Bộ Y tế (2012). Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Nhãn khoa. Quyết định 3906/QĐ-BYT ngày 12 tháng 10 năm 2012 của Bộ trưởng Bộ Y tế. (Bổ sung từ các hướng dẫn quy trình kỹ thuật nhãn khoa tại các bệnh viện chuyên khoa mắt và tài liệu cập nhật theo Quyết định liên quan của Bộ Y tế về chuyên ngành Mắt, bao gồm phẫu thuật cắt u mi và xử lý tổn thương phần mềm vùng mắt).

QUY TRÌNH KỸ THUẬT LẤY SẠN VÔI KẾT MẠC

I. ĐẠI CƯƠNG

Lấy sạn vôi kết mạc là thủ thuật loại bỏ các hạt canxi trắng đục (kích thước 0.5-3mm, giống đầu bút bi) nằm dưới kết mạc sụn mi, thường do lắng đọng canxi từ viêm kết mạc mạn tính, tuổi cao, tiếp xúc bụi/khói.

II. CHỈ ĐỊNH

- Sạn vôi gây kích ứng (cộm xốn, chảy nước mắt, chớp mắt nhiều, cảm giác cát rơi vào mắt).
- Sạn vôi lớn, trôi lên bề mặt kết mạc, nguy cơ trầy giác mạc.
- Sạn vôi tái phát nhiều, kèm viêm kết mạc mạn.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không tuyệt đối.
- Thận trọng: Nhiễm trùng mắt cấp, rối loạn đông máu nặng, bệnh nhân không hợp tác.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

- o Giải thích thủ thuật, ký cam kết đồng ý.
- o Khám mắt bằng đèn khe (slit-lamp) để xác định vị trí sạn (thường lật mí để thấy hạt trắng dưới kết mạc).

2. Dụng cụ:

- o Kim chích mặt vát (hoặc kim lấy sạn chuyên dụng), kẹp gấp dị vật, thìa nạo nhỏ.
- o Thuốc tê cục bộ: Dicain 1% hoặc Alcain nhỏ mắt (gây tê kết mạc).
- o Thuốc sát trùng: Povidone-iodine 5% hoặc nước muối sinh lý.
- o Thuốc nhuộm fluorescein (kiểm tra trầy giác mạc nếu cần).
- o Gạc, bông, vành mi, đèn khe, kính lúp.
- o Thuốc nhỏ mắt sau thủ thuật: Kháng sinh (Tobradex, Ofloxacin), chống viêm (Prednisolone), nước mắt nhân tạo.

3. Tư thế: Ngồi hoặc nằm ngửa, đầu cố định.

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.

5. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Nhỏ thuốc tê cục bộ (Dicain 1%) 2-3 lần, cách 5 phút, gây tê kết mạc.
2. Sát trùng vùng mắt bằng Povidone-iodine 5%, rửa nước muối sinh lý.

3. Lật mí mắt (mi dưới dễ hơn, mi trên cần lật lên bằng que bông hoặc dụng cụ).
4. Dùng đèn khe phóng đại quan sát sụn vôi.
5. Dùng kim chích mặt vát (hoặc dụng cụ chuyên dụng) nhẹ nhàng nạo/cạo sụn vôi ra khỏi kết mạc (không đâm sâu, chỉ bề mặt). Nếu sụn sâu, dùng kẹp gấp nhẹ nhàng kéo ra.
6. Rửa mắt bằng nước muối sinh lý để loại bỏ mảnh vụn.
7. Kiểm tra lại bằng fluorescein (nếu có trầy nhỏ, nhỏ thuốc kháng sinh).
8. Nhỏ thuốc kháng sinh + chống viêm, băng mắt nếu cần (thường không băng).

VI. THEO DÕI SAU THỦ THUẬT

- Theo dõi 15-30 phút: Không đau, không chảy máu nhiều.
- Nhỏ thuốc theo đơn: Kháng sinh + chống viêm 5-7 ngày, nước mắt nhân tạo.
- Tái khám sau 1-3 ngày kiểm tra lành vết nạo, tránh dụi mắt.
- Tránh bụi, khói, ánh nắng mạnh 1-2 tuần.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- **Đau/chảy máu nhẹ:** Thường tự khỏi, nhỏ tê thêm.
- **Trầy giác mạc:** Nhỏ kháng sinh, theo dõi.
- **Nhiễm trùng:** Kháng sinh mạnh, tái khám ngay.
- **Tái phát:** Theo dõi định kỳ, điều trị viêm mạn nếu có.

VIII. GHI CHÉP HỒ SƠ

- Ghi đầy đủ trình tự phẫu thuật.
- Các chỉ số sinh tồn, diễn biến trong và sau phẫu thuật.
- Ký xác nhận của bác sĩ phẫu thuật

TÀI LIỆU THAM KHẢO CHÍNH:

Quyết định 2121/QĐ-BYT năm 2020: Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Răng hàm mặt (không trực tiếp, nhưng khung chung cho thủ thuật ngoại khoa nhỏ).

Quyết định 201/QĐ-BYT năm 2014: Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa (bao gồm các thủ thuật nhãn khoa nhỏ như lấy dị vật kết mạc)

QUY TRÌNH KỸ THUẬT LẤY DỊ VẬT MI MẮT

I. ĐẠI CƯƠNG

Lấy dị vật mi mắt nhằm loại bỏ dị vật bám trên mi, dưới mi hoặc trong kết mạc mi (thường mi trên), giảm triệu chứng và tránh tổn thương giác mạc.

II. CHỈ ĐỊNH

- Dị vật gây cộm xốn, chảy nước mắt, chớp mắt nhiều, đỏ mắt.
- Dị vật nhìn thấy rõ dưới mi (bụi, cát, côn trùng, mảnh kim loại...).
- Dị vật không tự trôi sau rửa mắt hoặc chớp mắt.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không tuyệt đối.
- Thận trọng: Nhiễm trùng mắt cấp, dị vật xuyên thủng nhãn cầu (cần hội chẩn ngay), rối loạn đông máu nặng, bệnh nhân không hợp tác.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

- o Giải thích thủ thuật, ký cam kết đồng ý.
- o Khám mắt bằng đèn khe (slit-lamp) để xác định vị trí dị vật (lật mi để kiểm tra).

2. Dụng cụ:

- o Que bông sạch (tăm bông vô trùng), kim chích mặt vát (nếu dị vật cứng), kẹp gấp dị vật nhỏ.
- o Thuốc tê cục bộ: Dicain 1% hoặc Alcain nhỏ mắt (gây tê bề mặt).
- o Thuốc sát trùng: Povidone-iodine 5% hoặc nước muối sinh lý.
- o Thuốc nhuộm fluorescein (kiểm tra trầy giác mạc nếu cần).
- o Đèn khe, vành mi (nếu cần lật mi), gạc, bông.
- o Thuốc nhỏ mắt sau thủ thuật: Kháng sinh (Tobradex, Ofloxacin), chống viêm, nước mắt nhân tạo.

3. Tư thế: Ngồi trước đèn khe hoặc nằm ngửa.

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.

5. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Nhỏ thuốc tê cục bộ (Dicain/Alcain) 2-3 lần, cách 5 phút.

2. Sát trùng vùng mắt bằng Povidone-iodine 5%, rửa nước muối sinh lý.
3. Lật mi mắt:
 - Mi dưới: Kéo nhẹ mí xuống bằng ngón tay.
 - Mi trên: Dùng que bông hoặc dụng cụ lật mi lên (bệnh nhân nhìn xuống).
4. Quan sát bằng đèn khe phóng đại để xác định dị vật.
5. Lấy dị vật:
 - Dị vật bề mặt: Dùng que bông ẩm chạm nhẹ, chấm hoặc quẹt nhẹ để lấy ra (không dụi mạnh).
 - Dị vật cứng/bám chặt: Dùng kim chích mặt vát hoặc kẹp gấp nhẹ nhàng bật/gấp ra (tiếp cận từ ngoại vi, không đâm sâu).
6. Rửa mắt bằng nước muối sinh lý để loại bỏ mảnh vụn.
7. Kiểm tra lại bằng fluorescein (nếu trầy nhỏ, nhỏ kháng sinh).
8. Nhỏ thuốc kháng sinh + chống viêm, không cần băng mắt (trừ trường hợp trầy nhiều).

VI. THEO DÕI SAU THỦ THUẬT

- Theo dõi 15-30 phút: Không đau, không chảy máu nhiều.
- Nhỏ thuốc theo đơn: Kháng sinh + chống viêm 5-7 ngày, nước mắt nhân tạo.
- Tái khám sau 1-3 ngày kiểm tra lành vết thương, tránh dụi mắt.
- Tránh bụi, khói, ánh nắng mạnh 1-2 tuần.

VII. Tai biến và xử trí

- **Đau/chảy máu nhẹ:** Tự khỏi, nhỏ tê thêm.
- **Trầy giác mạc:** Nhỏ kháng sinh, theo dõi.
- **Nhiễm trùng:** Kháng sinh mạnh, tái khám ngay.
- **Dị vật sót:** Kiểm tra lại, lấy bổ sung.

VIII. GHI CHÉP HỒ SƠ

- Ghi đầy đủ trình tự phẫu thuật.
- Các chỉ số sinh tồn, diễn biến trong và sau phẫu thuật.
- Ký xác nhận của bác sĩ phẫu thuật

TÀI LIỆU THAM KHẢO CHÍNH:

Bộ Y tế (2012): **Quyết định 3906/QĐ-BYT** – Quy trình kỹ thuật Nhãn khoa (xử trí dị vật mắt, kết mạc/mi mắt).

QUY TRÌNH KỸ THUẬT BƠM RỬA LỆ ĐẠO

I. ĐẠI CƯƠNG

Bơm rửa lệ đạo là kỹ thuật bơm dung dịch vô trùng (thường nước muối sinh lý 0,9%) vào hệ thống lệ đạo để rửa sạch, kiểm tra thông thương (nước xuống miệng hoặc mũi) và đánh giá tắc nghẽn.

II. CHỈ ĐỊNH

- Chảy nước mắt sống hoặc mù do chít hẹp điểm lệ, tắc lệ quản ngang hoặc ống lệ mũi.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật nội nhãn (đục thủy tinh thể, glôcôm...).
- Điều trị một số trường hợp viêm loét giác mạc kèm tắc lệ.
- Nghi ngờ tắc hẹp lệ đạo (chẩn đoán).

III. Chống chỉ định

- Áp xe túi lệ (viêm cấp, mũ nặng).
- Nhiễm trùng mắt cấp tính nặng.
- Bệnh nhân không hợp tác hoặc rối loạn đông máu nặng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

- Giải thích thủ thuật (mục đích, có thể khó chịu, nước xuống mũi/miệng), ký cam kết đồng ý.
- Nếu trẻ em: Giải thích cho người nhà phối hợp giữ trẻ.

2. Dụng cụ:

- Bơm tiêm 5-10ml, kim bơm rửa lệ đạo (kim chuyên dụng nhỏ, hai nòng nếu cần).
- Dung dịch nước muối sinh lý 0,9% (hoặc kháng sinh pha loãng nếu nhiễm trùng).
- Thuốc tê cục bộ: Dicain 1% (nhỏ mắt).
- Que nong điểm lệ, bộ que thông lệ đạo (nếu kết hợp thông).
- Gạc, bông, săng vô trùng, đèn khe (slit-lamp) để quan sát.

3. Tư thế: Người bệnh ngồi hoặc nằm ngửa, đầu hơi ngửa, người thực hiện đứng phía đầu.

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.

5. **Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Nhỏ thuốc tê Dicain 1% 2-3 lần vào mắt, cách 5 phút.
2. Sát trùng vùng mắt và điểm lệ bằng Povidone-iodine 5% hoặc nước muối sinh lý.
3. Thông điểm lệ: Kéo da mi để bộc lộ điểm lệ (dưới hoặc trên). Nếu điểm lệ nhỏ, tra xanh methylen hoặc thuốc đỏ để dễ thấy.
4. Bơm rửa:
 - Thường bơm vào **lệ quản dưới** (dễ hơn). Một tay kéo da mi dưới xuống và ra ngoài cố định mi + điểm lệ.
 - Tay kia cầm bơm tiêm gắn kim, đưa kim thẳng góc từ trên xuống vào điểm lệ khoảng 1mm.
 - Quay kim 90° vào lệ quản ngang (song song bờ mi đến túi lệ). Khi chạm xương thì lùi lại 1mm, từ từ bơm nước muối sinh lý (5-10ml).
5. Đánh giá lưu thông:
 - Nước xuống miệng/mũi: Lệ đạo thông.
 - Phải bơm mạnh mới xuống: Thông nhưng hẹp.
 - Nước trào tại chỗ: Tắc lệ quản dưới.
 - Nước trào điểm lệ trên: Tắc từ cổ túi lệ xuống ống lệ mũi.
 - Nếu có mủ nhiều: Rửa sạch trước, có thể kết hợp kháng sinh.
6. Nếu cần thông thêm: Dùng que thông lệ đạo (số phù hợp), đẩy nhẹ theo hướng xương, xoay góc 90° khi chạm xương, rút que rồi bơm rửa kiểm tra lại.
7. Nhỏ thuốc kháng sinh + chống viêm sau thủ thuật.

VI. THEO DÕI SAU THỦ THUẬT

- Theo dõi 15-30 phút: Không đau nhiều, không chảy máu.
- Nhỏ thuốc theo đơn: Kháng sinh + nước mắt nhân tạo 5-7 ngày.
- Tái khám sau 1-3 ngày kiểm tra lưu thông, tránh dụi mắt.
- Nếu tái phát: Có thể lặp lại hoặc phẫu thuật (nội túi lệ - mũi).

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- **Chảy máu nhẹ** (xước niêm mạc): Thường tự khỏi, nhỏ thuốc cầm máu nếu cần.
- **Đau/chảy nước mắt nhiều**: Tự khỏi sau vài giờ.
- **Nhiễm trùng**: Kháng sinh toàn thân + tại chỗ.

- **Tắc nghẽn tái phát:** Theo dõi, thông lại hoặc phẫu thuật.

VIII. GHI CHÉP HỒ SƠ

- Ghi đầy đủ trình tự phẫu thuật.
- Các chỉ số sinh tồn, diễn biến trong và sau phẫu thuật.
- Ký xác nhận của bác sĩ phẫu thuật

TÀI LIỆU THAM KHẢO CHÍNH:

Quyết định 3906/QĐ-BYT năm 2012 của Bộ Y tế: Ban hành 89 Quy trình kỹ thuật khám, chữa bệnh chuyên ngành Nhãn khoa, trong đó có "Quy trình kỹ thuật Bơm rửa và thông lệ đạo

KHÂU VẾT RÁCH TOÀN BỘ CHIỀU DÀY MI

1. ĐẠI CƯƠNG

- Khâu vết rách toàn bộ chiều dày mi là kỹ thuật nhằm phục hồi đầy đủ các lớp cấu trúc giải phẫu của mi mắt sau chấn thương xuyên suốt bờ mi. Mục đích là tái tạo liên tục bờ mi, bảo tồn chức năng bảo vệ nhãn cầu, đảm bảo dẫn lưu nước mắt và tránh biến dạng sau lành sẹo. Nguyên lý là khâu chính xác theo từng lớp giải phẫu gồm kết mạc, sụn mi và da, đồng thời phục hồi liên tục bờ mi để đảm bảo sự liền sẹo thẩm mỹ và chức năng tối ưu.

2. CHỈ ĐỊNH

- Rách mi toàn bộ chiều dày mi.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Khi tình trạng toàn thân không cho phép.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý nền (đang dùng thuốc chống đông, đái tháo đường...).

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

a) Nhân lực trực tiếp: Bác sỹ

b) Nhân lực hỗ trợ: Điều dưỡng hoặc kỹ thuật y.

5.2. Thuốc

- Cefpodoxim 200mg x 3 viên uống/ ngày x 7 ngày

- DD Povidine 5% vệ sinh mắt.

- Alphacymotripsin 4,2mg x 6 viên uống/ ngày x 7 ngày

- DD Alcain 0,5%/Tetracain 0,5% 10ml tra mắt 1 – 2 giọt/ lần x 2 – 3 lần

- DD Levofloxacin 0,5%/ Tobramycin 0,3% 10ml tra mắt 1 – 2 giọt/ lần x 2 – 3

lần.

- DD NaCl 0,9% 10 ml tra rửa mắt.

- Mỡ Oflovid 0,3% tra mắt

5.3. Vật tư

- Găng tay vô trùng x 2 đôi

- Găng tay sạch (găng khám) x 1 đôi
- Bơm tiêm các loại.
- Tăm bông x 5 cái
- Bông vô trùng x 5 quả
- Gạc vô trùng x 3 miếng
- Băng dính.
- Chỉ phẫu thuật các loại: Daclon (7/0, 8/0), Surgycril (6/0)...
- Kim tưới nước.
- Dao phẫu thuật

5.4. Trang thiết bị

- Sinh hiển vi phẫu thuật.
- Kính lúp.
- Bộ dụng cụ sát trùng da mi.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mi.
- Bàn đặt dụng cụ phẫu thuật.

5.5. Người bệnh

- a) Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng mắt cần thực hiện kỹ thuật.
- b) Thực hiện bảng kiểm an toàn thực hiện kỹ thuật (nếu có) theo quy định của bệnh viện.
- c) Đặt tư thế BN: nằm ngửa.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Khoảng 20 - 60 phút.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.9. Kiểm tra hồ sơ

- a) Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng mắt cần thực hiện kỹ thuật.
- b) Thực hiện bảng kiểm an toàn thực hiện kỹ thuật (nếu có) theo quy định của bệnh viện.
- c) Đặt tư thế BN: nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QTKT

Cách thức thực hiện kỹ thuật điều trị rách mi phụ thuộc vào vị trí của đường rách, độ sâu của tổn thương, tổn thương mi đơn thuần hay phối hợp tổn thương mắt.

6.1. Bước 1:

- Trong trường hợp rách mi toàn bộ chiều dày không mất tổ chức, không liên quan đến bờ mi: cắt lọc vết thương, tiến hành khâu mi theo các lớp giải phẫu, khâu lớp sụn kết mạc, chú ý khi khâu không để chỉ xuyên qua kết mạc tránh chỉ cọ vào bề

mặt nhãn cầu gây tổn thương giác mạc. Nếu có tổn thương cơ nâng mi tìm chỗ rách của cơ nâng mi để khâu phục hồi, khâu cơ vòng cung mi, khâu da.

- Trong trường hợp rách mi có liên quan bờ mi: cắt lọc vết thương, tiến hành khâu phục hồi mi theo các lớp giải phẫu đúng bình diện. Khâu phục hồi bờ mi theo đúng các lớp giải phẫu, hàng chân lông mi, đường xám, bờ mi, khi khâu chú ý không để đầu chỉ cọ vào giác mạc gây tổn thương giác mạc. Khâu lớp sâu bao gồm sụn kết mạc, nếu cơ nâng mi có tổn thương thì cố gắng tìm lại và khâu phục hồi cơ nâng mi tránh sụp mi sau này, khâu cơ vòng và da mi.

6.2. Bước 2: Khâu da mi. Tra thuốc kháng sinh kết hợp chống viêm tại vết mổ. Băng vết thương.

6.3. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng toàn thân và tại mắt của người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.

- Hoàn thiện ghi chép phiếu thực hiện kỹ thuật, hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận theo dõi người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu bằng kẹp hoặc thiết bị chuyên dụng.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu vết thực hiện kỹ thuật, tụ máu dưới vết khâu, tuột chỉ vết khâu.

- Nhiễm trùng cần dùng kháng sinh và chăm sóc vết mổ tốt.

7.3. Tai biến muộn: Sẹo co kéo > Xử trí: sửa sẹo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2025). Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật về Mắt – Tập 1. Quyết định số 3517/QĐ – BYT ngày 12 tháng 11 năm 2025 của Bộ Y tế.

KHÂU PHỤC HỒI BỜ MI

1. ĐẠI CƯƠNG

- Khâu phục hồi bờ mi là một phẫu thuật cấp cứu để phục hồi chức năng và giải phẫu của mi mắt. Vết thương mi xử lý sớm sẽ làm giảm nguy cơ nhiễm khuẩn và tạo điều kiện tốt cho quá trình làm sẹo vết thương.

2. CHỈ ĐỊNH

- Vết thương bờ mi gây chảy máu và có nguy cơ gây biến dạng mi.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý nền (đang sử dụng thuốc chống đông, đái tháo đường...).

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

a) Nhân lực trực tiếp: Bác sĩ.

b) Nhân lực hỗ trợ: Điều dưỡng hoặc kỹ thuật y

5.2. Thuốc

- Lidocain 2% x 1 ống tiêm tê tại chỗ
- DD Povidine 5% vệ sinh mắt.
- DD Alcain 0,5%/Tetracain 0,5% 10ml tra mắt 1 – 2 giọt/ lần x 2 – 3 lần
- DD Levofloxacin 0,5%/ Tobramycin 0,3% 10ml tra mắt 1 – 2 giọt/ lần x 2 – 3 lần.

- Cefpodoxim 200mg x 3 viên uống/ ngày x 7 ngày
- Paracetamol 500mg x 4 viên/ ngày, 2 lần/ ngày, sáng – chiều, uống sau ăn, ngày phẫu thuật.

- Seduxen 5mg x 2 viên uống lúc 20 giờ, ngày phẫu thuật

- Alphacymotripsin 4,2mg x 6 viên uống/ ngày x 7 ngày

- DD NaCl 0,9% 10 ml tra rửa mắt.

- Mỡ Oflovid 0,3% tra mắt sau thực hiện kỹ thuật.

- Thuốc dinh dưỡng tại chỗ, toàn thân (nếu cần).

- Nước mắt nhân tạo.

- Thuốc theo bệnh lý toàn thân (nếu có).

5.3. Vật tư

- Mũ phẫu thuật viên.

- Khẩu trang vô trùng.
- Găng tay vô trùng.
- Găng tay sạch (găng khám).
- Bơm tiêm các loại.
- Tăm bông.
- Bông vô trùng.
- Gạc vô trùng.
- Băng dính.
- Chỉ phẫu thuật các loại.

5.4. Trang thiết bị

- Đầu đốt điện và dao điện phẫu thuật.
- Dây hút máu, dịch.
- Dao phẫu thuật.
- Sinh hiển vi phẫu thuật.
- Kính lúp.
- Máy đốt điện lưỡng cực.
- Bộ dụng cụ vi phẫu.
- Bộ dụng cụ trung phẫu.

5.5. Người bệnh

- Khám mắt toàn diện: theo mẫu chung.
- Người bệnh, thân nhân người bệnh được bác sĩ giải thích về tình trạng bệnh, nguy cơ biến chứng có thể xảy ra do thực hiện kỹ thuật và phương pháp vô cảm, tiên lượng sau thực hiện kỹ thuật, các thủ tục hành chính cần thực hiện khi đồng ý thực hiện kỹ thuật.

- Tại phòng phẫu thuật:

- + Tiến hành vô cảm (xem QTKT vô cảm).
- + Sát khuẩn mắt cần thực hiện kỹ thuật, trải sẵn vô khuẩn.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Khoảng 30-60 phút.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.9. Kiểm tra hồ sơ

- a) Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng mắt cần thực hiện kỹ thuật.
- b) Thực hiện bảng kiểm an toàn thực hiện kỹ thuật (nếu có) theo quy định của bệnh viện.
- c) Đặt tư thế BN: nằm ngửa.

6. TIỀN HÀNH QTKT

6.1. Bước 1: Kiểm tra tổn thương, dùng kẹp phẫu tích gấp hết dị vật trong vết thương nếu có, cắt lọc các tổ chức hoại tử.

6.2. Bước 2: Các dị vật nhỏ, ở sâu có thể rửa sạch bằng nước muối sinh lý hoặc nước oxy già.

6.3. Bước 3: Kiểm kê, đánh giá mức độ tổn thương tại mi

6.4. Bước 4: Khâu phục hồi bờ mi bằng chỉ không tiêu số 6/0, 7/0, khâu cố định tại 3 vị trí, vị trí hàng lông mi, vị trí đường xám, và bờ tự do.

6.5. Bước 5: Kết thúc phẫu thuật: tra dung dịch betadin 5% hoặc 10%, mỡ kháng sinh, băng mắt.

6.6. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng toàn thân và tại mắt của người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.

- Hoàn thiện ghi chép phiếu thực hiện kỹ thuật, hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận theo dõi người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. 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.

- Cắt chỉ sau 7-10 ngày.

7.2. Xử trí tai biến trong thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: băng ép hoặc cầm máu.

- Tổn thương nhãn cầu: xác định nguyên nhân và xử trí

7.3. Xử trí tai biến sau thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.

- Nhiễm trùng: điều trị kháng sinh tại chỗ và toàn thân.

- Tụt chỉ: khâu lại vết mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2012). Hướng dẫn Quy trình khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành nhãn khoa. Quyết định số 3906/QĐ – BYT ngày 12 tháng 10 năm 2012 của Bộ Y tế.

CHÍCH CHẮP, LỆO

1. ĐẠI CƯƠNG

- Chích chắp, lệo là kỹ thuật nhằm nạo sạch tổ chức viêm của chắp hoặc lệo đã hóa mủ, không đáp ứng với điều trị nội khoa, giúp bỏ ổ chắp, lệo giảm viêm, giảm đau, giảm sưng tấy cho người bệnh, cải thiện thẩm mỹ cho mí.

2. CHỈ ĐỊNH

- Lệo khi đã hình thành mủ và ổ viêm khu trú có điểm mủ trắng, sau khi người bệnh đã được dùng kháng sinh, chống viêm.

- Chắp mí gò cao gây kích thích hoặc ảnh hưởng đến thẩm mỹ.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Chống chỉ định tương đối khi tình trạng toàn thân không cho phép.

- Chắp, lệo đang viêm cấp chưa hình thành ổ áp xe.

4. THẬN TRỌNG

- Thận trọng đối với những người bệnh đang dùng thuốc chống đông máu.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

a) Nhân lực trực tiếp: Bác sĩ hoặc điều dưỡng hoặc kỹ thuật y.

b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): Điều dưỡng hoặc kỹ thuật y.

5.2. Thuốc:

- Lidocain 2% x 1 ống tiêm tê tại chỗ

- Azicin 500mg x 3 viên, 1 viên/ ngày, buổi sáng, lúc đói. Hoặc Cephalexin 500mg x 20 viên, 4 viên/ ngày, sáng – chiều, uống sau ăn.

- DD Levofloxacin 0,5%/ Tobramycin 0,3% 10ml tra mắt 1 – 2 giọt/ lần x 2 – 3 lần

- DD NaCl 0,9% 10 ml tra rửa mắt

- DD Povidine 5% vệ sinh mắt.

- Mỡ Oflovid 0,3% tra mắt

5.3. Vật tư

- Găng tay sạch (găng khám) x 1 đôi

- Tăm bông x 5 cái

- Bông vô trùng x 5 quả

- Gạc vô trùng x 2 miếng

- Băng dính.

5.4. Trang thiết bị

- Bộ dụng cụ chích chắp, lệo.

- Bộ dụng cụ tiêu phẫu trong trường hợp cần khâu vết thương.

- Các loại sáng vô trùng.
- Đèn gù hoặc đèn phẫu thuật gắn trần.

5.5. Người bệnh

- Người bệnh, thân nhân người bệnh được bác sĩ giải thích về tình trạng bệnh, nguy cơ biến chứng có thể xảy ra do thực hiện kỹ thuật và phương pháp vô cảm, tiên lượng sau thực hiện kỹ thuật, các thủ tục hành chính cần thực hiện khi đồng ý thực hiện kỹ thuật.

- Tại phòng thủ thuật, phòng thực hiện kỹ thuật:
- + Tiến hành vô cảm (xem QTKT vô cảm).
- + Sát khuẩn mắt cần thực hiện kỹ thuật, trải sáng vô khuẩn nếu cần.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Khoảng 10-30 phút

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thực hiện kỹ thuật, phòng thủ thuật.

5.9. Kiểm tra hồ sơ

- Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng mắt cần thực hiện kỹ thuật.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn thực hiện kỹ thuật (nếu có) theo quy định của bệnh viện.
- Đặt tư thế BN: nằm ngửa.

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Bước 1: Dùng cặp cố định chuyên dụng, cố định chắp hoặc lẹo, chú ý vặn ốc vừa phải.

6.2. Bước 2: Dùng dụng cụ chuyên dụng rạch kết mạc mi (đường rạch trong) hoặc da mi (đường rạch ngoài) ở vị trí chắp hoặc lẹo. Nếu rạch ngoài: đường rạch song song với bờ mi, nếu rạch trong: đường rạch vuông góc với bờ mi.

6.3. Bước 3: Nếu có bọng xơ, tránh làm vỡ bọng chắp, phẫu tích lấy gọn bọng chắp.

6.4. Bước 4: Nếu vết rạch da quá 5mm, khâu 1-2 mũi.

6.5. Bước 5: Sát trùng, vệ sinh vết thương, bôi mỡ kháng sinh.

6.6. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng toàn thân và tại mắt của người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép phiếu thực hiện kỹ thuật, hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận theo dõi người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu, băng ép hoặc khâu vết thương.
- Tổn thương nhãn cầu: tùy theo vị trí tổn thương để xử trí.

7.2.Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Nhiễm trùng vết thương: cho kháng sinh, chống viêm tại chỗ và toàn thân.
- Nhiễm trùng máu: điều trị kháng sinh toàn thân.

7.3.Biến chứng muộn

Hoại tử tổ chức: xử trí cắt bỏ tổ chức hoại tử.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2025). Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật về Mắt – Tập 1. Quyết định số 3517/QĐ – BYT ngày 12 tháng 11 năm 2025 của Bộ Y tế.

CHÍCH CHẮP, LỆO, NANG LÔNG MI; CHÍCH ÁP XE MI, KẾT MẠC

1. ĐẠI CƯƠNG

- Chích chắp, lệo, nang lông mi; chích áp xe mi, kết mạc là kỹ thuật nhằm nạo sạch tổ chức viêm của chắp hoặc lệo đã hóa mủ, không đáp ứng với điều trị nội khoa, giúp bỏ ổ chắp, lệo giảm viêm, giảm đau, giảm sung huyết cho người bệnh, cải thiện thẩm mỹ cho mi.

2. CHỈ ĐỊNH

- Lệo khi đã hình thành mủ và ổ viêm khu trú có điểm mủ trắng, sau khi người bệnh đã được dùng kháng sinh, chống viêm.

- Chắp mi gồ cao gây kích thích hoặc ảnh hưởng đến thẩm mỹ.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Chống chỉ định tương đối khi tình trạng toàn thân không cho phép.

- Chắp, lệo đang viêm cấp chưa hình thành ổ áp xe.

4. THẬN TRỌNG

- Thận trọng đối với những người bệnh đang dùng thuốc chống đông máu.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

a) Nhân lực trực tiếp: Bác sĩ hoặc điều dưỡng hoặc kỹ thuật y.

b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): Điều dưỡng hoặc kỹ thuật y.

5.2. Thuốc:

- Lidocain 2% x 1 ống tiêm tê tại chỗ

- Azicin 500mg x 3 viên, 1 viên/ ngày, buổi sáng, lúc đói. Hoặc Cephalexin 500mg x 20 viên, 4 viên/ ngày, sáng – chiều, uống sau ăn.

- DD Levofloxacin 0,5%/ Tobramycin 0,3% 10ml tra mắt 1 – 2 giọt/ lần x 2 – 3 lần

- DD NaCl 0,9% 10 ml tra rửa mắt

- DD Povidine 5% vệ sinh mắt.

- Mỡ Oflovid 0,3% tra mắt

5.3. Vật tư

- Găng tay sạch (găng khám) x 1 đôi

- Tăm bông x 5 cái

- Bông vô trùng x 5 quả

- Gạc vô trùng x 2 miếng

- Băng dính.

5.4. Trang thiết bị

- Bộ dụng cụ chích chấp, lẹo.
- Bộ dụng cụ tiêu phẫu trong trường hợp cần khâu vết thương.
- Các loại băng vô trùng.
- Đèn gù hoặc đèn phẫu thuật gắn trần.

5.5. Người bệnh

- Người bệnh, thân nhân người bệnh được bác sĩ giải thích về tình trạng bệnh, nguy cơ biến chứng có thể xảy ra do thực hiện kỹ thuật và phương pháp vô cảm, tiên lượng sau thực hiện kỹ thuật, các thủ tục hành chính cần thực hiện khi đồng ý thực hiện kỹ thuật.

- Tại phòng thủ thuật, phòng thực hiện kỹ thuật:
- + Tiến hành vô cảm (xem QTKT vô cảm).
- + Sát khuẩn mắt cần thực hiện kỹ thuật, trải băng vô khuẩn nếu cần.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Khoảng 10-30 phút

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thực hiện kỹ thuật, phòng thủ thuật.

5.9. Kiểm tra hồ sơ

- a) Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng mắt cần thực hiện kỹ thuật.
- b) Thực hiện bảng kiểm an toàn thực hiện kỹ thuật (nếu có) theo quy định của bệnh viện.
- c) Đặt tư thế BN: nằm ngửa.

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Bước 1: Dùng cặp cố định chuyên dụng, cố định chấp hoặc lẹo, chú ý vận ắc vừa phải.

6.2. Bước 2: Dùng dụng cụ chuyên dụng rạch kết mạc mi (đường rạch trong) hoặc da mi (đường rạch ngoài) ở vị trí chấp hoặc lẹo. Nếu rạch ngoài: đường rạch song song với bờ mi, nếu rạch trong: đường rạch vuông góc với bờ mi.

6.3. Bước 3: Nếu có bọc xơ, tránh làm vỡ bọc chấp, phẫu tích lấy gọn bọc chấp.

6.4. Bước 4: Nếu vết rạch da quá 5mm, khâu 1-2 mũi.

6.5. Bước 5: Sát trùng, vệ sinh vết thương, bôi mỡ kháng sinh.

6.6. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng toàn thân và tại mắt của người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép phiếu thực hiện kỹ thuật, hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận theo dõi người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu, băng ép hoặc khâu vết thương.
- Tổn thương nhãn cầu: tùy theo vị trí tổn thương để xử trí.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Nhiễm trùng vết thương: cho kháng sinh, chống viêm tại chỗ và toàn thân.
- Nhiễm trùng máu: điều trị kháng sinh toàn thân.

7.3. Biến chứng muộn

Hoại tử tổ chức: xử trí cắt bỏ tổ chức hoại tử.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2025). Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật về Mắt – Tập 1. Quyết định số 3517/QĐ – BYT ngày 12 tháng 11 năm 2025 của Bộ Y tế.

CẮT BỎ CHẤP CÓ BỌC

1. ĐẠI CƯƠNG

- Cắt tồn thương nhỏ ở mi mắt là kỹ thuật lấy một tổ chức bất thường có kích thước nhỏ ở mi để điều trị, lấy bệnh phẩm làm xét nghiệm hoặc cải thiện thẩm mỹ của mi mắt.

2. CHỈ ĐỊNH

- Những khối u mi nhỏ.
- Bọc chấp đã hình thành mũ hoặc ổ viêm khư khú thành bọc.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Khi tình trạng toàn thân không cho phép.
- Mi mắt đang viêm cấp hoặc có bệnh cấp tính của nhãn cầu.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý nền (đang dùng thuốc chống đông, đái tháo đường...).

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- a) Nhân lực trực tiếp: Bác sỹ
- b) Nhân lực hỗ trợ: Điều dưỡng hoặc kỹ thuật y.

5.2. Thuốc:

- Lidocain 2% x 1 ống tiêm tê tại chỗ
- Cefpodoxim 200mg x 3 viên uống/ ngày x 7 ngày
- DD Povidine 5% vệ sinh mắt.
- Alphacymotripsin 4,2mg x 6 viên uống/ ngày x 7 ngày
- DD Alcain 0,5%/Tetracain 0,5% 10ml tra mắt 1 – 2 giọt/ lần x 2 – 3 lần
- DD Levofloxacin 0,5%/ Tobramycin 0,3% 10ml tra mắt 1 – 2 giọt/ lần x 2 – 3

lần.

- DD NaCl 0,9% 10 ml tra rửa mắt.
- Mỡ Oflovid 0,3% tra mắt

5.3. Vật tư

- Găng tay vô trùng x 2 đôi
- Găng tay sạch (găng khám) x 1 đôi
- Bơm tiêm các loại.

- Tăm bông.
- Bông vô trùng.
- Gạc vô trùng.
- Băng dính.
- Chỉ phẫu thuật các loại

5.4. Trang thiết bị

- Sinh hiển vi phẫu thuật.
- Kính lúp.

5.5. Người bệnh

- Người bệnh, thân nhân người bệnh được bác sĩ giải thích về tình trạng bệnh, nguy cơ biến chứng có thể xảy ra do thực hiện kỹ thuật và phương pháp vô cảm, tiên lượng sau thực hiện kỹ thuật, các thủ tục hành chính cần thực hiện khi đồng ý thực hiện kỹ thuật.

- Tại phòng phẫu thuật:
 - + Tiến hành vô cảm (xem QTKT vô cảm).
 - + Sát khuẩn mắt cần thực hiện kỹ thuật, trải sẵn vô khuẩn, dán mi (nếu có), đặt vành mi.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Khoảng 15-30 phút.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật, phòng thủ thuật.

5.9. Kiểm tra hồ sơ

- Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng mắt cần thực hiện kỹ thuật.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn thực hiện kỹ thuật (nếu có) theo quy định của bệnh viện.
- Đặt tư thế BN: nằm ngửa.

6. TIẾN HÀNH QTKT

- Bước 1: Xác định ranh giới tổn thương mi cần cắt bỏ.
- Bước 2: Rửa da mi vị trí tổn thương/kết mạc mi.
- Bước 3: Phẫu tích tổn thương cần cắt bỏ và cho vào dung dịch để cố định bệnh phẩm (Bouin, Formol...) để làm xét nghiệm giải phẫu bệnh nếu cần.
- Bước 4: Khâu vết rạch nếu hơn 5mm.
- Bước 5: Sát trùng lại, tra mỡ kháng sinh.
- Bước 6: Kết thúc quy trình
 - Đánh giá tình trạng toàn thân và tại mắt của người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
 - Hoàn thiện ghi chép phiếu thực hiện kỹ thuật, hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận theo dõi người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu, băng ép hoặc khâu vết thương.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật:

- Xuất huyết: tìm nguyên nhân và xử trí theo nguyên nhân.
- Nhiễm trùng: điều trị kháng sinh mạnh tại chỗ và toàn thân.

7.3. Biến chứng muộn:

- Có thể hoại tử tổ chức: xử trí cắt bỏ tổ chức hoại tử.
- Sẹo xấu: sửa sẹo.
- Nhiễm trùng máu: kháng sinh toàn thân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2025). Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật về Mắt – Tập 1. Quyết định số 3517/QĐ – BYT ngày 12 tháng 11 năm 2025 của Bộ Y tế.

CHÍCH ÁP XE KẾT MẠC

1. ĐẠI CƯƠNG

- Chích áp xe kết mạc là kỹ thuật chích tháo bỏ mủ ở ổ áp xe kết mạc.

2. CHỈ ĐỊNH

- Chích áp xe khi xuất hiện ổ khu trú, có thể có điểm mủ trắng hoặc tạo thành nang bọc dưới kết mạc.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Áp xe còn sưng tấy nhiều.
- Người bệnh có bệnh lý toàn thân chưa cho phép thực hiện kỹ thuật.

4. THẬN TRỌNG

- Thận trọng đối với những trường hợp người bệnh đang sử dụng thuốc chống đông hoặc thuốc chống kết tập tiểu cầu.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- a) Nhân lực trực tiếp: Bác sĩ
- b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): Điều dưỡng hoặc kỹ thuật y.

5.2. Thuốc:

- Lidocain 2% x 1 ống tiêm tê tại chỗ
- Azicin 500mg x 3 viên, 1 viên/ ngày, buổi sáng, lúc đói. Hoặc Cephalexin 500mg x 20 viên, 4 viên/ ngày, sáng – chiều, uống sau ăn.
- DD Levofloxacin 0,5%/ Tobramycin 0,3% 10ml tra mắt 1 – 2 giọt/ lần x 2 – 3 lần
- DD NaCl 0,9% 10 ml tra rửa mắt
- DD Povidine 5% vệ sinh mắt.
- Mỡ Oflovid 0,3% tra mắt

5.3. Vật tư

- Dao chích áp xe.
- Găng tay sạch (găng khám) x 1 đôi
- Tăm bông x 5 cái
- Bông vô trùng x 5 quả
- Gạc vô trùng x 2 miếng
- Băng dính.

5.4. Trang thiết bị

- Bộ dụng cụ sát trùng.
- Bộ dụng cụ chích áp xe.

- Bộ dụng cụ tiêu phẫu trong trường hợp cần khâu vết thương.
- Đèn gù hoặc đèn phẫu thuật gắn trần.

5.5. Người bệnh

- Người bệnh, thân nhân người bệnh được bác sĩ giải thích về tình trạng bệnh, nguy cơ biến chứng có thể xảy ra do thực hiện kỹ thuật và phương pháp vô cảm, tiên lượng sau thực hiện kỹ thuật, các thủ tục hành chính cần thực hiện khi đồng ý thực hiện kỹ thuật.

- Tại phòng thủ thuật, phòng thực hiện kỹ thuật:
- + Tiến hành vô cảm (xem QTKT vô cảm).
- + Sát khuẩn mắt cần thực hiện kỹ thuật, trải sẵn vô khuẩn nếu cần.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Khoảng 10 - 30 phút.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật, phòng thủ thuật.

5.9. Kiểm tra hồ sơ

- Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng mắt cần thực hiện kỹ thuật.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn thực hiện kỹ thuật (nếu có) theo quy định của bệnh viện.
- Đặt tư thế BN: nằm ngửa.

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.2 Bước 1: Nếu ổ áp xe ở kết mạc mi: dùng kẹp cố định ổ áp xe (tương tự kẹp cố định chắp).

6.2 Bước 2: Rạch chính giữa ổ áp xe theo hướng song song với mạch máu kết mạc, tháo mũ trong ổ áp xe. Nếu vết rạch quá 5mm có thể khâu phục hồi 1-2 mũi bằng chỉ khâu phẫu thuật (ví dụ: chỉ nylon..).

6.3 Bước 3

- Tra dung dịch sát khuẩn bề mặt nhãn cầu và mỡ kháng sinh (có thể có chống viêm).
- Băng ép.

6.4. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng toàn thân và tại mắt của người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép phiếu thực hiện kỹ thuật, hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận theo dõi người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Theo dõi toàn thân nếu có bất thường.

- Theo dõi tình trạng chảy máu, nhiễm trùng.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu, băng ép hoặc khâu vết thương.

- Tổn thương nhãn cầu: tùy theo vị trí tổn thương để xử trí.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Nhiễm trùng vết thương: cho kháng sinh, chống viêm tại chỗ và toàn thân.

7.4. Biến chứng muộn

- Hoại tử tổ chức: xử trí cắt bỏ tổ chức hoại tử.

- Nhiễm trùng máu: điều trị kháng sinh toàn thân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2025). Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật về Mắt – Tập 1. Quyết định số 3517/QĐ – BYT ngày 12 tháng 11 năm 2025 của Bộ Y tế.

CHÍCH MÁU HOẶC CHÍCH MỦ MI MẮT

1. ĐẠI CƯƠNG

- Chích máu hoặc chích mủ mi mắt là kỹ thuật nhằm dẫn lưu khối máu tụ hoặc áp xe tại vùng mi mắt để điều trị triệu chứng, giảm viêm và lấy bệnh phẩm làm xét nghiệm vi sinh nếu cần. Mục đích là giải phóng dịch tụ gây căng đau, ngăn ngừa lan rộng nhiễm trùng và hỗ trợ chẩn đoán nguyên nhân nhiễm khuẩn. Nguyên lý là rạch nhỏ vùng tổn thương theo đường nếp da hoặc rìa mi, dẫn lưu sạch máu tụ hoặc mủ, sau đó vệ sinh ổ viêm và chăm sóc sau thực hiện kỹ thuật đúng cách để hạn chế tái phát hoặc biến chứng.

2. CHỈ ĐỊNH

- Những trường hợp tụ máu mi lâu tiêu hoặc làm biến dạng mi, gây sụp mi có nguy cơ gây nhược thị ở trẻ em.

- Áp xe mi

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân chưa cho phép thực hiện kỹ thuật.

4. THẬN TRỌNG

- Thận trọng đối với những trường hợp người bệnh đang sử dụng thuốc chống đông.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

a) Nhân lực trực tiếp: Bác sĩ

b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): Điều dưỡng hoặc kỹ thuật y.

5.2. Thuốc:

- Lidocain 2% x 1 ống tiêm tê tại chỗ

- Azicin 500mg x 3 viên, 1 viên/ ngày, buổi sáng, lúc đói. Hoặc Cephalexin 500mg x 20 viên, 4 viên/ ngày, sáng – chiều, uống sau ăn.

- DD Levofloxacin 0,5%/ Tobramycin 0,3% 10ml tra mắt 1 – 2 giọt/ lần x 2 – 3 lần

- DD NaCl 0,9% 10 ml tra rửa mắt

- DD Povidine 5% vệ sinh mắt.

- Mỡ Oflovid 0,3% tra mắt

5.3. Vật tư

- Dao chích áp xe.

- Chỉ các loại (trong trường hợp cần khâu vết thương).

- Găng tay sạch (găng khám) x 1 đôi

- Tăm bông x 5 cái

- Bông vô trùng x 5 quả
- Gạc vô trùng x 2 miếng
- Băng dính.

5.4. Trang thiết bị

- Bộ dụng cụ sát trùng.
- Bộ dụng cụ chích máu, mũi mi.
- Bộ dụng cụ tiểu phẫu trong trường hợp cần khâu vết thương.
- Đèn gù hoặc đèn phẫu thuật gắn trần.

5.5. Người bệnh

- Người bệnh, thân nhân người bệnh được bác sĩ giải thích về tình trạng bệnh, nguy cơ biến chứng có thể xảy ra do thực hiện kỹ thuật và phương pháp vô cảm, tiên lượng sau thực hiện kỹ thuật, các thủ tục hành chính cần thực hiện khi đồng ý thực hiện kỹ thuật.

- Tại phòng thủ thuật, phòng thực hiện kỹ thuật:
- + Tiến hành vô cảm (xem QTKT vô cảm).
- + Sát khuẩn mắt cần thực hiện kỹ thuật, trải sẵn vô khuẩn nếu cần.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Khoảng 10 - 30 phút.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thực hiện kỹ thuật hoặc phòng phẫu thuật.

5.9. Kiểm tra hồ sơ

- Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng mắt cần thực hiện kỹ thuật.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn thực hiện kỹ thuật (nếu có) theo quy định của bệnh viện.
- Đặt tư thế BN: nằm ngửa.

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Bước 1: Mở da mi vị trí gần chỗ tụ máu hay gần khối áp xe mi nhất, nếu tổn thương ở gần những nếp tự nhiên có thể rạch da mi theo đường nếp mi.

6.2. Bước 2: Phẫu tích tổ chức xung quanh để bộc lộ tổn thương. Kiểm tra xem còn khối máu tụ xung quanh không, xem có chảy máu thứ phát không

6.3. Bước 3: Nếu trong ổ áp xe có dị vật thì lấy dị vật mi bằng pince gấp. Lấy dị vật và mũi áp xe làm giải phẫu bệnh nếu cần thiết.

6.4. Bước 4: Cầm máu nếu cần thiết, rửa lại vết thương bằng dung dịch sát khuẩn (povidone-iodine 5%). Với áp xe mi, nếu nghi ngờ có những dị vật nhỏ như bụi, mảnh nhỏ đất đá, có thể sử dụng dung dịch oxy già hoặc dung dịch đẳng trương,... để làm sạch vết thương.

6.5. Bước 5: Khâu lại mép mô. Tra kháng sinh mỡ tại chỗ. Băng vết thương.

6.6. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng toàn thân và tại mắt của người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.

- Hoàn thiện ghi chép phiếu thực hiện kỹ thuật, hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận theo dõi người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.

- Bàn giao bệnh phẩm (nếu có) làm giải phẫu bệnh theo quy định của bệnh viện.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

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

- Toàn thân: dấu hiệu sinh tồn, toàn trạng chung, theo dõi nhiệt độ, các dấu hiệu nhiễm trùng tại chỗ, thần kinh và toàn thân nếu áp xe mi lan rộng.

- Vệ sinh vết mổ hàng ngày, khám lại 1 ngày, 1 tuần và 1 tháng sau thực hiện kỹ thuật.

- Cắt chỉ sau thực hiện kỹ thuật 7 - 10 ngày.

7.2. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu, băng ép hoặc khâu vết thương.

- Tổn thương nhãn cầu: tùy theo vị trí tổn thương để xử trí.

7.3. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Nhiễm trùng vết thương: cho kháng sinh, chống viêm tại chỗ và toàn thân.

7.4. Biến chứng muộn

- Có thể hoại tử tổ chức: xử trí cắt bỏ tổ chức hoại tử.

- Nhiễm trùng máu: điều trị kháng sinh toàn thân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2025). Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật về Mắt – Tập 1. Quyết định số 3517/QĐ – BYT ngày 12 tháng 11 năm 2025 của Bộ Y tế.

LẤY DỊ VẬT MI MẮT

1. ĐẠI CƯƠNG

- Lấy dị vật mi mắt là kỹ thuật lấy dị vật nằm trong hoặc bám trên mô mi, với đặc điểm, vị trí và kích thước khác nhau. Dị vật mi mắt này có thể gây khó chịu, viêm, tổn thương mô hoặc ảnh hưởng thẩm mỹ. Mục đích của kỹ thuật lấy dị vật là loại bỏ hoàn toàn dị vật, giảm triệu chứng khó chịu, ngăn ngừa nhiễm trùng và biến chứng lâu dài. Nguyên lý là xác định chính xác vị trí và đặc điểm dị vật, lựa chọn phương pháp lấy phù hợp (rạch da, bóc tách hoặc gấp bỏ), mức độ can thiệp sẽ phụ thuộc vào độ sâu, kích thước và nguy cơ tổn thương các cấu trúc xung quanh.

2. CHỈ ĐỊNH

- Những trường hợp dị vật của mi, đặc biệt những trường hợp dị vật có nguy cơ gây ra biến chứng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện kỹ thuật.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý nền (đang dùng thuốc chống đông, đái tháo đường ...).

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

a) Nhân lực trực tiếp: Bác sĩ

b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có): Điều dưỡng hoặc kỹ thuật y.

5.2. Thuốc:

- DD Alcain 0,5%/ Tetracain 0,5% 10ml tra mắt 1 – 2 giọt/ lần x 2 – 3 lần tại chỗ.
lần

- DD Levofloxacin 0,5%/ Tobramycin 0,3% 10ml tra mắt 1 – 2 giọt/ lần x 2 – 3 lần

- DD NaCl 0,9% 10 ml tra rửa mắt

- DD Povidine 5%

5.3. Vật tư

- Găng tay vô trùng x 1 đôi

- Găng tay sạch (găng khám) x 1 đôi

- Tăm bông, bông gạc vô trùng x 5 quả

- Băng dính.

- Dao phẫu thuật.

- Chỉ phẫu thuật các loại.

5.4. Trang thiết bị

- Bộ dụng cụ sát trùng mi và mắt.

- Bộ dụng cụ phẫu thuật mi.
- Đèn gù hoặc đèn phẫu thuật gắn trần.
- Kính lúp đội đầu hoặc sinh hiển vi phẫu thuật.

5.5. Người bệnh

- Người bệnh, thân nhân người bệnh được bác sĩ giải thích về tình trạng bệnh, nguy cơ biến chứng có thể xảy ra do thực hiện kỹ thuật và phương pháp vô cảm, tiên lượng sau thực hiện kỹ thuật, các thủ tục hành chính cần thực hiện khi đồng ý thực hiện kỹ thuật.

- Tại phòng thủ thuật, phòng thực hiện kỹ thuật:
- + Tiến hành vô cảm (xem QTKT vô cảm).
- + Sát khuẩn mắt cần thực hiện kỹ thuật, trải säng vô khuẩn nếu cần.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Khoảng 10 - 30 phút.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thủ thuật, phòng phẫu thuật.

5.9. Kiểm tra hồ sơ

- Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng mắt cần thực hiện kỹ thuật.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn thực hiện kỹ thuật (nếu có) theo quy định của bệnh viện.
- Đặt tư thế BN: nằm ngửa.

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Bước 1: Mở da mi vị trí gần dị vật nhất, nếu dị vật sâu, gần những nếp tự nhiên có thể rạch da mi theo đường nếp mi.

6.2. Bước 2: Phẫu tích tổ chức xung quanh để bộc lộ dị vật.

6.3. Bước 3: Lấy dị vật mi bằng pince gấp.

6.4. Bước 4: Cầm máu nếu cần thiết, rửa lại vết thương bằng dung dịch sát khuẩn (povidone-iodine 5%). Nếu nghi ngờ có những dị vật nhỏ như bụi, mảnh nhỏ đất đá, có thể sử dụng dung dịch oxy già hoặc dung dịch đẳng trương để làm sạch vết thương.

6.5. Bước 5: Khâu lại mép mổ nếu cần. Tra thuốc sát khuẩn, mỡ kháng sinh. Băng mắt.

6.6. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng toàn thân và tại mắt của người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép phiếu thực hiện kỹ thuật, hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận theo dõi người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Theo dõi toàn thân nếu có bất thường.
- Theo dõi tình trạng chảy máu, nhiễm trùng.

7.2. Tai biến

- Nhiễm khuẩn: sử dụng kháng sinh toàn thân, tại chỗ.
- Chảy máu: băng ép cầm máu.

7.3. Biện chứng muộn

- Không.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2025). Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật về Mắt – Tập 1. Quyết định số 3517/QĐ – BYT ngày 12 tháng 11 năm 2025 của Bộ Y tế.

KHÂU VẾT RÁCH MI PHỨC TẠP

1. ĐẠI CƯƠNG

Khâu phục hồi bờ mi là một phẫu thuật cấp cứu để phục hồi chức năng và giải phẫu của mi mắt. Vết thương mi xử lý sớm sẽ làm giảm nguy cơ nhiễm khuẩn và tạo điều kiện tốt cho quá trình làm sẹo vết thương.

2. CHỈ ĐỊNH

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

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- a) Nhân lực trực tiếp : Bác sĩ chuyên khoa Mắt.
- b) Nhân lực hỗ trợ : Điều dưỡng

5.2. Thuốc Thuốc tê tại chỗ

5.3. Vật tư

- Bơm 5ml
- Chỉ 5/0 hoặc 6/0 (chỉ nilon và vicryl)

5.4 Trang thiết bị/ phương tiện

- Hiển vi phẫu thuật hoặc kính lúp - Bộ dụng cụ vi phẫu.
- Bộ dụng cụ trung phẫu

5.5 Người bệnh

- Bác sĩ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Khám mắt toàn diện: theo mẫu chung.
- Người bệnh được tư vấn trước phẫu thuật.

5.6. Hồ sơ bệnh án Làm bệnh án nội trú hoặc ngoại trú

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật (ước tính, đơn vị là giờ) : 15-30 phút

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật Phòng phẫu thuật hoặc phòng tiểu phẫu

5.9. 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

c) Đặt tư thế người bệnh: Nằm ngửa hoặc nghiêng tùy thuộc vị trí vết thương

6. TIẾN HÀNH QTKT

- Kiểm tra Hồ sơ bệnh án : Biên bản hội chẩn, cam kết phẫu thuật.

- Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh, đúng mắt thực hiện kỹ thuật. 6.1. Vô cảm: Gây tê tại chỗ

6.2. 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:

- Trong 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 bầm, bầm dính dị vật. Khâu phục hồi vách ngăn hốc mắt bằng chỉ tiêu, sau đó các bước xử lý tiếp theo tương tự 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 quy trình

- Tra dung dịch sát khuẩn, mỡ kháng sinh.

- Băng ép.

- 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

a) 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.

- Cắt chỉ da mi sau 7- 10 ngày.

* Điều trị nội khoa:

- Tại chỗ: tra kháng sinh tại chỗ + corticoid (Ví dụ: maxitrol 4l/ngày).

- Toàn thân: kháng sinh uống toàn thân: Beta- Lactam (Ví dụ: Amoxicillin 0,5g x 4-6 viên /ngày, người lớn). Giảm phù, chống viêm (Ví dụ: amitase 10mg, 4 viên /ngày).

b) XỬ LÝ 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.

NHỎ LÔNG MI, ĐIỀU TRỊ LÔNG XIÊU

I. Thông tin chung

Mục đích: Loại bỏ lông xiêu, lông quặm gây kích ứng, cọ xát vào giác mạc/kết mạc.

Chỉ định: Lông xiêu, lông quặm ít, mọc rải rác.

Chống chỉ định: Lông quặm nặng, quá nhiều lông xiêu (nên áp dụng phương pháp đốt hoặc phẫu thuật).

II. Quy trình Kỹ thuật

1. Chuẩn bị:

- Người thực hiện: Bác sĩ hoặc điều dưỡng chuyên khoa Mắt.

- Dụng cụ: Panh (kẹp) nhổ lông mi, kính lúp cầm tay hoặc kính hiển vi sinh hiển vi, thuốc tê bề mặt (như Proparacaine 0.5%), dung dịch sát khuẩn (Povidone-Iodine 5% hoặc nước muối sinh lý), bông gòn, gạc vô khuẩn.

2. Các bước thực hiện:

Bước 1: Sát khuẩn: Vệ sinh bờ mi bằng dung dịch sát khuẩn để giảm nguy cơ nhiễm trùng.

Bước 2: Bộc lộ vùng lông xiêu: Sử dụng kính lúp hoặc kính hiển vi để xác định chính xác các sợi lông mi mọc sai hướng.

Bước 3: Nhổ lông: Dùng panh kẹp chặt sát gốc sợi lông mi xiêu và nhổ dứt khoát theo hướng mọc của lông để đảm bảo loại bỏ hoàn toàn gốc lông.

Bước 4: Kiểm tra và kết thúc: Kiểm tra lại bờ mi để đảm bảo đã nhổ hết các sợi lông xiêu. Tra thuốc mỡ kháng sinh hoặc nhỏ mắt sát khuẩn.

3. Sau thủ thuật:

- Bệnh nhân cần vệ sinh bờ mi hàng ngày.

- Theo dõi nguy cơ lông xiêu mọc lại (thường sau vài tuần).

III. Lưu ý

- Nhổ lông mi chỉ là giải pháp tạm thời vì lông có thể mọc lại và tiếp tục gây xiêu.

- Trường hợp lông xiêu tái phát nhiều lần, cần áp dụng các phương pháp triệt để hơn như đốt lông xiêu (điện phân) hoặc phẫu thuật chỉnh hình bờ mi.

- Thực hiện thủ thuật tại các cơ sở y tế đảm bảo vô trùng.

LÀM SẠCH BỜ MI

1. ĐẠI CƯƠNG

Nặn tuyến bờ mi, đánh bờ mi là kỹ thuật nhằm làm sạch bờ mi, đẩy các chất tiết của tuyến bờ mi ra và đưa thuốc trực tiếp lên bờ mi.

2. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp viêm bờ mi mạn tính.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

a) Nhân lực trực tiếp : Bác sĩ, điều dưỡng chuyên khoa Mắt.

b) Nhân lực hỗ trợ : Điều dưỡng

5.2. Thuốc

+ Thuốc gây tê bề mặt kết mạc (Alcain 0,5%)

+ Thuốc dùng để đánh bờ mi theo chỉ định

5.3. Vật tư

+ Tăm bông nhỏ.

5.4 Trang thiết bị/ phương tiện

+ Kẹp Dolnberg hoặc Bilnhermin.

+ Thanh đèn.

5.5 Người bệnh

- Bác sĩ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện:

mục đích, các bước tiến hành,

biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiền lương

5.6. Hồ sơ bệnh án

- chỉ định Theo quy định

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật ước tính 3-5 phút

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật Phòng tiểu phẫu .

5.9. Kiểm tra hồ sơ

a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh:

b) Đặt tư thế người bệnh: Nằm

6. TIẾN HÀNH QTKT

- Kiểm tra người bệnh: đúng người, đúng bệnh, đúng mắt thực hiện kỹ thuật.....

- Gây tê bề mặt bằng Alcain 1%. - Nặn tuyến bờ mi: có 2 cách làm như sau:

+ Cách 1: tay trái dùng thanh đèn có bôi thuốc mỡ kháng sinh vào cùng đồ trên và dưới sau đó dùng ngón cái của bàn tay phải ấn mạnh lên bờ mi và ép lên thanh đèn lần lượt từ ngoài vào trong để nặn tuyến bờ mi. Sau đó dùng tăm bông làm sạch hết những chất tiết bẩn ở bờ mi.

+ Cách 2: tay trái kéo nhẹ mi trên lên hoặc mi dưới xuống. Tay phải cầm kẹp Bilnhermin kẹp mi ở giữa kẹp vào sâu khoảng 4 - 5mm so với bờ mi, bóp nhẹ hai cạnh của kẹp lần lượt đi từ ngoài vào trong, dùng tăm bông làm sạch hết những chất tiết bẩn ở bờ mi. Tiến hành chà bờ mi: tay trái kéo nhẹ mi trên lên hoặc mi dưới xuống để bộc lộ bờ mi và tách bờ mi ra khỏi bề mặt nhãn cầu. Tay phải cầm tăm bông nhỏ có

tắm thuốc dùng theo chỉ định chà nhẹ và từ từ lên bờ mi theo chiều từ ngoài vào trong và mỗi lần đánh bờ mi làm vậy từ 2 - 3 lần.

Kết thúc quy trình

- Dùng bông lau khô mắt.
- Tra dung dịch sát khuẩn. (Povidine 1% hoặc 5%)
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Theo dõi xem bờ mi có sưng nề, đỏ do nặn tuyến bờ mi không nếu thấy biểu hiện bất thường báo ngay cho bác sĩ. Đối với trường hợp dị ứng thuốc thì ngừng ngay thuốc đó và báo ngay cho bác sĩ.

THÔNG LỆ ĐẠO

1. ĐẠI CƯƠNG

Bơm rửa và thông lệ đạo là kỹ thuật làm sạch đường dẫn lệ, kiểm tra sự lưu thông và làm thông đường dẫn lệ.

2 CHỈ ĐỊNH

1. Bơm rửa lệ đạo

- Chuẩn bị trước các phẫu thuật có can thiệp vào nội nhãn đục thủy tinh thể, glôcôm
- Các trường hợp nghi ngờ tắc hẹp lệ đạo.
- Trước khi tiến hành thông lệ đạo.
- Một số trường hợp điều trị viêm loét giác mạc.

2. Thông lệ đạo

- Các trường hợp chảy nước mắt hoặc mủ do chít hẹp điểm lệ, tắc lệ quản ngang hoặc ống lệ mũi.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Áp xe túi lệ.

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

a) Nhân lực trực tiếp : Bác sĩ, điều dưỡng chuyên khoa mắt đã được đào tạo.

b) Nhân lực hỗ trợ : Điều dưỡng

5.2. Thuốc

- Dung dịch nước muối sinh lý 0,9%.

- Thuốc tê bề mặt nhãn cầu (Alcain 0,5%).

- Dung dịch kháng sinh.

5.3. Vật tư

- Bơm tiêm, kim bơm rửa lệ đạo.

5.4. Trang thiết bị/ phương tiện

- Que nong điểm lệ.

- Bộ que thông lệ đạo với các số khác nhau.

5.5. Người bệnh

- Bác sĩ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện:

mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng....:

- Nếu là trẻ em, cần giải thích cho người nhà để cùng phối hợp.

5.6. Hồ sơ bệnh án/ Theo quy định

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật Khoảng từ 3- 5 phút

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật Phòng tiểu phẫu

5.9. 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:

Người bệnh nằm ngửa trên bàn. Nếu là trẻ em thì cần có người giữ cùng

6. TIẾN HÀNH QTKT

- Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh, đúng mắt thực hiện kỹ thuật.....

- Tra thuốc thuốc tê bề mặt 2-3 lần, mỗi lần cách nhau 1-2 phút.

- Người làm thủ thuật đứng ở phía đầu người bệnh.

6.1. Bơm lệ đạo Cách làm: thường bơm nước vào lệ quả dưới. Một tay kéo da mi dưới xuống dưới và ra ngoài để cố định mi và điểm lệ. Tay kia cầm bơm tiêm, kim thẳng góc từ trên xuống vào qua điểm lệ 1mm. Quay bơm tiêm 90 độ vào lệ quả ngang, song song bờ mi đến túi lệ, khi chạm vào thành xương thì lùi lại 1mm và từ từ bơm nước vào.

Kết quả:

- Nước xuống miệng chứng tỏ lệ đạo thông.

- Phải bơm thật mạnh nước mới xuống miệng hoặc nước vừa xuống miệng vừa trào điểm lệ trên chứng tỏ lệ đạo bị hẹp.

- Nước trào tại chỗ là tắc lệ đạo ở lệ quả dưới.

- Nước trào ra lệ quản trên: tắc đoạn nào đó từ cổ túi lệ trở xuống ống lệ mũi.
- Khi lệ đạo tắc có nhiều mủ thì cần rửa sạch sau đó mới tiến hành thông lệ đạo.

6.2. Thông lệ đạo

- Thông điểm lệ: dùng 1 tay kéo da mi để bộc lộ điểm lệ. quá nhỏ có thể tra xanh metylen hoặc thuốc đỏ để phát hiện dễ hơn. Tay kia cầm que nong đầu nhọn đâm vào điểm lệ vuông góc với bờ mi, khi que nong vào được 1mm, xoay ngang que nong 900 sao cho song song với bờ mi và đẩy vào trong vừa đẩy vừa xoay tròn que nong để nong rộng điểm lệ. Khi que không vào được nữa rút que nong ra.

- Thông lệ quản ngang: dùng que nong nong rộng điểm lệ. que thông vào điểm lệ 1mm sau đó vào lệ quản ngang sau khi xoay ngang 900 cho đến khi đầu que thông chạm vào túi lệ và thành xong. Khi que thông đi qua chỗ chít hẹp thì xoay tròn que thông và đẩy từ từ vào trong.

- Thông ống lệ mũi: dùng que nong nong rộng điểm lệ. que thông vào điểm lệ 1mm vuông góc với bờ mi, sau đó xoay ngang que thông 900 và tiếp tục đẩy que thông đi song song với bờ mi. Nếu khó đẩy que thông thì cần kéo căng da mi ra phía ngoài để lệ quản ngang nằm thẳng, que thông sẽ vào dễ hơn. Khi đầu que thông chạm vào thành xương (que vào khoảng 1 - 1,5cm) xoay que thông lên phía trên một góc 900 sau đó đẩy từ từ xuống phía dưới theo hướng ống lệ mũi (khi đẩy đầu que thông luôn luôn chạm vào thành xương). Rút que thông ra, bơm nước lệ đạo để kiểm tra. Nếu thông được thì khoảng thời gian giữa hai lần thông ít nhất là 1 tuần. Kết thúc quy trình

- Dùng bông ướt lau khô mắt.
- Tra dung dịch sát khuẩn. (Povidine 1% hoặc 5%)
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Chảy máu Chảy máu ở mũi hoặc điểm lệ do đầu que thông làm xước niêm mạc lệ đạo hay niêm mạc mũi. Dùng ngón tay hoặc cục bông ấn nhẹ vào vùng lệ đạo một lúc cho đến khi hết chảy máu.

2. Que thông đi sai đường

Cách xử trí đối với biến chứng chảy máu, nếu phù nề nhiều có thể băng ép và dùng thuốc chống phù nề.

LẤY DỊ VẬT GIÁC MẠC NÔNG

1. ĐẠI CƯƠNG

- Dị vật giác mạc là những vật lạ bên ngoài bám vào giác mạc, gây tổn thương giác mạc.
- Tùy theo mức độ xâm nhập, có thể chia thành 2 loại dị vật giác mạc:
 - + Dị vật giác mạc nông là dị vật dính vào lớp biểu mô giác mạc.

2. CHỈ ĐỊNH

Tất cả các dị vật giác mạc khi được chẩn đoán xác định thì coi như một cấp cứu nhãn khoa, phải được loại bỏ càng sớm càng tốt, nếu không được xử lý đúng cách có thể làm giảm thị lực do các biến chứng: viêm- loét giác mạc, thủng giác mạc, sẹo giác mạc, nhiễm kim loại giác mạc...

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định.

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

a) Nhân lực trực tiếp :

Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

Điều dưỡng

b) Nhân lực hỗ trợ :

Điều dưỡng

5.2. Thuốc

+ Thuốc gây tê bề mặt nhãn cầu (Alcain 0,5%).

+ DD Povidine 1%.

5.3. Vật tư

Bơm tiêm 5ml (để lấy dị vật)

5.4 Trang thiết bị/ phương tiện

+ Pince gấp dị vật

+ Bông ướt

+ Tăm bông nhỏ.

+ Vành mi

5.5 Người bệnh

- Bác sĩ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.

5.6. Hồ sơ bệnh án

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật ước tính : 3-5 phút

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật Phòng tiểu phẫu

5.9. 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: Nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QTKT

- Kiểm tra NB: đúng người bệnh, đúng bệnh, đúng mắt thực hiện kỹ thuật.

6.1. Vô cảm: nhỏ tê bề mặt nhãn cầu bằng Alcain 0.5%

6.2. Thực hiện kỹ thuật;

- Đặt vành mi cố định

- Tìm và bộc lộ dị vật

- Dùng bơm tiêm hoặc Pince giác mạc loại bỏ dị vật trên bớp biểu mô của giác mạc.

- Rửa sạch mắt bằng dd NaCl 0.9% hoặc nước cất. Kết thúc quy trình;

- Dùng bông lau khô mắt.

- Tra dung dịch sát khuẩn (Povidine 1%).

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Theo dõi tình trạng giác mạc, nếu tổn thương rộng, đau nhiều, cho băng mắt trong khoảng 4 giờ.

Kiểm tra lại sau 24 giờ để chắc chắn là không có bất cứ triệu chứng khác lạ nào.

LẤY DỊ VẬT KẾT MẠC

1. ĐẠI CƯƠNG

- Dị vật kết mạc là những vật lạ bên ngoài bám vào kết mạc

2. CHỈ ĐỊNH

Các loại dị vật kết mạc khi được chẩn đoán xác định thì coi như một cấp cứu nhãn khoa, phải được loại bỏ càng sớm càng tốt.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định.

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

a) Nhân lực trực tiếp : Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

b) Nhân lực hỗ trợ : Điều dưỡng

5.2. Thuốc

+ Thuốc gây tê bề mặt nhãn cầu (Alcain 0.5%).

+ DD Povidine 1%.

+ DD NaCl 0.9% hoặc DD nước cất 5.3 5.3.

Vật tư

Bơm tiêm 5ml (để lấy dị vật)

5.4 Trang thiết bị/ phương tiện

+ Pince gấp dị vật + Bông ướt.

+ Tăm bông nhỏ.

5.5 Người bệnh

- Bác sĩ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.

5.6. Hồ sơ bệnh án/ phiếu chỉ định Theo quy định

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật ước tính : từ 3-5 phút

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật Phòng tiểu phẫu

5.9. 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) Đặt tư thế người bệnh: Nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QTKT

- Kiểm tra NB: đúng người bệnh, đúng bệnh, đúng mắt thực hiện kỹ thuật.

6.1. Vô cảm: nhỏ tê bề mặt nhãn cầu bằng Alcain 0.5%

6.2. Thực hiện kỹ thuật

- Vành mi cố định.

- Tìm và bóc lộ dị vật.

- Dùng bơm tiêm hoặc Pince giác mạc loại bỏ dị vật. Nếu dị vật sâu khó lấy phải rạch kết mạc để bóc lộ dị vật, có thể cắt mảnh kết mạc bao gồm dị vật.

- Rửa sạch mắt bằng dd NaCl 0.9% hoặc nước cất. Kết thúc quy trình

- Dùng bông lau khô mắt.
- Tra thuốc Povidine 1%.
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. THEO DÕI

- Theo dõi vết xước kết mạc sau khi lấy dị vật.

7.2. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Khâu kết mạc bị rách khi cần thiết

RỬA CÙNG ĐỒ KẾT MẠC

1. ĐẠI CƯƠNG

Rửa cùng đồ nhằm loại bỏ tác nhân gây bệnh có trong tiết tố cùng đồ

2. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp bị viêm kết mạc

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

a) Nhân lực trực tiếp : Bác sĩ chuyên khoa Mắt, Điều dưỡng

b) Nhân lực hỗ trợ :

Điều dưỡng

5.2. Thuốc

+ Thuốc gây tê bề mặt kết mạc (Alcain 0.5%).

+ DD Natri clorid 0.9% hoặc DD nước cất

+ Dung dịch Povidine 1%.

5.3. Vật tư

+ Bơm tiêm 5ml

5.4. Trang thiết bị/ phương tiện

+ Bông ướt vô khuẩn

+ Tấm bông nhỏ

5.5. Người bệnh

- Bác sĩ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.

5.6. Hồ sơ bệnh án Làm hồ sơ bệnh án nội trú hoặc ngoại trú.

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật ước tính: 3- 5 phút

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật Phòng tiểu phẫu

5.9. 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) Đặt tư thế người bệnh: Nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QTKT

- Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh, đúng mắt thực hiện kỹ thuật.

6.1. Vô cảm: nhỏ tê bề mặt nhãn cầu bằng Alcain 0.5%

6.2. Thực hiện kỹ thuật

- Dùng ngón tay để lật mi trên, mi dưới

- Dùng bơm tiêm đầu tù có chứa nước cất hoặc dung dịch NaCl 0.9% rửa sạch cùng đồ trên, dưới Kết thúc quy trình

- Dùng bông lau khô mắt.

- Tra dung dịch sát khuẩn (Povidine 1% hoặc 5%).

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Theo dõi tình trạng giác mạc, nếu có xước: dùng kháng sinh nhỏ mắt.

LẤY CHẤT LIỆU NHÂN TẠO ĐẶT TRONG GIÁC MẠC

I. Đại cương và Chỉ định

- **Định nghĩa:**
- Lấy dị vật giác mạc sâu là thủ thuật loại bỏ các chất liệu nhân tạo (mảnh nhựa, kính, kim loại, hoặc vật liệu y tế khác) cắm sâu vào lớp nhu mô giác mạc.
- **Chỉ định:**
- Dị vật cắm sâu trong giác mạc gây cộm, đau, nguy cơ viêm nhiễm hoặc giảm thị lực.

II. Chuẩn bị

- **Người thực hiện:** Bác sĩ chuyên khoa Mắt hoặc Điều dưỡng được đào tạo.
- **Phương tiện:** Bộ dụng cụ lấy dị vật giác mạc (kính hiển vi phẫu thuật, kim, kẹp), thuốc gây tê bề mặt (Dicain 1% hoặc tương đương), dung dịch sát khuẩn (Betadine 5% hoặc 10%), mỡ kháng sinh.
- **Người bệnh:** Được giải thích về thủ thuật, khám mắt toàn diện, kiểm tra huyết áp/đông máu.

III. Các bước tiến hành (Theo quy trình chuẩn)

1. **Vô cảm:** Tra dung dịch gây tê bề mặt 2-3 lần.
2. **Sát khuẩn:** Tra dung dịch Betadine 5% hoặc 10% vào túi kết mạc.
3. **Thực hiện kỹ thuật:**
 - Đặt vành mi để cố định mắt.
 - Sử dụng kính hiển vi phẫu thuật để quan sát rõ vị trí.
 - Sử dụng kim bơm tiêm (thường là kim 27G hoặc 30G) hoặc dụng cụ chuyên dụng để lấy chất liệu nhân tạo ra khỏi nhu mô giác mạc.
 - Kiểm tra chắc chắn không còn sót lại dị vật hoặc mảnh vụn.
4. **Kết thúc:** Tra mỡ kháng sinh, băng mắt.

IV. Theo dõi và Xử trí tai biến

- **Theo dõi:** Đánh giá tình trạng mắt, mức độ đau, nguy cơ nhiễm khuẩn. Hướng dẫn bệnh nhân dùng kháng sinh tại chỗ và toàn thân.
- **Xử trí tai biến:** Nếu xảy ra nhiễm khuẩn (loét giác mạc, viêm mủ nội nhãn), cần điều trị tích cực theo phác đồ.

RỬA TIỀN PHÒNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật mở tiền phòng lấy máu cục là phẫu thuật nhằm loại trừ máu trong tiền phòng khi có chỉ định.

II. CHỈ ĐỊNH

Xuất huyết đầy tiền phòng điều trị nội khoa 3 - 5 ngày không tiêu, có dấu hiệu tăng nhãn áp và nguy cơ ngấm máu giác mạc.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Máu loãng tiền phòng hoặc máu tiền phòng đang có xu hướng tiêu tốt.
- Tình trạng toàn thân không cho phép phẫu thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

2. Phương tiện

Máy hiển vi phẫu thuật, bộ dụng cụ vi phẫu, kim 2 nòng, dung dịch rửa tiền phòng, chỉ 8-0, 10-0...

3. Người bệnh

Theo quy định chung.

- Khai thác lý do khám: do chấn thương hay tự nhiên, diễn biến của bệnh trước khi đến khám, đã điều trị gì và kết quả.
- Khám và đánh giá đầy đủ các tổn thương phối hợp: mi, kết mạc, giác mạc, củng mạc.
- Chụp Xquang khi nghi ngờ có dị vật trong nhãn cầu, chụp không chuẩn bị và có chuẩn bị, siêu âm và điện võng mạc khi có thể được.
- Khám và ghi chép chấn thương phối hợp và toàn thân.
- Giải thích rõ cho người bệnh về tiên lượng bệnh, mục đích của phẫu thuật và các biến chứng có thể gặp trong và sau phẫu thuật.

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định chung.

CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Vô cảm

- Gây mê với trẻ em và người không có khả năng phối hợp.

- Gây tê đối với người lớn.

3.2. Tiến hành phẫu thuật

- Cố định mi bằng vành mi tự động hoặc đặt chỉ 2 mi để bộc lộ nhãn cầu.

- Cố định cơ trực trên.

- Mở vào nhãn cầu:

+ Tạo vạt kết mạc và đốt cầm máu củng mạc.

+ Rạch giác củng mạc rìa. Độ rộng của đường mở vào nhãn cầu tùy thuộc vào độ lớn của khối máu cục, trung bình là 6mm.

+ Dùng kim hai nòng rửa tiền phòng hoặc bơm chất nhầy để đẩy toàn bộ khối máu cục ra ngoài qua đường rạch giác mạc rìa.

+ Khâu đóng đường rạch vào nhãn cầu bằng chỉ 10-0.

+ Tái tạo tiền phòng bằng dung dịch ringer lactat hay bóng khí hoặc nhầy tùy từng trường hợp.

+ Tiêm kháng sinh và corticoid cạnh nhãn cầu hoặc dưới kết mạc.

+ Tra mỡ kháng sinh, băng mắt.

VI. THEO DÕI

Kháng sinh toàn thân và tại chỗ.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Chảy máu trong phẫu thuật

Là biến chứng hay gặp

- Nguyên nhân:

+ Do hút lôi kéo vào móng mắt đặc biệt chân móng mắt.

+ Do cục máu đông chưa được hình thành chắc chắn.

- Xử trí:

+ Dùng hút.

+ Bơm tiền phòng dung dịch adrenalin 0,1% hòa loãng với dung dịch ringer lactat tỷ lệ 1/3 và /hoặc bơm bóng hơi to vào tiền phòng hoặc bơm nhầy vào tiền phòng.

+ Nếu máu vẫn không ngừng chảy, có thể ngừng phẫu thuật, khâu đóng mép phẫu thuật, chờ đợi cho đến khi cục máu đông được hình thành chắc chắn rồi rửa lại máu tiền phòng một hôm khác.

2. Chấn thương thể thủy tinh

- Nguyên nhân: do đầu kim 2 nòng chạm vào thủy tinh thể làm rạn bao thủy tinh thể gây đục thể thủy tinh, đứt dây chằng Zinn gây lệch thể thủy tinh.

- Xử trí: không nên lấy thể thủy tinh ngay lập tức trong trường hợp này.

3. Thoát dịch kính

- Nguyên nhân: dịch kính thoát ra tiền phòng do chấn thương hoặc do thao tác phẫu thuật.

- Xử trí:

- + Bơm hơi tiền phòng kết hợp với các thuốc co đồng tử nhằm đẩy dịch kính trở về buồng dịch kính.

- + Trường hợp không thể tái tạo được tiền phòng do khối dịch kính thoát ra tiền phòng lớn, cắt dịch kính bằng cách dùng bông cuốn ấn nhẹ vào mép phẫu thuật và cắt bằng kéo Vannas.

4. Nát móng mắt

- Nguyên nhân: do đầu kim 2 nòng hút vào móng mắt.

- Xử trí: cần chú ý quan sát đầu kim 2 nòng khi rửa hút, cố gắng bảo tồn móng mắt tối đa.

5. Phản ứng viêm màng bồ đào

- Nguyên nhân: có thể do chính bản thân chấn thương, do máu hoặc do phẫu thuật.

- Xử trí: điều trị như các trường hợp viêm màng bồ đào nói chung.

6. Tăng nhãn áp sau phẫu thuật

- Nguyên nhân:

- + Do xuất huyết tiền phòng tái phát.

- + Do hồng cầu hoặc các mảnh vụn của tế bào viêm gây bít tắc tại vùng bè hoặc do nghẽn bóng hơi.

- + Tăng nhãn áp do các biến đổi của góc tiền phòng sau chấn thương (thường xuất hiện muộn).

- Xử trí:

- + Điều trị nội khoa hạ nhãn áp (nhóm ức chế men chuyển hoặc chẹn dòng a, b giao cảm).

- + Trường hợp tăng nhãn áp không đáp ứng với điều trị nội khoa, có thể phải can thiệp bằng phẫu thuật cắt bè củng giác mạc.

7. Chảy máu tái phát sau rửa máu tiền phòng

- Nguyên nhân:

- + Do rửa máu tiền phòng quá sớm khi cục máu đông chưa được hình thành chắc chắn.

- + Người bệnh có xuất huyết dịch kính kèm theo.

- + Người bệnh đang được dùng các thuốc chống đông máu.

- Khi chảy máu kéo dài cần tìm nguyên nhân và xử trí.

KHÂU VẾT RÁCH CỨNG MẠC

I. ĐẠI CƯƠNG

Gây tê/mê, thám sát, cầm máu, khâu phục hồi củng mạc bằng chỉ Vicryl 7-0/8-0 (xuyên 80% chiều dày), tái tạo tiền phòng, khâu kết mạc và tiêm kháng sinh. Phẫu thuật cần thực hiện khẩn trương dưới kính hiển vi để tránh kẹt tổ chức nội nhãn.

1. Chuẩn bị

- **Người thực hiện:** Bác sĩ chuyên khoa Mắt.
- **Dụng cụ:** Bộ vi phẫu, chỉ khâu tiêu chậm (Vicryl 7-0 hoặc 8-0), dung dịch Ringer Lactat.
- **Người bệnh:** Được tra thuốc kháng sinh, giảm đau, an thần.

2. Các bước tiến hành

- **Vô cảm:** Gây tê tại chỗ (Lidocain 2%) hoặc gây mê toàn thân.
 - **Thám sát:** Bộc lộ vết rách, cắt lọc tổ chức hoại tử (nếu có), cầm máu kỹ.
 - **Khâu củng mạc:**
 - Sử dụng chỉ Vicryl 7-0 hoặc 8-0 mũi rời.
 - Mũi khâu xuyên 80% chiều dày củng mạc, không xuyên qua toàn bộ chiều dày.
 - Nếu rách dưới cơ trực, cần nâng cơ trực để khâu (có thể cắt cơ và khâu lại nếu cần).
 - Đối với vết rách dài, khâu từ xích đạo ra phía trước. Vết thương ra sau xích đạo, khâu xa nhất có thể để tránh xuất huyết tổng khứ.
 - **Tái tạo tiền phòng:** Bơm hơi hoặc Ringer Lactat để đảm bảo tiền phòng sâu, không bị kẹt mống mắt.
 - **Khâu kết mạc:** Khâu kín kết mạc bằng chỉ Vicryl 7-0 hoặc 8-0 để phủ kín vết khâu củng mạc.
 - **Kết thúc:** Tiêm kháng sinh dưới kết mạc, tra mỡ kháng sinh/atropin, băng mắt.
- #### 3. Theo dõi và biến chứng
- **Theo dõi:** Chống nhiễm trùng (kháng sinh toàn thân), giảm phù nề.
 - **Biến chứng:** Kẹt mống mắt/dịch kính, xuất huyết tổng khứ, viêm nội nhãn, rò vết

LẤY DỊ VẬT TRONG CÙNG MẠC

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

- Dị vật củng mạc

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Phẫu thuật viên chuyên khoa Mắt

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ vi phẫu
- Sinh hiển vi

3. Người bệnh

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

4. Hồ sơ bệnh án

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Vô cảm

Gây tê tại chỗ hoặc gây mê

3.2. Kỹ thuật

- Sát trùng mắt bằng dung dịch betadin 5%.
- Cố định mi bằng vành mi.
- Mở kết mạc để bộc lộ toàn bộ dị vật và tổn thương củng mạc
- Lấy dị vật củng mạc ,nếu có thoát định kính thì cần cắt định kính tại vết rách củng mạc
- Khâu vết rách củng mạc
- Khâu phục hồi kết mạc.
- Tra kháng sinh, băng mắt

VI. THEO DÕI

- Kháng sinh mạnh và chống viêm tại chỗ và toàn thân.
- Khám mắt người bệnh hằng ngày để phát hiện sớm và xử trí các biến chứng: xuất huyết, nhiễm trùng, viêm màng bồ đào...
- Ra viện tùy trường hợp, thường sau 2 - 3 ngày.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Tăng sinh dịch kính võng mạc: Chống viêm nội nhãn, cắt dịch kính
- Viêm nội nhãn: tiêm kháng sinh nội nhãn, cắt dịch kính, kháng sinh toàn thân
- Xuất huyết dịch kính: kháng viêm, tiêu máu, cắt dịch kính

SOI ĐÁY MẮT BẰNG KÍNH KHÔNG TIẾP XÚC

Quy trình soi đáy mắt, bao gồm cả phương pháp sử dụng kính không tiếp xúc, nhằm mục đích quan sát tình trạng của võng mạc, gai thị và các môi trường trong suốt của đáy mắt.

Chỉ định

- Khám mắt cần quan sát tình trạng võng mạc, đĩa thị giác và hoàng điểm để phát hiện bệnh lý.

Chống chỉ định

- Tình trạng đục các môi trường trong suốt của mắt như giác mạc, thể thủy tinh.
- Mắt đang bị kích thích nhiều.

Chuẩn bị

- Người thực hiện: Bác sĩ chuyên khoa Mắt.
- Phương tiện: Đèn soi đáy mắt, kính soi đáy mắt chuyên dụng (ví dụ: kính 90D, 78D), có thể kết hợp với máy sinh hiển vi đèn khe.
- Bệnh nhân:
 - Giải thích và hướng dẫn quy trình cho người bệnh lớn tuổi.
 - Hướng dẫn và giải thích cho phụ huynh của bệnh nhi.
 - Người bệnh có thể ăn uống bình thường trước khi soi.
 - Lưu ý không trang điểm mắt, nhỏ mắt hoặc sử dụng mỹ phẩm vùng mắt trước khi soi.
 - Báo cho bác sĩ về tiền sử bệnh lý tăng nhãn áp (của bản thân và gia đình), các loại thuốc đang sử dụng và thuốc dị ứng (nếu có).
 - Tùy tình trạng, bác sĩ có thể chỉ định nhỏ thuốc giãn đồng tử trước khi soi. Sau khi nhỏ thuốc, người bệnh có thể gặp các phản ứng như nhìn mờ, nhạy cảm với ánh sáng trong khoảng 1 giờ, và có cảm giác cay mắt.
- Hồ sơ bệnh án: Kiểm tra thông tin bệnh nhân, đối chiếu với hồ sơ.

Các bước tiến hành

1. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh: Xác nhận thông tin bệnh nhân.
2. Thực hiện kỹ thuật soi:
 - Bác sĩ có thể ngồi đối diện với người bệnh hoặc sử dụng máy sinh hiển vi đèn khe.
 - Nếu sử dụng đèn khe, người bệnh sẽ tựa cằm và trán lên giá đỡ để giữ đầu ổn định. Bác sĩ sử dụng phần kính hiển vi của đèn khe và thấu kính soi đáy mắt chuyên biệt đặt sát trước mắt. Kỹ thuật này cung cấp hình ảnh phóng đại cao, sắc nét, giúp đánh giá chi tiết vùng trung tâm như hoàng điểm và đĩa thị giác.
 - Trong quá trình soi, người bệnh có thể cảm thấy khó chịu do ánh sáng chói nhưng thường không đau đớn.
 - Trong trường hợp người bệnh không hợp tác (ví dụ: trẻ nhỏ), có thể cần tra thuốc tê bề mặt nhãn cầu và sử dụng vành mi để soi.

Đánh giá đáy mắt

- Tình trạng bình thường: Gai thị có bờ rõ, màu hồng nhạt, lõm đĩa có thể dao động tùy đường kính gai thị (khoảng 0.3-0.4 nếu đường kính gai thị bình thường).
- Gai thị phù: Biểu hiện ở các giai đoạn:

- **Giai đoạn đầu (ứ gai):** Gai thị đầy lên, hồng hơn bình thường, bờ gai mờ dần, mất phản ứng trung tâm, mạch máu cương tụ.
- **Giai đoạn phù gai:** Bờ gai thị xóa hoàn toàn, đĩa thị sưng phù, có hình ảnh như nấm, đỏ hồng, mạch máu ngoằn ngoèo. Độ lồi có thể được đo bằng diop (1mm tương đương 3 diop).
- **Giai đoạn xuất huyết:** Xuất hiện thêm các đám xuất huyết ở gai thị và võng mạc.
- **Giai đoạn teo gai:** Gai thị bạc màu trắng bệch, mất bóng, bờ nhám nhở, mạch máu thưa thớt, nhạt màu. Thị lực người bệnh giảm.

- Ở trẻ em dưới 5 tuổi, các giai đoạn có thể không đầy đủ, ít thấy xuất huyết gai thị mà thường teo gai thị dần.
- Phù gai thị trong tăng áp lực nội sọ thường xuất hiện ở cả hai bên. Hội chứng Foster Kennedy có thể gây teo gai thị một bên và phù gai bên đối diện.

Theo dõi

- Sau soi, người bệnh cần nghỉ ngơi tại giường.
- Lặp lại quy trình soi đáy mắt để theo dõi diễn tiến bệnh.
- Theo dõi tác dụng phụ của thuốc giãn đồng tử hoặc thuốc gây tê. Nếu có, dùng tra thuốc, rửa mắt bằng nước muối sinh lý và tiếp tục theo dõi.

Tai biến và xử trí

- **Trong quá trình soi:** Người bệnh có thể bị choáng do ánh sáng mạnh hoặc quá trình soi kéo dài. Cần ngừng soi, cho người bệnh nghỉ ngơi, có thể dùng thuốc an thần nếu cần. Nếu tình trạng ổn định, có thể tiếp tục soi hoặc thực hiện vào lần sau.
- **Sau quá trình soi:**
 - Tế bào cảm thụ ánh sáng của võng mạc có thể bị ngộ độc ánh sáng do soi kéo dài với cường độ mạnh. Cần dùng thuốc tăng cường tuần hoàn và dinh dưỡng võng mạc.
 - Hiếm gặp dị ứng với thuốc giãn đồng tử, thuốc gây tê, hoặc glaucome góc đóng sau 2-3 ngày soi.

SOI ĐÁY MẮT TRỰC TIẾP

I. ĐẠI CƯƠNG

Soi đáy mắt là phương pháp khám nhằm giúp ta thấy được tình trạng võng mạc, gai thị và các môi trường trong suốt đáy mắt..

II. CHỈ ĐỊNH

Chỉ định tất cả cho khám mắt cần quan sát tình trạng võng mạc, đĩa thị giác và hoàng điểm có hay không có bệnh lý.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Đục các môi trường trong suốt: giác mạc, thể thủy tinh, mắt kích thích nhiều.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Mắt

2. Phương tiện

Đèn soi đáy mắt trực tiếp

Vành mi, ấn củng mạc

Thuốc tra giãn đồng tử : Mydrin-P

3. Bệnh nhân

Người bệnh được chuẩn bị và hướng dẫn, giải thích đối với người bệnh lớn.

Bệnh nhi nhỏ tuổi thì bố mẹ bệnh nhi được hướng dẫn và giải thích.

4. Hồ sơ bệnh án

Kiểm tra đối chiếu bệnh nhân với hồ sơ bệnh án, tra giãn đồng tử, tra tê bề mặt nhãn cầu.

V. CÁC BƯỚC TIẾN

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

Bác sĩ ngồi đối diện với người bệnh, mắt phải của bác sĩ soi đáy mắt phải của người bệnh khi đầu người bệnh hướng về phía tai phải bác sĩ hoặc ngược lại khi soi đáy mắt bên trái.

Trong trường hợp mắt thầy thuốc và người bệnh cả 2 đều chính thị và không điều tiết thì các tia sáng đi từ võng mạc mắt người bệnh mới hội tụ đúng trên võng mạc thầy thuốc, thầy thuốc thấy được võng mạc mắt người bệnh, tình trạng gai thị, hoàng điểm

Những trường hợp khác thầy thuốc không thể nào thấy hình ảnh võng mạc mắt người bệnh. Do vậy trên đèn soi đáy mắt có một hệ thống thấu kính để điều chỉnh về kính phân kỳ hay kính hội tụ thì thầy thuốc mới thấy được hình ảnh đáy mắt của người bệnh.

Phạm vi đáy mắt được quan sát rất hẹp, đường kính rộng không tới

1mm, do đó phải đặt đèn soi rất gần người bệnh và di chuyển đèn ra xung quanh các vùng của đáy mắt.

Người bệnh nhỏ tuổi không phối hợp có thể gây tê bề mặt nhãn cầu và dùng vành mi để soi đáy mắt.

VI. THEO DÕI

Tác dụng phụ của thuốc giãn đồng tử, gây tê bề mặt nhãn cầu : dùng tra thuốc, rửa mắt bằng nước muối sinh lý, theo dõi tiếp.

ĐO ĐỘ LỒI NHÃN CẦU

Quy trình kỹ thuật đo độ nổi nhãn cầu (thước Hertel) theo bộ Y tế là phương pháp xác định mức độ lồi hoặc lõm của nhãn cầu so với bờ ngoài hốc mắt. Quy trình bao gồm chuẩn bị người bệnh, đặt thước Hertel chính xác vào bờ ngoài xương hốc mắt, đo khoảng cách đỉnh giác mạc và đọc kết quả (bình thường 12-20mm) để chẩn đoán bệnh lý.

1. Chỉ định

- Nghi ngờ lồi mắt (bệnh Graves, u hốc mắt, viêm giả u...).
- Theo dõi tiến triển của bệnh lý tuyến giáp tại mắt.
- Đánh giá lõm mắt (chấn thương, teo tổ chức hốc mắt).

2. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa Mắt hoặc Kỹ thuật viên nhãn khoa đã được đào tạo.

3. Phương tiện

- Thước đo độ lồi Hertel (Hertel exophthalmometer).

4. Các bước tiến hành

- **Chuẩn bị:** Người bệnh ngồi đối diện bác sĩ, mắt nhìn thẳng vào mắt người khám (ở khoảng cách ngang tầm).

- Đặt thước:

- Đặt hai chân thước Hertel lên bờ ngoài xương hốc mắt của người bệnh.
- Điều chỉnh khoảng cách giữa hai chân thước sao cho phù hợp với khoảng cách hai hốc mắt của người bệnh (khoảng cách này cần ghi lại để sử dụng cho các lần đo sau).

- Đo:

- Bác sĩ nhìn từ phía bên vào gương của thước để xác định đỉnh giác mạc (đỉnh giác mạc thẳng hàng với thước chia độ).
- Đọc chỉ số trên thước tại điểm đỉnh giác mạc tương ứng.

- **Ghi kết quả:** Ghi lại chỉ số cho cả hai mắt (mắt phải/mắt trái) và khoảng cách giữa hai bờ ngoài hốc mắt.

5. Đánh giá kết quả

- **Bình thường:** Độ lồi nhãn cầu nằm trong khoảng 12mm - 20mm.
- **Chênh lệch:** Sự chênh lệch độ lồi giữa hai mắt > 2mm được coi là bất thường.
- **Lồi mắt:** Chỉ số
- **Lõm mắt:** Chỉ số

6. Tai biến và xử trí

Thường không có tai biến, đây là kỹ thuật không xâm lấn. Cần đảm bảo đặt thước nhẹ nhàng, tránh gây tổn thương vùng da bờ mắt.

KHÁM LÂM SÀNG MẮT

I. ĐẠI CƯƠNG

Khám lâm sàng mắt giúp phát hiện các dấu hiệu bệnh lý của mắt,

II. CHỈ ĐỊNH

Các người bệnh có dấu bệnh về mắt

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Những bệnh toàn thân chưa cho phép

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa mắt

2. Phương tiện

- Sinh hiển vi khám mắt
- Bảng thị lực

3. Người bệnh

- Giải thích cho người bệnh và gia đình trước khi làm thủ thuật.
- Tiền sử huyết áp.

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- Hỏi bệnh sử
- Thử thị lực
- Sử dụng máy sinh hiển vi khám mắt: đánh giá tình trạng nhãn cầu từ ngoài vào trong, mi lệ đạo đến kết giác mạc ,tiền phòng,mống mắt , thủy tinh thể,dịch kính võng mạc

VI. THEO DÕI

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

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Không có tai biến

CẮT CHỈ KHÂU GIÁC MẠC

I. ĐẠI CƯƠNG

- Cắt chỉ khâu giác mạc đúng thời điểm giúp cho giác mạc liền tốt, làm giảm cảm giác cộm, đau của người bệnh

II. CHỈ ĐỊNH

- Vết khâu giác mạc đã liền tốt

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Những bệnh toàn thân chưa cho phép

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa mắt

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ cắt chỉ giác mạc
- Thuốc: thuốc gây tê bề mặt; Dung dịch betadin 5%, 10%; Mỡ kháng sinh.

3. Người bệnh

- Giải thích cho người bệnh và gia đình trước khi làm thủ thuật.
- Tiền sử huyết áp.

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Vô cảm

- Gây tê tại chỗ.

3.2. Kỹ thuật

- Đặt vành mi
- Sử dụng kim bơm tiêm 1ml cắt đứt chỉ
- Dùng phan vi phẫu kẹp và rút sợi chỉ ra
- Tra dung dịch sát khuẩn, dung dịch gây tê bề mặt, mỡ kháng sinh.

VI. THEO DÕI

- Đánh giá tình trạng người bệnh, theo dõi phát hiện những dấu hiệu bất thường báo bác sĩ để xử trí kịp thời.
- Hướng dẫn người bệnh tra thuốc, uống thuốc theo đơn của bác sĩ.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Nhiễm khuẩn: sử dụng kháng sinh toàn thân.

CẤP CỨU BỎNG MẮT BAN ĐẦU

I. ĐẠI CƯƠNG

- Là một cấp cứu trong nhãn khoa, Tổn thương rất nặng nề, điều trị khó khăn, để lại hậu quả trầm trọng. Cấp cứu bỏng mắt phải hết sức khẩn trương và tiên lượng của bỏng phụ thuộc vào mức độ tổn thương và cấp cứu ban đầu. Phải xử lý và điều trị đúng lúc, kịp thời.

II. CHỈ ĐỊNH

- Các loại bỏng mọi mức độ

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân nặng không cho phép

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ, điều dưỡng chuyên khoa mắt đã được đào tạo.

2. Phương tiện

- Bơm tiêm, kim bơm rửa cùng đồ
- Dung dịch nước muối sinh lý 0,9%.
- Thuốc tê dicain 1%.
- Dung dịch kháng sinh.

3. Người bệnh

Được giải thích trước về mục đích và các thì của thủ thuật. Nếu là trẻ em, cần giải thích cho người nhà để cùng phối hợp.

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

- Người bệnh nằm ngửa trên bàn. Nếu là trẻ em thì cần có người giữ cùng
- Loại trừ chất gây bỏng.
- Tra thuốc thuốc tê bề mặt 2-3 lần, mỗi lần cách nhau 1-2 phút.
- Người làm thủ thuật đứng ở phía đầu người bệnh.
- Lật mi trên, kéo mi dưới
- Bơm nước rửa cùng đồ

VI. THEO DÕI

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

RỬA MẮT TẮY ĐỘC

ĐẠI CƯƠNG

(xử trí bỏng mắt do hóa chất) theo quy định Bộ Y tế là cấp cứu khẩn cấp nhằm loại bỏ hóa chất, giảm tổn thương. Các bước chính bao gồm: gây tê bề mặt, rửa mắt liên tục bằng nước muối sinh lý NaClcap N a cap C I $NaCl$ 0.9% hoặc nước sạch trong 15-30 phút, lấy sạch dị vật, tra thuốc sát khuẩn/dinh dưỡng và băng kín mắt.

1. Chỉ định và chuẩn bị

- **Chỉ định:** Mắt bị nhiễm hóa chất (axit, kiềm, chất tẩy rửa...).
- **Người thực hiện:** Bác sĩ hoặc điều dưỡng.
- **Dụng cụ:** Nước muối sinh lý NaClcap N a cap C I $NaCl$ 0.9% (số lượng lớn, 1-2 lít), dung dịch gây tê (Dicain 1% hoặc Proparacaine 0.5%), bơm tiêm, dây truyền dịch, kẹp phẫu thuật, thuốc tra mắt sát khuẩn.

2. Các bước tiến hành (Quy trình kỹ thuật)

Gây tê: Nhỏ thuốc tê vào mắt bị bỏng để giảm đau và dễ thao tác.

Rửa mắt khẩn cấp:

- Cho bệnh nhân nằm ngửa, đầu hơi nghiêng về phía bên mắt bị tổn thương.
- Sử dụng dây truyền dịch hoặc bình nước muối sinh lý chảy nhẹ nhàng, liên tục vào mắt.
- Dùng tay banh rộng mi mắt, yêu cầu bệnh nhân đảo mắt liên tục để nước rửa sạch tận cùng các cùng đồ.
- **Thời gian rửa:** Tối thiểu 15-30 phút (thậm chí lâu hơn nếu là kiềm) cho đến khi pH nước mắt trở về trung tính ($pH \approx 7$ pH is approximately equal to 7 $pH \approx 7$ **Lấy dị vật:** Sử dụng kẹp lấy sạch các mảnh hóa chất rắn (nếu có) trong cùng đồ.

Kiểm tra và xử lý tiếp theo:

- Tra thuốc sát khuẩn (như Ofloxacin/Tobramycin) và thuốc mỡ dưỡng mắt.
- Băng kín mắt và chuyển chuyên khoa mắt.

3. Lưu ý quan trọng

- Không được chậm trễ việc rửa mắt.
- Không cố gắng trung hòa hóa chất bằng các dung dịch khác (như axit yếu để trung hòa kiềm) vì phản ứng tỏa nhiệt gây hại thêm.

LẤY DỊ VẬT GIÁC MẠC SÂU

1 ĐẠI CƯƠNG

- Dị vật giác mạc là những vật lạ bên ngoài bám vào giác mạc, gây tổn thương giác mạc.

+ Dị vật giác mạc sâu là dị vật xâm nhập vào giác mạc từ lớp màng Bowmans đến lớp nội mô.

2. CHỈ ĐỊNH

Tất cả các dị vật giác mạc khi được chẩn đoán xác định thì coi như một cấp cứu nhãn khoa, phải được loại bỏ càng sớm càng tốt, nếu không được xử lý đúng cách có thể làm giảm thị lực do các biến chứng: viêm- loét giác mạc, thủng giác mạc, sẹo giác mạc, nhiễm kim loại giác mạc...

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định.

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- a) Nhân lực trực tiếp : Bác sĩ chuyên khoa Mắt. Điều dưỡng
- b) Nhân lực hỗ trợ : Điều dưỡng

5.2. Thuốc

- + Thuốc gây tê bề mặt kết mạc (Alcain 0.5%).
- + DD Povidine 1%.
- + DD NaCl 0.9% hoặc DD nước cất

5.3. Vật tư

Bơm tiêm 5ml (để lấy dị vật)

5.4 Trang thiết bị/ phương tiện

- + Pince gấp dị vật
- + Vành mi
- + Băng ướt.
- + Tăm bông nhỏ.
- + Kính phóng đại.

5.5 Người bệnh

- Bác sĩ giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.

5.6. Hồ sơ bệnh án/ phiếu chỉ định Theo quy định

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật ước tính : 3-5 phút

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật Phòng tiểu phẫu

5.9. 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.

c) Đặt tư thế người bệnh: Nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QTKT

- Kiểm tra Hồ sơ bệnh án
- Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng bệnh, đúng mắt thực hiện kỹ thuật.

6.1. Vô cảm: nhỏ tê bề mặt nhãn cầu bằng Alcain 0.5%

6.2. Thực hiện kỹ thuật

- Đặt vành mi cố định.
- Sử dụng kính phóng đại.

- Tìm và bộc lộ dị vật.
- Dùng kim tiêm hoặc Pince giác mạc loại bỏ dị vật: đặt dụng cụ vào dưới dị vật (từ lớp màng Bowmans đến lớp nội mô), nhẹ nhàng gẩy dị vật ra, làm sạch vết thương giác mạc.
- Rửa sạch mắt bằng dd NaCl 0.9% hoặc nước cất.

Kết thúc quy trình

- Dùng bông lau khô mắt.
- Tra thuốc Povidine 1%.
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. THEO DÕI:

- Theo dõi tình trạng giác mạc, nếu tổn thương rộng, đau nhiều, cho băng mắt trong khoảng 4 giờ. Kiểm tra lại sau 24 giờ để chắc chắn là không có bất cứ triệu chứng khác lạ nào.

7.2. XỬ TRÍ TAI BIẾN:

- Thủng giác mạc : băng mắt, chuyển tuyến trên khâu giác mạc bị thủng, khâu phủ kết mạc hoặc đặt kính tiếp xúc

LẤY DỊ VẬT HỐC MẮT

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật để lấy dị vật hốc mắt là phẫu thuật nhằm loại trừ dị vật hốc mắt, tránh những biến chứng do dị vật nằm trong hốc mắt gây ra.

Có nhiều đường phẫu thuật để lấy dị vật hốc mắt như lấy qua mi, qua kết mạc, hoặc qua thành xương hốc mắt.

II. CHỈ ĐỊNH

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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

2. Phương tiện

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

3. Người bệnh

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

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Vô cảm

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

3.2. Tiến hành phẫu thuật

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

VI. THEO DÕI

1. Tại mắt

Theo dõi thị lực, nhãn áp, phản xạ đồng tử, đáy mắt.

Song thị.

Tình trạng sưng nề của mi, hốc mắt.

Tình trạng nhiễm trùng, viêm của tổ chức hốc mắt.

2. Toàn thân

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

VII. XỬ LÝ TAI BIẾN

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

CẮT CHỈ KHÂU KẾT MẠC

I. ĐẠI CƯƠNG

- Cắt chỉ khâu kết mạc đúng thời điểm giúp cho kết mạc liền tốt, làm giảm cảm giác cộm, đau của người bệnh

II. CHỈ ĐỊNH

- Vết khâu kết mạc đã liền tốt

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Những bệnh toàn thân chưa cho phép

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa mắt

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ cắt chỉ kết mạc
- Thuốc: thuốc gây tê bề mặt; Dung dịch betadin 5%, 10%; Mỡ kháng sinh.

3. Người bệnh

- Giải thích cho người bệnh và gia đình trước khi làm thủ thuật.
- Tiền sử huyết áp.

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Vô cảm

Gây tê tại chỗ.

3.2. Kỹ thuật

- Đặt vành mi
- Sử dụng kim bơm tiêm 1ml cắt đứt chỉ
- Dùng phan vi phẫu kẹp và rút sợi chỉ ra
- Tra dung dịch sát khuẩn, dung dịch gây tê bề mặt, mỡ kháng sinh.

VI. THEO DÕI

- Đánh giá tình trạng người bệnh, theo dõi phát hiện những dấu hiệu bất thường báo bác sĩ để xử trí kịp thời.
- Hướng dẫn người bệnh tra thuốc, uống thuốc theo đơn của bác sĩ.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Nhiễm khuẩn: sử dụng kháng sinh toàn thân.

ĐO THỊ LỰC

I. ĐẠI CƯƠNG

Đo thị lực giúp đánh giá khả năng nhìn của mắt

II. CHỈ ĐỊNH

Mọi trường hợp khám mắt

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Những bệnh toàn thân chưa cho phép

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ, điều dưỡng chuyên khoa mắt

2. Phương tiện

- Bảng đo thị lực

3. Người bệnh

- Giải thích cho người bệnh và gia đình trước khi làm thủ thuật.
- Tiền sử huyết áp, thuốc Parent.

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

- Hướng dẫn cho bệnh nhân cách đo thị lực
- Để bệnh nhân cách bảng thị lực 5m
- Bảng thị lực được chiếu sáng với cường độ trung bình 100 lux
- Đo thị lực từng mắt
- Kiểm tra từ hàng chữ to nhất đến hàng chữ nhỏ nhất mà bệnh nhân có thể nhìn được
- Ghi kết quả kiểm tra

VI. THEO DÕI

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

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Không có tai biến

THỬ KÍNH

I. ĐẠI CƯƠNG

Quy trình thử kính là một phương pháp đánh giá khúc xạ chủ quan.

II. CHỈ ĐỊNH

- Các trường hợp có tật khúc xạ (cận thị, viễn thị, loạn thị, lão thị) cần thử kính để có thể cho kính điều chỉnh hoặc phẫu thuật.

- Các trường hợp lão thị.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Đang có bệnh viêm nhiễm cấp tính tại mắt.

- Người bệnh tuổi nhỏ quá, già quá, hoặc không phối hợp để thử kính chính xác.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ, điều dưỡng, hoặc kỹ thuật viên.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

* Thử kính cầu

1. Lựa chọn bảng thị lực thích hợp: người lớn hoặc trẻ em đã đi học: dùng bảng chữ cái. Trẻ nhỏ hoặc người không biết chữ dùng bảng hình vẽ hoặc chữ E hoặc vòng hở (Landolt).

2. Đặt khoảng cách thử thích hợp tùy theo bảng thị lực.

3. Giải thích cho người bệnh trước khi đo (về bảng thị lực và cách trả lời).

4. Đo thị lực nhìn xa không kính của từng mức trong khi mắt kia được che kín. Nguyên tắc: thử mắt phải trước, mắt trái sau.

5. Đo khoảng cách đồng tử và đặt gọng kính thử theo khoảng cách đồng tử đó.

6. Lựa chọn số kính khởi đầu tùy theo thị lực không kính. Bao giờ cũng dùng kính cộng trước, nếu người bệnh thấy mờ hơn thì thay bằng kính trừ cùng số đó.

7. Tăng dần số kính đến khi người bệnh đạt thị lực tối đa.

8. Nếu có từ 2 mắt kính khác nhau trở lên cùng cho thị lực tối đa thì chọn số kính thấp nhất nếu là kính trừ, chọn số cao nhất nếu là kính cộng.

* Thử kính trụ

1. Sau khi đã thử kính cầu cho thị lực cao nhất có thể được (kính cầu tối ưu) nhưng chưa đạt thị lực tối đa và kết quả soi bóng đồng tử cho thấy có loạn thị thì phải thử kính trụ.

2. Kính cầu tối ưu vẫn đặt ở trước mắt đang thử.

3. Thêm một kính trụ -0,50 D vào gọng thử, đặt theo trục đã biết dựa vào kết quả soi bóng đồng tử hoặc khúc xạ tự động. Nên dùng kính trụ trừ. Nếu kết quả đo khúc xạ khách quan là trụ cộng thì phải chuyển thành dạng trụ trừ trước khi thử kính.

4. Tăng dần số kính trụ đến khi đạt thị lực tối đa. Mỗi khi thêm vào -0,50D trụ thì lại thêm +0,25 D cầu (nếu là kính cầu cộng thì số tăng thêm, nếu là kính cầu trừ thì số giảm đi).

5. Có thể dùng kính trụ chéo Jackson để tinh chỉnh trục và công suất kính cầu trong quá trình thử.

ĐO SẮC GIÁC

I. ĐẠI CƯƠNG

Đo thị lực giúp đánh giá khả năng nhìn của mắt

II. CHỈ ĐỊNH

Mọi trường hợp khám mắt

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Những bệnh toàn thân chưa cho phép

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ, điều dưỡng chuyên khoa mắt

2. Phương tiện

- Bảng đo thị lực

3. Người bệnh

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

- Tiền sử huyết áp, thuốc Parent.

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

- Hướng dẫn cho bệnh nhân cách đo thị lực

- Để bệnh nhân cách bảng thị lực 5m

- Bảng thị lực được chiếu sáng với cường độ trung bình 100 lux

- Đo thị lực từng mắt

- Kiểm tra từ hàng chữ to nhất đến hàng chữ nhỏ nhất mà bệnh nhân có thể nhìn được

- Ghi kết quả kiểm tra

VI. THEO DÕI

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

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Không có tai biến

SOI ĐÁY MẮT TRỰC TIẾP

I. ĐẠI CƯƠNG

Soi đáy mắt là phương pháp khám nhằm giúp ta thấy được tình trạng võng mạc, gai thị và các môi trường trong suốt đáy mắt..

II. CHỈ ĐỊNH

Chỉ định tất cả cho khám mắt cần quan sát tình trạng võng mạc, đĩa thị giác và hoàng điểm có hay không có bệnh lý.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Đục các môi trường trong suốt: giác mạc, thể thủy tinh, mắt kích thích nhiều.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Mắt

2. Phương tiện

Đèn soi đáy mắt trực tiếp

Vành mi, ấn củng mạc

Thuốc tra giãn đồng tử : Mydrin-P

3. Bệnh nhân

Người bệnh được chuẩn bị và hướng dẫn, giải thích đối với người bệnh lớn.

Bệnh nhi nhỏ tuổi thì bố mẹ bệnh nhi được hướng dẫn và giải thích.

4. Hồ sơ bệnh án

Kiểm tra đối chiếu bệnh nhân với hồ sơ bệnh án, tra giãn đồng tử, tra tê bề mặt nhãn cầu.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- Bác sĩ ngồi đối diện với người bệnh, mắt phải của bác sĩ soi đáy mắt phải của người bệnh khi đầu người bệnh hướng về phía tai phải bác sĩ hoặc ngược lại khi soi đáy mắt bên trái.

- Trong trường hợp mắt thầy thuốc và người bệnh cả 2 đều chính thị và không điều tiết thì các tia sáng đi từ võng mạc mắt người bệnh mới hội tụ đúng trên võng mạc thầy thuốc, thầy thuốc thấy được võng mạc mắt người bệnh, tình trạng gai thị, hoàng điểm.

- Những trường hợp khác thầy thuốc không thể nào thấy hình ảnh võng mạc mắt người bệnh. Do vậy trên đèn soi đáy mắt có một hệ thống thấu kính để điều chỉnh về kính phân kỳ hay kính hội tụ thì thầy thuốc mới thấy được hình ảnh đáy mắt của người bệnh.

Phạm vi đáy mắt được quan sát rất hẹp, đường kính rộng không tới 1mm, do đó phải đặt đèn soi rất gần người bệnh và di chuyển đèn ra xung quanh các vùng của đáy mắt. Người bệnh nhỏ tuổi không phối hợp có thể gây tê bề mặt nhãn cầu và dùng vành mi

để soi đáy mắt.

VI. THEO DÕI

Tác dụng phụ của thuốc giãn đồng tử, gây tê bề mặt nhãn cầu : dùng tra thuốc, rửa mắt bằng nước muối sinh lý, theo dõi tiếp.

KHÂU VẾT RÁCH VÀNH TAI

1. ĐẠI CƯƠNG

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

2. CHỈ ĐỊNH

- Vết thương vành tai gây rách sụn, dập nát sụn, nhiều dị vật gây chảy máu nhiều và có nguy cơ gây biến dạng vành tai.

- Một số chỉ định khác theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị do Bộ Y Tế ban hành.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng, được đào tạo sâu về phẫu thuật nội soi.

5.2. Thuốc:

- Xylocain 3%

5.3. Vật tư:

- Cồn betadine, bông băng gạc, găng tay

- Các loại chỉ không tiêu, chỉ tiêu

- Bộ dụng cụ trung phẫu

5.4. Trang thiết bị:

- Đèn Clar

- Bàn làm thủ thuật

5.5. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại các khoa Tai Mũi Họng

5.9. Kiểm tra hồ sơ:

- 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...

- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

- Tư thế bệnh nhân : nằm ngửa, đầu nghiêng sang bên đối diện sao cho mặt xương chũm nằm ngang để có thể thao tác dễ dàng trên bàn phẫu thuật.

6. TIỀN HÀNH QTKT

6.1. Sát khuẩn

6.2. Vô cảm : Tê tại chỗ

6.3. Bước 1 : Kiểm tra tổn thương, dùng kẹp phẫu tích gấp hết dị vật trong vết thương nếu có, cắt lọc các tổ chức hoại tử, phân sụn vành tai dập nát. Các dị vật nhỏ, ở sâu có thể rửa sạch bằng nước muối sinh lý hoặc nước oxy già.

6.4. Bước 2 : Kiểm kê, đánh giá mức độ tổn thương vành tai.

6.5. Bước 3 : Khâu phục hồi vành tai

6.6. Bước 4 : Băng ép tại chỗ

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 trong khi thực hiện kỹ thuật :

- Dị ứng, phản vệ với thuốc tê : dùng sử dụng thuốc tê, sử dụng phác đồ chống sốc phản vệ theo Bộ y tế.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật :

- Chảy máu : do cầm máu không tốt, có thể băng ép; trường hợp chảy máu nhiều

có thể mở lại vết phẫu thuật, cầm máu bằng đốt điện.

- Nhiễm khuẩn hoặc áp xe vành tai : hay gặp trên vết thương bản còn sót nhiều dị vật: cần điều trị kháng sinh mạnh phối hợp. Tại vết thương có thể chích áp xe tạo đường thoát mủ ra ngoài. Trường hợp rò mủ dai dẳng có thể do nguyên nhân

còn sót dị vật: cần kiểm tra lại vết thương, tìm dị vật và làm sạch lại vết thương trước khi đóng mép khâu lại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2012). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành. Quyết định số 3978/QĐ-BYT ngày 18/10/2012

LẤY DỊ VẬT TAI

1. ĐẠI CƯƠNG

Dị vật tai thường có 2 loại:

- Dị vật hạt: Trẻ em nghịch hay nhét vào tai hạt cườm, đậu, ngô, người lớn có thể là hạt chanh, hạt thóc.

- Dị vật sống: gián đất, kiến, ve chui vào tai gây đau và khó chịu. Ngoài ra có thể gặp những dị vật vô cơ hoặc hữu cơ khác.

2. CHỈ ĐỊNH

- Khi dị vật rơi vào tai thì phải lấy ra.

- Một số chỉ định khác theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị do Bộ Y Tế ban hành.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

4. THẬN TRỌNG

- Không có.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

5.2. Thuốc:

- Dung dịch chloramphenicol 0,4% hoặc dầu gomenol

5.3. Vật tư:

- Cồn betadine, bông băng gạc, nước ấm 37 độ ...

5.4. Trang thiết bị:

- Máy nội soi tai mũi họng

- Ống nội soi tai 0 độ

- Bộ dụng cụ lấy dị vật

5.5. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà 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.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại các khoa Tai mũi họng

5.9. Kiểm tra hồ sơ:

- 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...
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật
- Tư thế BN: nằm hoặc ngồi.

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Sát khuẩn

6.2. Vô cảm: gây mê toàn thân đối với trẻ nhỏ hợp tác kém.

6.3. Dị vật hạt

- Dị vật mới, dễ lấy: lấy bằng móc tai.
- Dị vật khó lấy:
 - + Bước 1: Soi tai kỹ để đánh giá vị trí của dị vật.
 - + Bước 2: Dùng nước ấm 37°C bơm vào thành trên của ống tai ngoài dưới áp lực, áp lực nước sẽ đẩy dị vật ra ngoài.
 - + Bước 3: Nếu bơm không ra thì dùng dụng cụ để lấy dị vật ra. Trong trường hợp dị vật lớn, ống tai sưng nề có thể rách sau tai rồi bỏ đôi ống tai ra lấy dị vật.

6.4. Dị vật sống

- Bước 1: Người bệnh nằm nghiêng, tai có dị vật hướng lên trên, nhỏ vào tai mấy giọt dung dịch chloramphenicol 0,4% hoặc dầu gomenol.
- Bước 2: Đợi 10 phút cho côn trùng chết đi rồi lấy bằng bơm nước hoặc kim gắp.

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 trong khi thực hiện kỹ thuật:

- Rách màng nhĩ: làm thuốc điều trị ổn định sau đó vá màng nhĩ
- Sây sát, chảy máu: đặt bắc thấm dầu, kháng sinh

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật:

- Viêm tấy ống tai phải dùng kháng sinh toàn thân, thuốc chống phù nề

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

Bộ Y tế (2012). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành. Quyết định số 3978/QĐ-BYT ngày 18/10/2012

LÀM THUỐC TAI

1. ĐẠI CƯƠNG

Làm thuốc tai: Kỹ thuật được thực hiện trong các trường hợp chảy mủ tai hoặc sau khi tiến hành phẫu thuật tai, xương chũm (bệnh tích chưa lành). Tùy theo mức độ, tình hình tổn thương mà thời gian tiến hành, thuốc dùng khác nhau nhằm đảm bảo mục đích làm sạch, giảm tiến tới hết chảy mủ tai.

2. CHỈ ĐỊNH

- Chảy mủ tai hoặc sau khi tiến hành phẫu thuật tai, xương chũm (bệnh tích chưa lành)
- Một số chỉ định khác theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị do Bộ Y Tế ban hành.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Chuyên khoa Tai Mũi Họng

5.2. Thuốc

- Gentrison 20g x 01 tuýp, Cồn boric 2-5%, Nước muối sinh lý

5.3. Vật tư

- Hộp dụng cụ làm thuốc tai: loa soi tai, que tăm bông, kẹp khuỷu, bát đựng dung dịch.

5.4. Trang thiết bị

- Đèn Clar
- Ghế ngồi

5.5. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà 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.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại các khoa gây mê hồi sức

5.9. Kiểm tra hồ sơ:

- 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...
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

- Tư thế BN: ngồi

6. TIỀN HÀNH QTKT

6.1. Bước 1: Rửa hoặc bơm nhẹ dịch rửa vào tai.

6.2. Bước 2: Kéo vành tai, day nhẹ nắp tai cho dịch thấm vào sâu hoặc dùng que bông lau rửa cho sạch mủ.

6.3. Bước 3: Làm như trên vài lần, cuối cùng dùng que bông lau không để dịch rửa ứ đọng lại trong tai.

6.4. Bước 4 : dùng tăm bông nhúng vào dung dịch hay bôi mỡ đưa vào ống tai, chấm đều các vị trí tổn thương cần thiết 1 lớp mỏng.

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 trong khi thực hiện kỹ thuật:

- Chảy máu: làm sạch máu, đặt meche cầm máu
- Chóng mặt : cho bệnh nhân nằm nghỉ ngơi, theo dõi để xử trí tiếp theo

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2012). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành. Quyết định số 3978/QĐ-BYT ngày 18/10/2012

KỸ THUẬT CHÍCH RẠCH MÀNG NHĨ

1. Đại cương

Chích rạch màng nhĩ là thủ thuật nhằm dẫn lưu dịch hoặc mủ trong hòm nhĩ chảy ra.

2. Chỉ định

- Viêm tai giữa cấp ứ mủ hoặc đã vỡ mủ nhưng lỗ thủng quá nhỏ không đủ để dẫn lưu.

- Viêm tai ứ dịch.

3. Chống chỉ định

Nghi có u cuộn cảnh.

4. Chuẩn bị

4.1. Người thực hiện Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

4.2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ khám Tai Mũi Họng.

- Dao chích rạch màng nhĩ.

4.3. Người bệnh

- Người lớn và trẻ lớn: ngồi quay tai bệnh về phía thầy thuốc.

- Trẻ bé: dùng khăn quấn chặt, một người bế và một người giữ.

5. Các bước tiến hành

- Lau sạch ống tai bằng dung dịch sát khuẩn.

- Tay trái đặt ống soi tai xác định rõ vị trí màng tai.

- Tay phải cầm dao chích nhĩ rạch một đường dài 2-3 mm ở 1/4 sau dưới màng nhĩ dọc theo đường rìa, giữa cán búa và khung nhĩ, mũi dao chỉ rạch màng nhĩ không đi sâu làm tổn thương đến thành trong (trong sau) sau hòm nhĩ. Rạch xong có dịch hoặc mủ chảy ra: lau hoặc hút sạch.

- Đặt 1 tente (miếng gạc nhỏ được gấp nhọn một đầu) tẩm dung dịch kháng sinh(chloramphenicol) vào ống tai ngoài, đầu tente chạm vào màng nhĩ để dẫn lưu. Rút tente sau 24 giờ, nếu còn dịch mủ thì đặt tiếp 1 tente khác để dẫn lưu chotốt.

6. Theo dõi và xử trí tai biến

Chích rạch sai vị trí có thể gây:

- Tổn thương xương con.

- Tổn thương cửa sổ tròn.

- Tổn thương ống tai ngoài.

KHÂU VẾT RÁCH VÀNH TAI

1. ĐẠI CƯƠNG

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

2. CHỈ ĐỊNH

- Vết thương vành tai gây rách sụn, dập nát sụn, nhiều dị vật gây chảy máu nhiều và có nguy cơ gây biến dạng vành tai.
- Một số chỉ định khác theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị do Bộ Y Tế ban hành.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng, được đào tạo sâu về phẫu thuật nội soi.

5.2. Thuốc:

- Xylocain 3%

5.3. Vật tư:

- Cồn betadine, bông băng gạc, găng tay
- Các loại chỉ không tiêu, chỉ tiêu
- Bộ dụng cụ trung phẫu

5.4. Trang thiết bị:

- Đèn Clar
- Bàn làm thủ thuật

5.5. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại các khoa Tai Mũi Họng

5.9. Kiểm tra hồ sơ:

- 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...
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật
- Tư thế bệnh nhân : nằm ngửa, đầu nghiêng sang bên đối diện sao cho mặt xương chũm nằm ngang để có thể thao tác dễ dàng trên bàn phẫu thuật.

6. TIỀN HÀNH QTKT

6.1. Sát khuẩn

6.2. Vô cảm : Tê tại chỗ

6.3. Bước 1 : Kiểm tra tổn thương, dùng kẹp phẫu tích gấp hết dị vật trong vết thương nếu có, cắt lọc các tổ chức hoại tử, phần sụn vành tai dập nát. Các dị vật nhỏ, ở sâu có thể rửa sạch bằng nước muối sinh lý hoặc nước oxy già.

6.4. Bước 2 : Kiểm kê, đánh giá mức độ tổn thương vành tai.

6.5. Bước 3 : Khâu phục hồi vành tai

6.6. Bước 4 : Băng ép tại chỗ

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 trong khi thực hiện kỹ thuật :

- Dị ứng, phản vệ với thuốc tê : dùng sử dụng thuốc tê, sử dụng phác đồ chống sốc phản vệ theo Bộ y tế.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật :

- Chảy máu : do cầm máu không tốt, có thể băng ép; trường hợp chảy máu nhiều

có thể mở lại vết phẫu thuật, cầm máu bằng đốt điện.

- Nhiễm khuẩn hoặc áp xe vành tai : hay gặp trên vết thương bản còn sót nhiều dị vật: cần điều trị kháng sinh mạnh phối hợp. Tại vết thương có thể chích áp xe tạo đường thoát mủ ra ngoài. Trường hợp rò mủ dai dẳng có thể do nguyên nhân

còn sót dị vật: cần kiểm tra lại vết thương, tìm dị vật và làm sạch lại vết thương trước khi đóng mép khâu lại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2012). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành. Quyết định số 3978/QĐ-BYT ngày 18/10/2012

KỸ THUẬT LẤY DỊ VẬT TAI

1. Đại cương

Dị vật tai thường có 2 loại:

- Dị vật hạt: Trẻ em nghịch hay nhét vào tai hạt cườm, đậu, ngô, người lớn có thể là hạt chanh, hạt thóc.

- Dị vật sống: gián đất, kiến, ve chui vào tai gây đau và khó chịu. Ngoài ra có thể gặp những dị vật vô cơ hoặc hữu cơ khác.

2. Chỉ định

Khi dị vật rơi vào tai thì phải lấy ra.

3. Chống chỉ định

Không có.

4. Chuẩn bị

4.1. Người thực hiện Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

4.2. Phương tiện - Bộ dụng cụ lấy dị vật. - Nước ấm (khoảng 37 - 38°C).

4.3. Người bệnh và hồ sơ bệnh án Làm các xét nghiệm cơ bản để gây mê nếu ở trẻ em, dị vật khó lấy. Trẻ nhỏ được bế giữ cẩn thận.

5. Các bước tiến hành

5.1. Dị vật hạt

- Dị vật mới, dễ lấy: lấy bằng móc tai.

- Dị vật khó lấy:

+ Trẻ em có thể phải gây mê toàn thân.

+ Soi tai kỹ để đánh giá vị trí của dị vật.

+ Dùng nước ấm 37°C bơm vào thành trên của ống tai ngoài dưới áp lực, áp lực nước sẽ đẩy dị vật ra ngoài.

+ Nếu bơm không ra thì dùng dụng cụ để lấy dị vật ra.

+ Trong trường hợp dị vật lớn, ống tai sưng nề có thể rạch sau tai rồi bỏ đôi ống tai ra lấy dị vật.

5.2. Dị vật sống

- Phải làm chết dị vật rồi mới lấy ra.

- Người bệnh nằm nghiêng, tai có dị vật hướng lên trên, nhỏ vào tai mấy giọt dung dịch chloramphenicol 0,4% hoặc dầu gomenol. Đợi 10 phút cho côn trùng chết đi rồi lấy bằng bơm nước hoặc kìm gấp.

6. Theo dõi và chăm sóc

- Nếu viêm tấy ống tai phải dùng kháng sinh toàn thân, thuốc chống phù nề.

- Nếu làm sây sát, chảy máu: phải đặt bấc thấm dầu

+ kháng sinh.

- Thuốc giảm đau cho người bệnh.

- Nếu bị rách màng nhĩ: làm thuốc điều trị ổn định sau đó vá màng nhĩ. 7

. Tai biến và xử trí - Rách ống tai ngoài gây chảy máu và viêm tấy ống tai ngoài.

- Dị vật sát màng nhĩ: có thể làm rách màng nhĩ, khi lấy dị vật phải hết sức nhẹ nhàng, không thô bạo.

NỘI SOI LẤY DỊ VẬT TAI

1. ĐẠI CƯƠNG

Dị vật tai thường có 2 loại:

- Dị vật hạt: Trẻ em nghịch hay nhét vào tai hạt cườm, đậu, ngô, người lớn có thể là hạt chanh, hạt thóc.
- Dị vật sống: gián đất, kiến, ve chui vào tai gây đau và khó chịu. Ngoài ra có thể gặp những dị vật vô cơ hoặc hữu cơ khác.

2. CHỈ ĐỊNH

- Khi dị vật rơi vào tai thì phải lấy ra.
- Một số chỉ định khác theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị do Bộ Y Tế ban hành.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

4. THẬN TRỌNG

- Không có.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

5.2. Thuốc:

- Dung dịch chloramphenicol 0,4% hoặc dầu gomenol

5.3. Vật tư:

- Cồn betadine, bông băng gạc, nước ấm 37 độ ...

5.4. Trang thiết bị:

- Máy nội soi tai mũi họng
- Ống nội soi tai 0 độ
- Bộ dụng cụ lấy dị vật

5.5. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà 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.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại các khoa gây mê hồi sức và các khoa có thực hiện phẫu thuật, thủ thuật có gây mê.

5.9. Kiểm tra hồ sơ:

- 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...
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật
- Tư thế BN: nằm hoặc ngồi.

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Sát khuẩn

6.2. Vô cảm: gây mê toàn thân đối với trẻ nhỏ hợp tác kém.

6.3. Dị vật hạt

- Dị vật mới, dễ lấy: lấy bằng móc tai.

- Dị vật khó lấy:

+ Bước 1: Soi tai kỹ để đánh giá vị trí của dị vật.

+ Bước 2: Dùng nước ấm 37°C bơm vào thành trên của ống tai ngoài dưới áp lực, áp lực nước sẽ đẩy dị vật ra ngoài.

+ Bước 3: Nếu bơm không ra thì dùng dụng cụ để lấy dị vật ra. Trong trường hợp dị vật lớn, ống tai sưng nề có thể rách sau tai rồi bỏ đôi ống tai ra lấy dị vật.

6.4. Dị vật sống

- Bước 1: Người bệnh nằm nghiêng, tai có dị vật hướng lên trên, nhỏ vào tai mấy giọt dung dịch chloramphenicol 0,4% hoặc dầu gomenol.

- Bước 2: Đợi 10 phút cho côn trùng chết đi rồi lấy bằng bơm nước hoặc kìm gấp.

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 trong khi thực hiện kỹ thuật:

- Rách màng nhĩ: làm thuốc điều trị ổn định sau đó vá màng nhĩ
- Sây sát, chảy máu: đặt bác thấm dầu, kháng sinh

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật:

- Viêm tấy ống tai phải dùng kháng sinh toàn thân, thuốc chống phù nề

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

Bộ Y tế (2012). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành. Quyết định số 3978/QĐ-BYT ngày 18/10/2012

KỸ THUẬT CHỌC HÚT DỊCH VÀNH TAI

1. Đại cương

Tụ dịch vành tai là 1 tình trạng tích tụ máu vùng vành tai, sinh ra sau chấn thương đưng dập. Cơ chế chấn thương là do đứt mạch máu màng sụn làm chảy máu ra và tụ lại giữa lớp sụn và màng sụn tách lớp màng sụn ra khỏi sụn. Nếu tổn thương không được điều trị sớm, khối máu tụ sẽ chèn ép làm viêm hoại tử sụn vành tai => biến chứng vành tai hình bông cải.

2. Chỉ định

- Khối máu tụ lớn, làm mất các gờ, rãnh vùng vành tai
- Sờ có cảm giác phập phồng - Không có chống chỉ định về bệnh lý nội khoa (huyết học, nội tiết,...)
- Bệnh nhân đồng ý bằng ép, hợp tác trong điều trị và tái khám đúng hẹn.

3. Chống chỉ định

Những bệnh nhân có bệnh lý về rối loạn đông, cầm máu.

4. Chuẩn bị

4.1. Người thực hiện Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

4.2. Phương tiện

- Thuốc gây tê tại chỗ
- Dao chích rạch
- Máy hút dịch
- Ống hút
- Dung dịch sát khuẩn Betadin 10%
- Gạc, băng ép.

4.3. Người bệnh Người bệnh nằm trên giường, quay tai bệnh hướng ra bên ngoài.

5. Các bước tiến hành

- Lau sạch vành tai cần được chọc hút bằng dung dịch sát khuẩn
- Gây tê tại chỗ bằng dung dịch Lidocain 2%

- Dùng dao chích rạch 1 đường nhỏ ở vị trí tụ dịch, đồng thời người phụ dùng ống hút để hút dịch và máu tụ.

- Dùng gạc ép sạch dịch ra ngoài và băng ép.

6. Theo dõi và chăm sóc

- Thuốc: Kháng sinh, giảm đau, chống viêm

- chống phù nề.

- Kiểm tra vết băng ép , thay băng hàng ngày.

KỸ THUẬT CHÍCH NHỌT ỐNG TAI NGOÀI

1. Đại cương

Là tình trạng viêm nhiễm khu trú ở một vị trí của ống tai ngoài, thường gặp một bên, hay gặp vào mùa hè và do tụ cầu khuẩn. Triệu chứng: - Chảy mủ tai - Nghe kém (nếu nhọt làm bít ống tai) - Nhọt nằm vùng cửa tai, ống tai phù nề, đỏ

2. Chỉ định

- Nhọt ống tai lớn, gây chèn ép

- Nhọt mưng mủ trắng

3. Chống chỉ định

Không có

4. Chuẩn bị

4.1. Người thực hiện Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

4.2. Phương tiện

- Thuốc gây tê tại chỗ dạng xịt.

- Dao chích rạch

- Máy hút dịch

- Ống hút

- Dung dịch sát khuẩn Betadin 10%

- Que tăm bông

- Gạc nhỏ

- Thuốc kháng sinh dạng mỡ hoặc dung dịch.

4.3. Người bệnh Người bệnh ngồi trên ghế thủ thuật, đầu nghiêng về phía đối diện tai bệnh, được giải thích về tình trạng bệnh để yên tâm làm thủ thuật.

5. Các bước tiến hành

- Xịt tê ống tai ngoài

- Dùng que tăm bông thấm dung dịch sát khuẩn betadin lau sạch phần nhọt và xung quanh

- Dùng dao chích nhọt, nếu mủ chảy ra nhiều dùng ống hút để hút dịch. Saugmentin 1g đó, dùng tăm bông có tăm betadin sát khuẩn tại vị trí nhọt lần thứ 2.
- Đặt miếng gạc nhỏ tăm mỡ hoặc dung dịch kháng sinh vào ống tai ngoài.

6. Theo dõi và chăm sóc

- Thuốc: Kháng sinh, giảm đau, chống viêm- chống phù nề. - Kiểm tra thay gạc sau 24h.

KỸ THUẬT LẤY NÚT BIỂU BÌ ỐNG TAI NGOÀI

1. Đại cương

Nút biểu bì là một bệnh lý của ống tai ngoài, được hình thành do những mảnh da chết của ống tai ngoài bong ra và kết lại thành khối.

2. Triệu chứng

Bệnh nhân bị nút biểu bì phản nản những biểu hiện giống như triệu chứng của cục ráy tai:

- Nghe kém
- ù tai.

* Khám: nút biểu bì màu trắng vàng giống như cục giấy bản vo viên, trong khi ráy tai có màu đen hoặc nâu.

* Diễn tiến nút biểu bì: tồn tại lâu, có thể gây tác hại đến ống tai; da ống tai bị mỏng hoặc loét, xương ống tai bị teo đi làm cho phần trong của ống tai rộng. Nút biểu bì có thể gây ra viêm tai ngoài hoặc nhọt ống tai, khi đó bệnh nhân bị sốt, đau nhức tai, nhất là khi nhai hoặc ngáp, da ở cửa tai hoặc sau tai có thể bị sưng đỏ, ần đau, hạch sau sau tai xuất hiện.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Ráy tai: cục ráy tai màu đen hoặc nâu còn nút biểu bì màu trắng vàng giống như cục giấy bản vo viên, đôi khi nút biểu bì có thể phối hợp với ráy tai.

- Cholesteatoma: bệnh lý có thể nguy hiểm tới tính mạng bệnh nhân do bản chất phá hủy xương đưa viêm nhiễm lan vào trong nội sọ. Nghĩ đến cholesteatoma ở những người có tiền sử chảy mủ tai hôi, dai dẳng, nhức đầu, đau tai. Khám thấy lỗ thủng màng nhĩ, hòm nhĩ có vảy trắng, óng ánh xà cừ. Chụp Xquang hay CT scan xương thái dương có hình ảnh thương tổn ở thượng nhĩ hoặc xương chũm và hình ảnh ăn mòn xương.

4. Điều trị

- Nguyên tắc: phải lấy bỏ nút biểu bì. Trước tiên nên làm mềm nút biểu bì bằng cách nhỏ tai bằng glycerin borate hoặc candibiotic mỗi ngày nhỏ 2 - 3 lần, mỗi lần 3 giọt, hay xịt tai với Ray C, trong 5 ngày, sau đó bơm nước 37oC vào tai, hoặc hút ra,

hay dùng móc tù để lấy nút biểu bì Nếu nút biểu bì còn cứng, không lấy ra được, nhỏ thuốc thêm 5- 7 ngày rồi lấy tiếp.

- Khi có viêm nhiễm ống tai ngoài, bên cạnh việc loại trừ nút biểu bì phải sử dụng kháng sinh đường uống kết hợp với thuốc nhỏ tai tại chỗ trong một tuần.

KỸ THUẬT LÀM THUỐC TAI

1. Chỉ định

Được thực hiện trong các trường hợp chảy mủ tai hoặc sau khi tiến hành phẫu thuật tai, xương chũm (bệnh tích chưa lành). Tùy theo mức độ, tình hình tổn thương mà thời gian tiến hành, thuốc dùng khác nhau nhằm đảm bảo mục đích làm sạch, giảm tiến tới hết chảy mủ tai.

2. Chống chỉ định

Không có.

3. Chuẩn bị

3.1 Người thực hiện Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

3.2. Phương tiện

- Dụng cụ: Máy nội soi, đèn clar, que tăm bông, dung dịch nước muối sinh lý, Oxy già, Betadin 10%, ống hút.

- Máy hút.

- Thuốc: Các loại kháng sinh, kháng nấm, corticoid –

3.3. Người bệnh Được nghe giải thích kỹ về thủ thuật để an tâm và hợp tác.

4. Các bước tiến hành

+ Rửa hoặc bơm nhẹ dịch rửa vào tai.

+ Kéo vành tai, day nhẹ nắp tai cho dịch thấm vào sâu hoặc dùng que bông lau rửa cho sạch mủ.

+ Làm như trên vài lần, cuối cùng dùng que bông lau không để dịch rửa ứ đọng lại trong tai.

* Rửa thuốc tai: tùy theo tình trạng chảy tai có thể dùng thuốc

- Cồn boric 2-5-Glycerin borat 2-5% khi chảy dịch, mủ.

- Cloramphenicol 4%? Hydrocortison hay Hydrocortanxin khi chảy mủ. Cách làm: Ngửa, hướng ống tai lên trên, nhỏ 3-5 giọt thuốc qua ống tai, kéo nhẹ vành tai ra sau và day nhẹ nắp tai vào cửa ống tai để đẩy thuốc vào sâu.

ĐẶT ỐNG THÔNG KHÍ MÀNG NHỖ

I. ĐẠI CƯƠNG

Đặt ống thông khí màng nhĩ là thủ thuật đặt ống thông khí để tạo sự cân bằng áp lực bên trong và bên ngoài hòm tai.

II. CHỈ ĐỊNH

- Viêm tai thanh dịch.
- Tắc vòi nhĩ do V.A.
- Tắc vòi nhĩ do u vòm mũi họng (như K vòm).
- Viêm tai giữa, lỗ thông quá nhỏ không đủ dẫn lưu mủ.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối nhưng cân nhắc trong những trường hợp người bệnh bị bệnh nội khoa kèm theo.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa cấp I Tai Mũi Họng trở lên.

2. Phương tiện

- Kính hiển vi phẫu thuật hoặc đèn gắn kính lúp.
- Dao chích rạch màng nhĩ.
- Ống thông khí màng nhĩ.
- Ống soi tai thích hợp.
- Ống hút các cỡ (vi phẫu).
- Kẹp vi phẫu thẳng.
- Que nhọn vi phẫu.

3. Người bệnh

- Trẻ em: gây mê.
- Người lớn: có thể gây tê cục bộ.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Khử trùng ống tai và màng nhĩ.
- Chích rạch màng nhĩ (góc trước dưới).
- Hút sạch trong hòm tai qua lỗ thông.
- Đặt ống thông khí qua lỗ chích rạch.
- Đặt tente tẩm thuốc sát khuẩn vào ống tai.

VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC SAU PHẪU THUẬT

- Cần theo dõi trong tuần đầu để kiểm tra tình trạng của ống thông khí, nếu có nhiều dịch, cần hút sạch.
- Ống thông khí có thể đặt từ 6 tháng đến 1 năm.
- Trong thời gian đặt ống tránh để nước vào tai.
- Rút ống thông: cần kiểm tra thính lực và kiểm tra ống thông.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Tụt ống thông khí: cần đặt lại qua các bước như trên. Nếu tụt vào trong hòm tai: giải phóng màng nhĩ để lấy ra.
- Điếc tiếp nhận: thường do thì chích rạch thô bạo và không đúng vị trí.
- Trật khớp xương con: phải phẫu thuật đặt lại.
- Viêm tai sau đặt ống: chỗ đặt ống không liền, gây thủng màng nhĩ, cần cho kháng sinh toàn thân và làm thuốc tai.
- Tắc ống thông khí: cần được kiểm tra dưới kính hiển vi, hút và làm sạch nút tắc khỏi lỗ thông.
- Cholesteatoma tai (hiếm gặp).

ĐẶT VẬT LIỆU CÀM MÁU TẠI 1 BÊN

1.ĐẠI CƯƠNG

Là biện pháp cầm máu tai bằng các vật liệu cầm máu thông thường, không sử dụng thiết bị nội soi.

2.CHỈ ĐỊNH

- Bệnh nhân bị chảy máu tai do nhiều nguyên nhân khác nhau như: chấn thương, sau mổ tai, viêm... không tự cầm, cần phải cầm máu.
- Một số chỉ định khác theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị do Bộ Y Tế ban hành.

3.CHỐNG CHỈ ĐỊNH

4. THẬN TRỌNG

- Không có.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

5.2. Thuốc:

- Lidocain 3%

5.3. Vật tư:

- Cồn betadine, bông băng gạc, nước ấm 37 độ ...

5.4. Trang thiết bị:

- Máy nội soi tai mũi họng
- Ống nội soi tai 0 độ
- Đèn Clar

5.5. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà 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.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại các khoa Tai mũi họng

5.9. Kiểm tra hồ sơ:

- 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...

- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

- Tư thế BN: nằm

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Sát khuẩn

6.2. Vô cảm: Gây tê tại chỗ

6.3. Bước 1: Vệ sinh vùng tai cần cầm máu, hút sạch máu đông và dáy bản động nếu có.

6.4. Bước 2: Dùng đèn và loa soi tai đánh giá sơ bộ tổn thương và vị trí chảy máu

6.5. Bước 3: Dùng Merocel hoặc bông gạc chèn chặt để cầm máu hoặc cầm máu bằng đông điện.

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 phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật:

- Dị ứng, phản vệ với thuốc tê: dùng sử dụng thuốc tê, sử dụng phác đồ chống sốc phản vệ theo Bộ y tế.

- Rách màng nhĩ: làm thuốc điều trị ổn định sau đó vá màng nhĩ

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật:

- Viêm tấy ống tai phải dùng kháng sinh toàn thân, thuốc chống phù nề. Rút merocel hoặc bông gạc sau 5 ngày

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

Bộ Y tế (2012). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành. Quyết định số 3978/QĐ-BYT ngày 18/10/2012

CHÍCH RẠCH DẪN LƯU TỤ DỊCH VÀNH TAI 1 BÊN

1. ĐẠI CƯƠNG

- Là thủ thuật nhằm giảm lượng dịch ở vành tai

2. CHỈ ĐỊNH

- Viêm tụ dịch, máu ở vành tai không có nhiễm trùng
- Một số chỉ định khác theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị do Bộ Y Tế ban hành.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các chống chỉ định phẫu thuật nói chung

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

Bác sỹ chuyên khoa Tai-Mũi-Họng.

5.2. Thuốc:

- Thuốc tê: Octocain hoặc Medicain: 1 ống.
- Cồn iod 1%

5.3. Vật tư:

- Bơm tiêm 5ml 01 cái, bơm 10 ml hoặc 20 ml 01 cái
- Kẹp phẫu tích 2 cái (1 cái có máu, 1 không máu).
- Dao nhọn 11, Kéo nhỏ, kìm mang kim
- Sond hút số 8
- Bát kê, mèche, gạc, băng vô trùng, băng cuộn.
- Khay quả đậu.

- Khăn vuông nhỏ.

5.4. Trang thiết bị:

- Đèn Clar
- Máy hút, ống hút
- Bàn phẫu thuật

5.5. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại các khoa gây mê hồi sức và các khoa có thực hiện phẫu thuật, thủ thuật có gây mê.

5.9. Kiểm tra hồ sơ:

- 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...
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật
- Tư thế bệnh nhân: nằm ngửa, đầu nghiêng sang bên đối diện sao cho mặt xương chũm nằm ngang để có thể thao tác dễ dàng trên bàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Sát khuẩn ống tai

6.2. Vô cảm: tê tại chỗ

6.3. Bước 1: Dùng dao nhọn chích 1 vết nhỏ 2 – 3mm, đủ để thoát dịch và luôn dây dẫn lưu vào dưới da vành tai. Rạch vùng thấp nhất của khối u.

6.4. Bước 2: Dùng Kelly để mở rộng chỗ rạch cho mũ thoát ra dễ dàng. Dùng thìa nạo vét các tổ chức bệnh tích.

6.5. Bước 3: Đặt dẫn lưu vào đủ sâu, đầu dây nằm ở vùng thấp nhất của khối tụ dịch.

6.6. Bước 4: Khâu kín chân. Dùng bơm to tùy theo lượng dịch 10 hay 20 ml để hút liên tục. Sát khuẩn, đặt gạc băng kín. Thay băng hàng ngày.

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 trong khi thực hiện kỹ thuật:

- Dị ứng, phản vệ với thuốc tê: dùng sử dụng thuốc tê, sử dụng phác đồ chống

sốc phản vệ theo Bộ y tế.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật:

- Viêm tấy sụn vành tai: xử trí như viêm sụn vành tai.
- Dẫn lưu không kín: khâu lại chân ống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2012). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành. Quyết định số 3978/QĐ-BYT ngày 18/10/2012

LẤY DỊ VẬT HỌNG MIỆNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Là thủ thuật lấy bỏ dị vật ra khỏi họng miệng.

2. CHỈ ĐỊNH

- Các trường hợp dị vật được mắc lại trong họng miệng.
- Một số chỉ định khác theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị do Bộ Y Tế ban hành.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định đặc biệt nào.
- Trường hợp soi bằng ống soi thanh quản hoặc ống soi thực quản cứng, chống chỉ định những trường hợp có bệnh lý cột sống cổ hoặc há miệng hạn chế.
- Cần lưu ý hỏi kỹ tiền sử dị ứng trước khi vô cảm.

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ

5.1 Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.
- Điều dưỡng chuyên khoa trợ giúp.
- Bác sĩ gây mê hồi sức nếu người bệnh gây mê.

5.2 Thuốc

- Thuốc gây tê hoặc gây mê

5.3 Vật tư

- Bơm kim tiêm 5-10ml, gạc, ...

5.4. Trang thiết bị

- Bộ dụng cụ khám tai, mũi, họng thông thường, có gương soi thanh quản.
- Bộ khám nội soi có que dẫn sáng (optique) 70 hoặc 90 (nếu có).
- Bộ soi thanh quản (hoặc bộ soi thực quản ống cứng 20 cm) kèm ống hút.
- Kim Frankel hoặc kẹp phẫu tích gấp dị vật hạ miệng.

5.5. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, cước bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.....

5.6. Hồ sơ bệnh án:

- Theo quy định của Bộ Y Tế

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật :

- Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

- Phòng thủ thuật khoa TMH hoặc khoa gây mê hồi sức

5.9. Kiểm tra hồ sơ

- Kiểm tra tên, tuổi bệnh nhân với phiếu chỉ định, hồ sơ bệnh án
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật
- Chuẩn bị ghế ngồi cho bệnh nhân
- Đặt tư thế bệnh nhân : Người bệnh ngồi hoặc nằm, đầu hơi ngửa ra sau

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Vô cảm : Gây tê, tiền mê hoặc gây mê nội khí quản.

6.2. Soi gấp dị vật hạ họng bằng kìm Frankael

- Bước 1: Người bệnh ngồi.
- Bước 2: Gây tê hạ họng bằng thuốc tê tại chỗ.
- Bước 3: Soi tìm dị vật bằng gương soi thanh quản gián tiếp hoặc nội soi.
- Bước 4: Gắp dị vật bằng kìm Frankael.

6.3. Soi gấp bằng ống soi thanh quản hoặc ống soi thực quản cứng

- Bước 1: Người bệnh nằm ngửa kê gối dưới vai.
- Bước 2: Gây tê, tiền mê hoặc gây mê.
- Bước 3: Soi tìm dị vật bằng ống soi hạ họng.
- Bước 4: Gắp dị vật bằng kìm gấp dị vật hạ họng.

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 trong khi thực hiện kỹ thuật: tai biến của gây tê

- Dị ứng, phản vệ với thuốc tê- mê: ít gặp với các thuốc tê thế hệ mới.

Xử trí: dùng sử dụng thuốc tê- mê, sử dụng phác đồ chống sốc phản vệ theo Bộ y tế.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật:

- 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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO :

Bộ Y tế (2012). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành. Quyết định số 3978/QĐ-BYT ngày 18/10/2012 của Bộ Y tế

RÚT ỐNG MỞ KHÍ QUẢN

1. ĐẠI CƯƠNG

Rút ống mở khí quản là kỹ thuật loại bỏ canuyn mở khí quản khi người bệnh đã hồi phục chức năng hô hấp và đường thở trên đủ điều kiện hoạt động trở lại. Kỹ thuật nhằm khôi phục hô hấp sinh lý, giảm nguy cơ nhiễm trùng và biến chứng liên quan đến mở khí quản.

2. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có ống mở khí quản đã ổn định, tự thở tốt.
- Người bệnh thông khí hiệu quả qua đường thở tự nhiên.

- Người bệnh có phản xạ ho, khạc đờm tốt, đường thở trên thông thoáng.
- Người bệnh không còn chỉ định duy trì mở khí quản.
- Một số chỉ định khác theo hướng dẫn chuyên môn của Bộ Y tế.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh chưa đảm bảo thông khí qua đường thở tự nhiên.
- Đường thở trên còn tắc nghẽn hoặc phù nề.
- Người bệnh suy hô hấp chưa ổn định.

4. THẬN TRỌNG

- Đánh giá kỹ chức năng hô hấp và đường thở trước khi rút ống.
- Thận trọng nguy cơ suy hô hấp, tắc đường thở sau rút ống.
- Chuẩn bị sẵn phương tiện cấp cứu và đặt lại ống khi cần.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

a) Nhân lực trực tiếp:

- Bác sĩ hồi sức cấp cứu, bác sĩ Tai Mũi Họng hoặc bác sĩ điều trị được đào tạo kỹ thuật.

b) Nhân lực hỗ trợ:

- Điều dưỡng hỗ trợ theo dõi và chăm sóc người bệnh sau rút ống.

5.2. Thuốc

- Thuốc theo y lệnh bác sĩ.
- Oxy y tế sẵn sàng.

5.3. Vật tư

- Gạc vô khuẩn, băng ép.
- Canuyn mở khí quản dự phòng.
- Dụng cụ hút đờm.

5.4. Trang thiết bị

- Monitor theo dõi mạch, huyết áp, SpO₂.

- Nguồn oxy.
- Phương tiện cấp cứu hô hấp sẵn sàng.

5.5. Người bệnh

- Giải thích cho người bệnh và người nhà về mục đích, cách tiến hành và nguy cơ có thể xảy ra.

- Hướng dẫn người bệnh cách thở, ho và khạc đờm sau rút ống.

5.6. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế.

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật

Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

- Khoa hồi sức cấp cứu.
- Khoa điều trị nội trú có theo dõi hô hấp.

5.9. Kiểm tra hồ sơ

a) Kiểm tra người bệnh:

- Đúng người bệnh, đúng chỉ định rút ống mở khí quản.

b) Thực hiện bảng kiểm an toàn thủ thuật:

- Theo quy định hiện hành của Bộ Y tế.

c) Đặt tư thế người bệnh:

- Tư thế nửa nằm nửa ngồi hoặc tư thế phù hợp cho hô hấp.

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Bước 1: Đánh giá trước rút ống

- Đánh giá tình trạng hô hấp, SpO₂, khả năng tự thở.
- Đánh giá đường thở trên và phản xạ ho.

6.2. Bước 2: Chuẩn bị rút ống

- Hút sạch đờm dãi vùng khí quản.
- Sát khuẩn vùng quanh lỗ mở khí quản.

6.3. Bước 3: Rút ống mở khí quản

- Hút xẹp cuff (nếu có)
- Rút canuyn mở khí quản nhẹ nhàng, dứt khoát.
- Che lỗ mở bằng gạc vô khuẩn, băng ép nhẹ.

6.4. Bước 4: Chăm sóc sau rút ống

- Theo dõi hô hấp, SpO₂ liên tục.
- Hướng dẫn người bệnh thở, ho và khạc đờm.
- Thay băng và chăm sóc lỗ mở khí quản.

6.5. Kết thúc quy trình

- Đánh giá lại tình trạng người bệnh.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án.
- Bàn giao người bệnh cho ca/kíp tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Khó thở, suy hô hấp cấp.
- Chảy máu tại vị trí mở khí quản.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Tắc đường thở do phù nề hoặc đờm dãi.
- Nhiễm trùng lỗ mở khí quản.

7.3. Biến chứng muộn

- Hẹp khí quản.
- Sẹo xấu tại vị trí mở khí quản.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2014). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Nội khoa - Hồi sức cấp cứu. Ban hành kèm theo Quyết định số 1904/QĐ-BYT ngày 30/05/2014 của Bộ Y tế.

KHÂU VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM TRÊN 10 CM

1. ĐẠI CƯƠNG

Khâu vết thương phần mềm là kỹ thuật ngoại khoa sử dụng chỉ phẫu thuật để đóng kín các vết rách da, cân, cơ. Đối với vết thương có chiều dài trên 10 cm, kỹ thuật đòi hỏi sự chuẩn bị kỹ lưỡng về vô cảm và thực hiện phục hồi theo đúng các lớp giải phẫu. Nguyên lý dựa trên việc làm sạch triệt để, cầm máu, loại bỏ tổ chức hoại tử và khâu áp sát các mép vết thương. Mục đích là cầm máu, ngăn ngừa nhiễm khuẩn, loại bỏ khoảng chết, phục hồi chức năng và thẩm mỹ, giúp vết thương liền sẹo tốt.

2. CHỈ ĐỊNH

- Vết thương phần mềm (da, tổ chức dưới da, cơ) sạch, có chiều dài trên 10 cm do tai nạn sinh hoạt, lao động hoặc giao thông.
- Vết thương bản đã được xử lý cắt lọc tổ chức hoại tử triệt để.
- Một số chỉ định khác theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị do Bộ Y tế ban hành.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Vết thương đang có dấu hiệu nhiễm trùng nặng, viêm tấy lan tỏa hoặc có mủ (cần để hở dẫn lưu, không khâu kín ngay).

- Người bệnh đang trong tình trạng sốc chấn thương, suy đa tạng hoặc các bệnh lý toàn thân nặng chưa được kiểm soát ổn định.

4. THẬN TRỌNG

- Với vết thương vùng mặt, cổ, bàn tay, cần cắt lọc hết sức tiết kiệm để bảo tồn tối đa tổ chức, tránh ảnh hưởng chức năng và thẩm mỹ.
- Tránh khâu quá căng mép vết thương vì có thể gây thiếu máu cục bộ dẫn đến hoại tử mép da.
- Thận trọng với các vết thương dập nát diện rộng hoặc dính nhiều dị vật bản; cần bơm rửa kỹ, cắt lọc đầy đủ và đánh giá khả năng đóng kín.
- Đảm bảo cầm máu tốt trước khi đóng vết thương để tránh tụ máu, dịch.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

a) *Nhân lực trực tiếp*: 01 Phẫu thuật viên chuyên khoa Ngoại hoặc Chấn thương chỉnh hình.

b) *Nhân lực hỗ trợ*: 02 phụ phẫu thuật/điều dưỡng dụng cụ. 01 Bác sĩ gây mê và 01 điều dưỡng phụ mê (nếu cần gây mê).

5.2. Thuốc

- Thuốc tê tại chỗ (Lidocain 1-2% có hoặc không có pha Adrenalin) hoặc thuốc gây mê toàn thân theo y lệnh.
- Dung dịch sát khuẩn: Povidone Iodine 10% (Betadine), cồn 70 độ, nước oxy già.
- Dịch truyền: Natriclorua 0,9% để bơm rửa.
- Kháng sinh dự phòng (nếu có chỉ định).

5.3. Vật tư

- Bộ dụng cụ tiểu phẫu vô khuẩn (dao mổ, kéo, kẹp phẫu tích có máu và không máu, kim mang kim, panh cầm máu).
- Chỉ phẫu thuật: Chỉ tiêu (Vicryl) để khâu lớp sâu; chỉ không tiêu (Nylon, Prolene) để khâu da.
- Săng vô khuẩn, găng tay vô trùng, bông, gạc, băng cuộn, ống dẫn lưu (nếu cần).

5.4. Trang thiết bị

- Bàn mổ hoặc bàn thủ thuật, đèn mổ/đèn gù có độ sáng tốt.
- Máy điện đông cầm máu, máy hút dịch.

5.5. Người bệnh

- *Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện*: Giải thích rõ mục đích, các bước tiến hành, nguy cơ (nhiễm trùng, sẹo xấu) và ký cam đoan.
- Nhịn ăn uống ít nhất 6 giờ nếu có chỉ định gây mê.
- Vệ sinh sạch sẽ vùng da quanh vết thương.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại phòng mổ thuộc khoa Gây mê hồi sức hoặc tại phòng thủ thuật vô khuẩn (tùy mức độ phức tạp).

5.9. 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 và chiều dài vết thương (> 10 cm).

b) *Thực hiện bằng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.*

c) *Đặt tư thế BN:* Nằm ngửa, nằm nghiêng hoặc tư thế phù hợp nhất để bộc lộ phẫu trường rõ ràng, thuận tiện cho thao tác.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Vô cảm

- Thực hiện gây tê tại chỗ quanh mép vết thương bằng Lidocain hoặc gây tê vùng. Với vết thương lớn, phức tạp, bệnh nhân trẻ nhỏ hoặc không hợp tác, cần gây mê toàn thân.

6.2. Bước 2: Làm sạch và sát khuẩn vùng da

- Cạo lông (nếu cần) xung quanh vết thương.

- Rửa vùng da xung quanh bằng xà phòng vô khuẩn và nước muối sinh lý.

- Sát khuẩn da vùng phẫu thuật rộng rãi bằng dung dịch Povidone Iodine từ trong vết thương ra ngoài.

6.3. Bước 3: Cắt lọc vết thương

- Cắt bỏ có chọn lọc mép da bị giáp sát, dập (ưu tiên bảo tồn tối đa đặc biệt ở vùng mặt, tay).

- Loại bỏ hoàn toàn tổ chức hoại tử, mủn nát và lấy bỏ tất cả dị vật (đất, cát, vải...).

6.4. Bước 4: Cầm máu và bơm rửa sâu

- Cầm máu kỹ các điểm chảy máu bằng dao điện đốt hoặc khâu buộc các mạch máu nhỏ.

- Bơm rửa áp lực vết thương nhiều lần bằng nước muối sinh lý vô khuẩn hoặc dung dịch sát khuẩn loãng để làm sạch sâu.

6.5. Bước 5: Khâu phục hồi các lớp giải phẫu

- Khâu phục hồi các lớp tổ chức từ sâu ra nông: lớp cơ, lớp cân - mạc, tổ chức dưới da bằng chỉ tiêu (Vicryl).

- Khâu da bằng chỉ không tiêu (Nylon) với các mũi rời, đều đặn, khoảng cách phù hợp, áp sát mép da nhưng không quá căng.

- Với vết thương vùng mặt, có thể khâu bằng chỉ thẩm mỹ mũi rời hoặc khâu trong da.

6.6. Bước 6: Đặt dẫn lưu và băng vết mổ

- Đặt dẫn lưu (ống cao su, dẫn lưu liền khe) nếu vết thương sâu, rộng, có nguy cơ cao tụ dịch hoặc máu.
- Sát khuẩn lại da, đắp gạc vô khuẩn và băng ép nhẹ.

6.7. Bước cuối cùng: Kết thúc quy trình

- *Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:* Kiểm tra mạch, huyết áp, nhịp thở, tưới máu vùng ngoại vi.
- *Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ:* Ghi rõ kích thước vết thương, phương pháp vô cảm, loại chỉ sử dụng, số lượng mũi khâu, tình trạng dẫn lưu.
- *Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo:* Bàn giao cho điều dưỡng khoa hoặc phòng hồi sức để theo dõi hậu phẫu.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- *Chảy máu nhiều:* Cầm máu tích cực bằng đốt điện, kẹp clip hoặc khâu buộc mạch máu.
- *Phản ứng với thuốc tê/mê (sốc phản vệ):* Ngừng thuốc ngay, hồi sức cấp cứu theo phác đồ chống sốc, đảm bảo đường thở, tuần hoàn.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- *Tụ máu, tụ dịch dưới da:* Nếu ít và không có dấu hiệu nhiễm trùng, có thể băng ép. Nếu khối máu tụ lớn, căng, cần mở một phần vết khâu để dẫn lưu và cầm máu lại.
- *Nhiễm trùng vết mổ:* Vết mổ sưng đỏ, đau tăng, chảy mủ, có thể sốt. Xử trí: Cắt một vài mũi chỉ để dẫn lưu mủ, rửa vết thương hàng ngày, dùng kháng sinh toàn thân theo kháng sinh đồ.

7.3. Biến chứng muộn

- *Sẹo xấu (sẹo lồi, sẹo co kéo):* Tư vấn chăm sóc sẹo, sử dụng miếng dán silicone, tiêm thuốc hoặc có thể phẫu thuật sửa sẹo sau ít nhất 12 tháng khi sẹo ổn định.
- *Rò chỉ:* Một số mũi chỉ không tiêu bị đào thải ra ngoài. Xử trí: Cắt bỏ phần chỉ lòi ra.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2016). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa, chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình. Quyết định số **4484/QĐ-BYT** ngày **18/08/2016** của Bộ Y tế.
2. Bộ Y tế (2017). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa, chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình. Quyết định số **5728/QĐ-BYT** ngày **21/12/2017** của Bộ Y tế.
3. Bộ Y tế (2018). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Phẫu thuật Tạo hình - Thẩm mỹ. Quyết định số **3449/QĐ-BYT** ngày **07/06/2018** của Bộ Y tế.

KHÂU VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM TRÊN 5 CM VÙNG ĐẦU, MẶT, CỔ

1. ĐẠI CƯƠNG

Khâu vết thương phần mềm vùng đầu, mặt, cổ là kỹ thuật ngoại khoa nhằm làm sạch và đóng kín các vết rách ở da, cân, cơ bằng chỉ phẫu thuật. Nguyên lý dựa trên việc loại bỏ dị vật, cắt lọc tổ chức hoại tử, cầm máu triệt để và phục hồi tính liên tục của các lớp giải phẫu theo đúng cấu trúc tự nhiên. Mục đích là để cầm máu, ngăn ngừa nhiễm khuẩn, loại bỏ khoảng chết, bảo tồn và đảm bảo tối đa chức năng vận động, cảm giác cũng như thẩm mỹ cho người bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

- Vết thương phần mềm (da, tổ chức dưới da, cơ) vùng đầu, mặt, cổ có chiều dài trên 5 cm do tai nạn sinh hoạt, lao động hoặc giao thông.
- Vết thương sắc gọn hoặc vết thương bầm đã được xử lý cắt lọc sạch sẽ.
- Vết thương không gây tổn thương sâu vào hộp sọ, xoang tĩnh mạch hoặc các cơ quan trọng yếu chưa được xử trí.
- Một số chỉ định khác theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị do Bộ Y tế ban hành.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Vết thương đang trong tình trạng nhiễm trùng nặng, viêm tấy lan tỏa hoặc có mủ (cần để hở dẫn lưu, không khâu kín ngay).
- Người bệnh đang trong tình trạng sốc chấn thương hoặc các bệnh lý toàn thân nặng (suy hô hấp, tuần hoàn) chưa được kiểm soát ổn định.
- Người bệnh có các bệnh lý rối loạn đông máu nặng chưa được điều chỉnh.

4. THẬN TRỌNG

- Với vết thương vùng mặt, cần thực hiện cắt lọc hết sức tiết kiệm để tránh gây thiếu hồng da, ảnh hưởng đến thẩm mỹ và chức năng.
- Thận trọng tránh làm tổn thương các cấu trúc quan trọng như các nhánh của dây thần kinh mặt (dây VII), ống tuyến nước bọt mang tai, các bó mạch máu lớn vùng cổ và sụn thanh quản.
- Đối với vết thương vùng cổ, cần cảnh giác với tổn thương khí - thực quản kèm theo.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

a) *Nhân lực trực tiếp*: 01 Phẫu thuật viên chuyên khoa Ngoại, Tạo hình hoặc Hàm Mặt.

b) *Nhân lực hỗ trợ*: 02 phụ phẫu thuật/điều dưỡng dụng cụ. 01 Bác sĩ gây mê và 01 điều dưỡng phụ mê (nếu cần gây mê toàn thân).

5.2. Thuốc

- Thuốc tê tại chỗ (Lidocain 1-2% có/không pha Adrenalin) hoặc thuốc gây mê toàn thân theo y lệnh.

- Dung dịch sát khuẩn: Povidone Iodine 10% (Betadine), cồn 70 độ, nước oxy già.
- Dịch truyền: Natriclorua 0,9% để bơm rửa vết thương.
- Kháng sinh dự phòng (nếu có chỉ định).

5.3. Vật tư

- Bộ dụng cụ tiểu phẫu/tạo hình vô khuẩn (dao, kéo mổ, kéo cắt chỉ, kẹp phẫu tích có máu và không máu, kim mang kim, panh cầm máu).
- Chỉ phẫu thuật: Chỉ tiêu (Vicryl 4.0, 5.0) khâu lớp sâu; chỉ không tiêu mảnh (Nylon, Prolene 5.0, 6.0) khâu da, đặc biệt vùng mặt.
- Săng lỗ vô khuẩn, găng tay vô trùng, bông, gạc, băng cuộn, ống dẫn lưu (nếu cần).

5.4. Trang thiết bị

- Bàn mổ hoặc bàn thủ thuật, đèn mổ/đèn gù có độ sáng tốt.
- Máy điện đông cầm máu, máy hút dịch.
- Kính lúp phẫu thuật (nếu cần thiết cho vi phẫu).

5.5. Người bệnh

- *Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện:* Giải thích rõ mục đích, các bước tiến hành, nguy cơ (nhiễm trùng, sẹo lồi, tổn thương thần kinh) và ký cam đoan.
- Làm vệ sinh sạch sẽ, cạo tóc/lông xung quanh vùng vết thương một cách cẩn thận (nếu cần).
- Nhịn ăn uống theo chỉ định nếu có gây mê.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại phòng mổ thuộc khoa Gây mê hồi sức hoặc phòng thủ thuật vô khuẩn.

5.9. 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 và chiều dài vết thương (> 5 cm). Kiểm tra phim chụp nếu có.

b) *Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.*

c) *Đặt tư thế BN:* Nằm ngửa hoặc nằm nghiêng thuận lợi nhất để bộc lộ phẫu trường rõ ràng, đảm bảo đường thở an toàn, đặc biệt với vết thương vùng cổ.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Vô cảm

- Thực hiện gây tê tại chỗ, tê vùng quanh mép vết thương bằng Lidocain. Đối với vết thương lớn, phức tạp, trẻ em hoặc vị trí khó, cần gây mê toàn thân nội khí quản.

6.2. Bước 2: Làm sạch và sát khuẩn vùng da

- Cạo lông cẩn thận xung quanh vết thương.

- Rửa vùng da xung quanh bằng xà phòng vô khuẩn và nước muối sinh lý.
- Sát khuẩn da rộng rãi bằng dung dịch Povidone Iodine từ trong vết thương ra ngoài.

6.3. Bước 3: Cắt lọc vết thương

- Cắt bỏ có chọn lọc, **tiết kiệm tối đa** mép da bị giập nát, chỉ lấy bỏ tổ chức hoại tử rõ ràng.
- Lấy bỏ hoàn toàn các dị vật (đất, cát, thủy tinh, kim loại...). Kiểm tra kỹ chiều sâu.

6.4. Bước 4: Cầm máu và bơm rửa sâu

- Cầm máu kỹ lưỡng bằng dao điện đốt (ở chế độ thấp) hoặc khâu buộc các mạch máu nhỏ.
- Bơm rửa áp lực vết thương nhiều lần bằng nước muối sinh lý vô khuẩn với khối lượng lớn, đảm bảo làm sạch sâu mọi ngóc ngách.

6.5. Bước 5: Khâu phục hồi các lớp giải phẫu

- Khâu phục hồi các lớp tổ chức từ sâu ra nông: lớp cơ, lớp cân - mạc, tổ chức dưới da bằng chỉ tiêu (Vicryl). Khâu kín các khoảng chết.
- **Khâu da:** Sử dụng chỉ không tiêu cỡ nhỏ (5.0, 6.0). Khâu các mũi rời, khoảng cách đều, đảm bảo lộn mép da vào trong, áp sát nhưng **tuyệt đối không được khâu căng**. Vùng mặt có thể áp dụng khâu trong da thẩm mỹ.

6.6. Bước 6: Đặt dẫn lưu và băng vết mổ

- Đặt dẫn lưu (ống cao su, dẫn lưu hút kín) nếu vết thương sâu, nhiều ngóc ngách, có nguy cơ cao tụ dịch.
- Sát khuẩn lại da, đắp gạc vô khuẩn và băng nhẹ, tránh ép chặt gây hoại tử mép da hoặc chèn ép vùng cổ.

6.7. Bước cuối cùng: Kết thúc quy trình

- *Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:* Kiểm tra sinh hiệu, tri giác, vận động cơ mặt (nếu liên quan), đảm bảo không có chèn ép đường thở.
- *Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ:* Ghi rõ vị trí, kích thước, phương pháp vô cảm, loại chỉ, số mũi khâu, tình trạng dẫn lưu và đánh giá thần kinh sau mổ.
- *Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo:* Bàn giao cho điều dưỡng khoa hoặc phòng hồi sức để theo dõi hậu phẫu sát sao.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- *Chảy máu nhiều:* Cầm máu tích cực bằng đốt điện, kẹp clip hoặc khâu buộc. Truyền dịch, máu nếu cần.
- *Sốc phản vệ với thuốc tê/mê:* Ngừng thuốc, hồi sức cấp cứu theo phác đồ của Bộ Y tế, đảm bảo đường thở - hô hấp - tuần hoàn.
- *Tổn thương thần kinh mặt, mạch máu lớn:* Nhận biết kịp thời, phẫu tích cẩn thận, phục hồi hoặc sửa chữa ngay nếu có thể.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- *Tụ máu, tụ dịch*: Nếu khối nhỏ, ổn định có thể băng ép. Nếu khối lớn, căng đau, gây chèn ép thì cần mở một phần vết khâu để dẫn lưu và cầm máu lại.
- *Nhiễm trùng vết mổ*: Vết mổ sưng đỏ, đau tăng, chảy mủ, có thể sốt. Xử trí: Cắt một vài mũi chỉ để dẫn lưu mủ, rửa vết thương hàng ngày, dùng kháng sinh toàn thân theo kháng sinh đồ.

7.3. Biến chứng muộn

- *Sẹo xấu (sẹo lồi, sẹo co kéo)*: Phổ biến ở vùng này. Tư vấn chăm sóc sẹo sớm (dán silicone, massage, chống nắng). Chỉ định tiêm thuốc hoặc phẫu thuật sửa sẹo sau ít nhất 12-18 tháng khi sẹo ổn định.
- *Rò tuyến nước bọt, tổn thương thần kinh muộn*: Cần đánh giá chuyên sâu và can thiệp phù hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2018). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Phẫu thuật Tạo hình - Thẩm mỹ. Quyết định số **3449/QĐ-BYT** ngày **07/06/2018** của Bộ Y tế.
2. Bộ Y tế (2017). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Phẫu thuật Hàm mặt. Quyết định số **5590/QĐ-BYT** ngày **13/12/2017** của Bộ Y tế.
3. Bộ Y tế (2016). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Hồi sức, cấp cứu và chống độc. Quyết định số **4825/QĐ-BYT** năm **2016** của Bộ Y tế.
4. Bộ Y tế (2016). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa, chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình. Quyết định số **4484/QĐ-BYT** ngày **18/08/2016** của Bộ Y tế.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT NHÉT BẮC MŨI SAU

I. ĐẠI CƯƠNG

Nhét bắc mũi sau dùng bắc (gạc cuộn hoặc Merocel) chèn chặt vào cửa mũi sau (choanal) qua đường miệng để cầm máu mũi sau.

II. CHỈ ĐỊNH

- Chảy máu mũi sau (người bệnh ngồi, máu chảy chủ yếu xuống họng, không cầm được bằng nhét bắc mũi trước).
- Chảy máu mũi nặng, tái phát sau chấn thương, rối loạn đông máu, tăng huyết áp...

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối trong cấp cứu.
- Thận trọng: Nhiễm trùng nặng vùng mũi họng, rối loạn đông máu nặng không kiểm soát, bệnh nhân không hợp tác (cần gây mê).

IV. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

- Giải thích kỹ thủ thuật (đau, khó chịu, có thể nôn), ký cam kết đồng ý.
- Kiểm tra mạch, huyết áp, hô hấp; truyền dịch, kháng sinh dự phòng nếu cần.

2. Dụng cụ:

- Bắc: Gạc cuộn chặt (đường kính 2cm, ngang 3-3,5cm, buộc chỉ lạnh to ở giữa với 3-4 đầu dây) tẩm dầu paraffin/mỡ kháng sinh; hoặc Merocel/Foley catheter.
- Sonde Nelaton/Foley 12-14Fr, kìm Kocher, kìm gấp, kéo.
- Thuốc tê: Lidocain 2-4% xịt/phun niêm mạc họng/mũi.
- Thuốc tê cục bộ + co mạch (Co-phenylcaine nếu có).
- Găng tay vô trùng, băng, gạc, đèn soi họng, ống hút.

3. Tư thế: Ngồi hoặc nằm ngửa đầu cao, miệng mở rộng.

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.

5. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. **Gây tê và cầm máu ban đầu:** Xịt tê niêm mạc họng/mũi, hút máu cục trong họng/mũi.
2. **Chuẩn bị bắc:** Cuộn gạc chặt, buộc chỉ lạnh ở giữa (3-4 đầu dây dài), tẩm dầu paraffin/mỡ kháng sinh.
3. **Luồn sonde:**

- Luồn sonde Nelaton/Foley từ cửa mũi trước (bên chảy máu) qua hốc mũi xuống họng.
 - Kéo sonde ra miệng bằng kìm Kocher.
4. **Buộc bắc:** Buộc 2 đầu chỉ của bắc vào đầu sonde (có thể dùng 2 đầu khác để cố định sau).
5. **Nhét bắc:**
- Kéo sonde từ mũi để đưa bắc vào cửa mũi sau (qua miệng).
 - Dùng ngón tay hoặc dụng cụ ấn chặt bắc vào vị trí cửa mũi sau (choanal), đảm bảo chèn chặt.
 - Cố định: Buộc 2 đầu chỉ ra ngoài mũi (qua lỗ mũi trước) vào nút gạc hoặc băng dính ở mũi; 2 đầu còn lại buộc ở miệng/má để dễ rút sau.
6. **Nhét bắc mũi trước bổ sung:** Nhét bắc mũi trước bên chảy máu để tăng hiệu quả cầm máu.
7. **Kiểm tra:** Quan sát không còn máu chảy xuống họng, theo dõi hô hấp (tránh nghẹt thở).

VI. THEO DÕI SAU THỦ THUẬT

- Theo dõi chặt: Mạch, HA, hô hấp, SpO₂ (ICU nếu nặng), kháng sinh toàn thân, giảm đau.
- Giữ bắc 24-72 giờ (tùy mức độ), rút dần sau khi cầm máu ổn định.
- Theo dõi biến chứng: Thiếu oxy, nhiễm trùng, hoại tử vách mũi.
- Rút bắc: Cắt chỉ cố định, kéo nhẹ từ mũi/miệng, kiểm tra lại chảy máu.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- **Choáng do đau/sợ hãi:** Giải thích kỹ, dùng an thần/trợ tim.
- **Máu vẫn chảy:** Bắc nhỏ hoặc nhét không chặt → nhét lại hoặc dùng Merocel/Foley balloon.
- **Tuột bắc xuống họng:** Nhét lại, làm vông chặt.
- **Nghẹt thở/thiếu oxy:** Theo dõi hô hấp, rút bắc nếu cần.
- **Nhiễm trùng:** Kháng sinh mạnh.

VIII. GHI CHÉP HỒ SƠ

Ghi đầy đủ trình tự phẫu thuật. Các chỉ số sinh tồn, diễn biến trong và sau phẫu thuật. Ký xác nhận của bác sĩ phẫu thuật

TÀI LIỆU THAM KHẢO CHÍNH:

Quyết định 3978/QĐ-BYT ngày 18/10/2012: Ban hành 115 Quy trình kỹ thuật khám, chữa bệnh chuyên ngành Tai Mũi Họng,

QUY TRÌNH KỸ THUẬT NHÉT BẮC MŨI TRƯỚC

I. ĐẠI CƯƠNG

Nhét bắc mũi trước dùng bắc chèn chặt vào hốc mũi qua cửa mũi trước để cầm máu mũi trước.

II. CHỈ ĐỊNH

- Chảy máu mũi trước (máu chảy ra ngoài mũi, không cầm được bằng bóp mũi hoặc đốt điện).
- Chảy máu mũi nặng do chấn thương, tăng huyết áp, rối loạn đông máu, dùng thuốc chống đông...

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối trong cấp cứu.
- Thận trọng: Nhiễm trùng nặng vùng mũi, rối loạn đông máu không kiểm soát, dị ứng vật liệu bắc.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

- Giải thích kỹ thủ thuật (đau, khó chịu, có thể nôn), ký cam kết đồng ý.
- Kiểm tra mạch, huyết áp; truyền dịch nếu mất máu nhiều.

2. Dụng cụ:

- Bắc: Gạc cuộn chặt (đường kính 2cm, ngang 3-3,5cm, buộc chỉ lanh ở giữa với 2-3 đầu dây) tẩm dầu paraffin/mỡ kháng sinh; hoặc Merocel (ưu tiên hiện đại).
- Nguồn sáng (đèn Clar hoặc đèn soi), kẹp khuỷu/bay, kìm Kocher.
- Thuốc tê: Lidocain 2-4% xịt/phun niêm mạc mũi + co mạch (oxymetazoline nếu có).
- Thuốc tê cục bộ + mỡ kháng sinh, mỡ cầm máu.
- Găng tay vô trùng, sàng, gạc, ống hút.

3. Tư thế: Ngồi hoặc nằm ngửa đầu cao, miệng mở.

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

5. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Gây tê và cầm máu ban đầu: Xịt tê + co mạch niêm mạc mũi 2-3 lần, hút máu cục trong mũi.

2. **Chuẩn bị bắc:** Cuộn gạc chặt, tẩm dầu paraffin/mỡ kháng sinh (hoặc dùng Merocel ngâm nước muối).
3. **Nhét bắc:**
 - o Dùng kẹp khuỷu hoặc bay nhẹ nhàng nhét bắc vào hốc mũi bên chảy máu (từ sau ra trước).
 - o Nhét theo hình đèn xếp (zigzag) để chèn chặt, đầy hốc mũi (bắt đầu từ đáy mũi, đẩy lên trên).
 - o Nhét chặt ngay từ đầu, chú ý làm vồng (không để bắc tuột).
4. **Cố định:** Buộc 2 đầu chỉ vào nút gạc ở cửa mũi trước để dễ rút; băng nhẹ ngoài mũi nếu cần.
5. **Kiểm tra:** Quan sát không còn máu chảy ra mũi hoặc xuống họng, theo dõi hô hấp.

VI. THEO DÕI SAU THỦ THUẬT

- Theo dõi chặt: Mạch, HA, hô hấp, SpO₂ (ICU nếu nặng), kháng sinh toàn thân, giảm đau.
- Giữ bắc 24-48 giờ (tối đa 48 giờ), rút dần sau khi cầm máu ổn định (rút nhẹ, cắt chỉ cố định).
- Theo dõi biến chứng: Thiếu oxy, nhiễm trùng, hoại tử niêm mạc.
- Rút bắc: Kéo nhẹ từ mũi, kiểm tra lại chảy máu.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- **Choáng do đau/sợ hãi:** Giải thích kỹ, dùng an thần/trợ tim.
- **Máu vẫn chảy:** Kiểm tra bên kia, nhét lại hoặc nhét bắc mũi sau nếu cần.
- **Tuột bắc:** Nhét lại, chú ý làm vồng chặt.
- **Nhiễm trùng:** Kháng sinh mạnh.
- **Hoại tử niêm mạc:** Do chèn quá chặt → rút sớm, theo dõi.

VIII. GHI CHÉP HỒ SƠ

Ghi đầy đủ trình tự phẫu thuật. Các chỉ số sinh tồn, diễn biến trong và sau phẫu thuật. Ký xác nhận của bác sĩ phẫu thuật

TÀI LIỆU THAM KHẢO CHÍNH:

Quyết định 3978/QĐ-BYT ngày 18/10/2012: Ban hành 115 Quy trình kỹ thuật khám, chữa bệnh chuyên ngành Tai Mũi Họng

QUY TRÌNH KỸ THUẬT LẤY DỊ VẬT MŨI

I. ĐẠI CƯƠNG

Lấy dị vật mũi nhằm loại bỏ dị vật khỏi hốc mũi, tránh tổn thương niêm mạc, viêm xoang hoặc dị vật rơi xuống đường thở.

II. CHỈ ĐỊNH

- Dị vật mũi gây tắc một bên mũi, chảy mủ một bên, hôi miệng, đau đầu, chảy nước mũi.
- Dị vật nhìn thấy rõ (hạt, đồ chơi, côn trùng...).
- Dị vật không tự rơi sau xì mũi hoặc nghiêng đầu.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không tuyệt đối trong cấp cứu.
- Thận trọng: Nhiễm trùng nặng vùng mũi họng, dị vật ăn mòn (pin, nam châm – lấy khẩn), dị vật xuyên sâu (cần nội soi hoặc phẫu thuật).

IV. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

- Giải thích thủ thuật (có thể khó chịu, nước mắt chảy), ký cam kết đồng ý.
- Khám mũi bằng đèn soi (clar) hoặc nội soi tai mũi họng để xác định vị trí, loại dị vật.

2. Dụng cụ:

- Dụng cụ lấy: Kẹp gấp (alligator forceps), móc cong (hook), que bông ẩm, banh mũi (speculum), đèn soi tai mũi họng.
- Thuốc tê: Lidocain 2-4% nhỏ/xịt niêm mạc mũi + thuốc co mạch (Xylometazoline 0,05-0,1%).
- Nước muối sinh lý ấm (38°C) để rửa (nếu dị vật hạt).
- Thuốc nhỏ mũi sau thủ thuật: Kháng sinh (Ofloxacin), chống viêm.
- Găng tay vô trùng, sạch, gạc.

3. Tư thế: Ngồi trên ghế (người lớn), hoặc nằm ngửa đầu cố định (trẻ em – cần người lớn giữ chặt hoặc gây mê ngắn nếu không hợp tác).

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
5. **. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật

V. CÁC BƯỚC TIỀN HÀNH

1. **Gây tê và co mạch:** Nhỏ/xịt Lidocain 2-4% + Xylometazoline 0,5% vào mũi 2-3 lần để giảm đau và phù nề.
2. **Sát trùng:** Rửa mũi bằng nước muối sinh lý + betadin nếu cần.
3. **Quan sát:** Dùng đèn soi clar hoặc nội soi tai mũi họng để xác định dị vật (vị trí, loại: sống/chết, sắc/nhẫn).
4. **Lấy dị vật (tùy loại):**
 - o **Dị vật hạt/nhẫn:** Rửa mũi bằng nước muối ấm (bơm nhẹ từ bên kia mũi để đẩy ra) – phương pháp ưu tiên nếu dị vật không bịt kín.
 - o **Dị vật cứng/sắc:** Dùng kẹp gấp hoặc móc cong nhẹ nhàng gấp ra (tiếp cận từ ngoại vi, không đẩy sâu hơn).
 - o **Dị vật sâu:** Dùng nội soi tai mũi họng để lấy chính xác.
 - o **Dị vật côn trùng sống:** Nhỏ dầu paraffin/mineral oil để bất động trước khi gấp.
5. **Kiểm tra lại:** Soi mũi sau lấy, kiểm tra niêm mạc có tổn thương không, rửa sạch mảnh vụn.
6. **Nhỏ thuốc:** Kháng sinh + chống viêm, không cần băng mũi (trừ trường hợp chảy máu).

VI. THEO DÕI SAU THỦ THUẬT

- Theo dõi 15-30 phút: Không đau, không chảy máu/mủ.
- Nhỏ thuốc theo đơn: Kháng sinh + nước mũi 5-7 ngày.
- Tái khám sau 1-3 ngày kiểm tra lành, tránh xì mũi mạnh.
- Khuyến tránh tự lấy dị vật tại nhà (dễ đẩy sâu hơn, gây tổn thương).

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- **Đau/chảy máu nhẹ:** Tự khỏi, nhỏ tê thêm.
- **Tổn thương niêm mạc:** Nhỏ kháng sinh, theo dõi.
- **Nhiễm trùng:** Kháng sinh toàn thân + tại chỗ.
- **Dị vật sót:** Lấy lại hoặc hội chẩn (có thể cần gây mê).

VIII. GHI CHÉP HỒ SƠ

Ghi đầy đủ trình tự phẫu thuật. Các chỉ số sinh tồn, diễn biến trong và sau phẫu thuật. Ký xác nhận của bác sĩ phẫu thuật

TÀI LIỆU THAM KHẢO CHÍNH:

Quyết định 3978/QĐ-BYT ngày 18/10/2012: Ban hành 115 Quy trình kỹ thuật khám, chữa bệnh chuyên ngành Tai Mũi Họng, trong đó có "Lấy dị vật mũi

QUY TRÌNH KỸ THUẬT LẤY DỊ VẬT HỌNG MIỆNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Lấy dị vật họng miệng nhằm loại bỏ dị vật khỏi vùng họng miệng, tránh tổn thương niêm mạc, nghẹn thở, viêm họng, áp xe hoặc dị vật rơi xuống đường thở.

II. CHỈ ĐỊNH

- Dị vật họng miệng gây đau họng, khó nuốt, khó thở, chảy nước dãi, nôn ói, cảm giác vướng họng.
- Dị vật nhìn thấy rõ (xương cá, xương gà, mảnh thức ăn, đồ chơi nhỏ, kim may, pin...).
- Dị vật không tự rơi sau ho, nôn hoặc uống nước.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không tuyệt đối trong cấp cứu.
- Thận trọng: Dị vật xuyên sâu (cần nội soi hoặc phẫu thuật), nhiễm trùng nặng vùng họng, dị vật ăn mòn (pin – lấy khẩn), bệnh nhân không hợp tác (cần gây mê).

IV. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

- Giải thích thủ thuật (có thể nôn, khó chịu), ký cam kết đồng ý.
- Khám họng miệng bằng đèn soi họng (laryngeal mirror) hoặc nội soi họng để xác định vị trí, loại dị vật.

2. Dụng cụ:

- Dụng cụ lấy: Kẹp gấp (alligator forceps), kẹp Magill, móc cong, que bông ẩm, đèn soi họng, nội soi họng.

- Thuốc tê: Lidocain 2-4% xịt/phun niêm mạc họng (hoặc Lidocain gel bôi).
 - Thuốc tê cục bộ + co mạch (nếu cần).
 - Găng tay vô trùng, sàng, gạc, ống hút.
3. **Tư thế:** Ngồi thẳng, đầu hơi ngửa, miệng mở rộng (người lớn); trẻ em nằm ngửa đầu cố định (cần người lớn giữ chặt hoặc gây mê ngắn).
 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
 5. **Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. **Gây tê:** Xịt/phun Lidocain 2-4% vào họng 2-3 lần để giảm phản xạ nôn và đau.
2. **Sát trùng:** Rửa miệng họng bằng nước muối sinh lý + betadin nếu cần.
3. **Quan sát:** Dùng đèn soi họng hoặc nội soi họng để xác định dị vật (vị trí: amidan, khe amidan, lưỡi gà, đáy lưỡi, thành sau họng).
4. **Lấy dị vật (tùy loại):**
 - **Dị vật nông, nhìn thấy rõ:** Dùng kẹp gấp hoặc kẹp Magill nhẹ nhàng gấp ra (tiếp cận từ ngoại vi, không đẩy sâu).
 - **Dị vật amidan/khe amidan:** Dùng kẹp gấp hoặc que bông ẩm quẹt nhẹ (nếu dị vật nhỏ).
 - **Dị vật xương cá/mảnh sắc:** Dùng nội soi họng để lấy chính xác, tránh làm tổn thương niêm mạc.
 - **Dị vật sâu:** Dùng nội soi họng hoặc gây mê ngắn để lấy.
5. **Kiểm tra lại:** Soi họng miệng sau lấy, kiểm tra niêm mạc có tổn thương không, hút sạch mảnh vụn.
6. **Nhỏ thuốc:** Kháng sinh + chống viêm họng (nếu cần), khuyên súc miệng nước muối.

VI. THEO DÕI SAU THỦ THUẬT

- Theo dõi 15-30 phút: Không đau, không chảy máu, không khó thở.
- Kháng sinh uống nếu có tổn thương niêm mạc hoặc dị vật bản.
- Tái khám sau 1-3 ngày kiểm tra lành, tránh ăn nhai mạnh.
- Khuyên tránh tự lấy dị vật tại nhà (dễ đẩy sâu hơn, gây tổn thương).

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- **Đau/nôn:** Tự khỏi, dùng thuốc giảm nôn nếu cần.
- **Chảy máu nhẹ:** Tự cầm, đốt điện nếu cần.
- **Nhiễm trùng:** Kháng sinh toàn thân + tại chỗ.

- **Dị vật sót:** Lấy lại hoặc hội chẩn (có thể cần nội soi gây mê).

VIII. GHI CHÉP HỒ SƠ

Ghi đầy đủ trình tự phẫu thuật. Các chỉ số sinh tồn, diễn biến trong và sau phẫu thuật. Ký xác nhận của bác sĩ phẫu thuật

TÀI LIỆU THAM KHẢO CHÍNH:

Quyết định 3978/QĐ-BYT ngày 18/10/2012: Ban hành 115 Quy trình kỹ thuật khám, chữa bệnh chuyên ngành Tai Mũi Họng, trong đó có "Lấy dị vật họng miệng

QUY TRÌNH PHẪU THUẬT MỞ KHÍ QUẢN

I. ĐẠI CƯƠNG

Mở khí quản tạo đường thở trực tiếp qua khí quản, giảm khoảng chết giải phẫu, dễ hút đờm và hỗ trợ thở máy dài ngày.

II. CHỈ ĐỊNH

- **Cấp cứu:** Tắc nghẽn đường thở trên (viêm thanh thiệt, phù nề thanh quản, dị vật, chấn thương cổ-mặt, bạch hầu...).

- **Hỗ trợ dài ngày:** Bệnh nhân thở máy >7-14 ngày (suy hô hấp nặng, chấn thương sọ não, liệt cơ hô hấp...).

- **Phòng ngừa:** Trước phẫu thuật lớn vùng cổ-mặt, bỏng nặng, chấn thương đa vùng.

Khác: Viêm thanh quản nặng, u vùng hạ họng-thanh quản gây hẹp.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH (TƯƠNG ĐỐI)

- Rối loạn đông máu nặng (INR >1.5, tiểu cầu <50 G/L) chưa điều chỉnh.

- Nhiễm trùng nặng vùng cổ.

- Bệnh nhân không ổn định huyết động (cần hồi sức trước).

IV. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

- Giải thích lợi ích/nguy cơ, ký cam kết đồng ý (nếu tỉnh).
- Nhịn ăn 3-6 giờ, hút sạch đờm dãi họng miệng, hút dịch dạ dày.
- Đặt đường truyền tĩnh mạch, monitor (mạch, HA, SpO₂, EtCO₂).
- Thở oxy 100% hoặc thở máy qua ống nội khí quản (nếu có).

2. **Dụng cụ:**

- Bộ dụng cụ phẫu tích phần mềm: Dao mổ, kéo, kìm Kocher/Halstead, banh Farabeuf, banh khí quản 3 chạc (Laborde), kẹp chữ T, chỉ khâu (Vicryl 3-0/4-0).
- Ống canule khí quản (Sjoberg hoặc Shiley, cỡ 6-10mm tùy bệnh nhân).
- Máy hút đờm, bóng Ambu, bộ đặt nội khí quản dự phòng.
- Thuốc tê cục bộ (Lidocain 1-2% + adrenalin), kháng sinh dự phòng.

3. **Tư thế:** Nằm ngửa, kê gối cứng dưới vai, uốn cổ để bộc lộ khí quản.

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.

5. **Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH (MỞ KHÍ QUẢN CÓ CHUẨN BỊ – ELECTIVE)

1. **Gây tê:** Gây tê cục bộ vùng cổ (Lidocain 1-2% + adrenalin) hoặc gây mê toàn thân nếu bệnh nhân nặng.
2. **Rạch da:** Rạch dọc giữa cổ (từ sụn nhẫn lên trên 2-3cm hoặc ngang giữa sụn giáp và nhẫn).
3. **Bộc lộ khí quản:** Bóc tách lớp cân cơ dọc, vén banh Farabeuf hai bên, bóc eo tuyến giáp (kẹp và cắt nếu cản trở).
4. **Rạch khí quản:** Xác định vòng sụn 2-4 (thường giữa vòng 3-4 dưới eo tuyến giáp), rạch ngang giữa hai vòng sụn (hoặc hình chữ U ngược để tạo vạt).
5. **Đặt canule:** Mở rộng lỗ bằng banh Laborde, hút đờm, đặt canule khí quản (bơm cuff nếu cần thở máy), cố định bằng dây băng quanh cổ.
6. **Đóng vết mổ:** Khâu cầm máu, khâu da lớp lớp, băng vô trùng.
7. **Kiểm tra:** Kết nối máy thở (nếu cần), chụp X-quang ngực kiểm tra vị trí canule.

Biến thể:

- **Mở cấp cứu:** Không gây tê đầy đủ, rạch nhanh, đặt canule ngay.
- **Mở qua da (percutaneous):** Ít dùng ở Việt Nam cho cấp cứu, phổ biến hơn ở một số bệnh viện lớn.

VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC SAU THỦ THUẬT

- Theo dõi ICU: Mạch, HA, SpO₂, lượng đờm, dấu hiệu nhiễm trùng.
- Hút đờm định kỳ (vô khuẩn), thay băng hàng ngày, vệ sinh vùng cổ.
- Kháng sinh dự phòng 5-7 ngày, giảm đau.

-Rút canule khi bệnh nhân tự thở tốt (thường 7-14 ngày), khâu lỗ tự lành hoặc phẫu thuật đóng.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Chảy máu: Cầm máu tại chỗ, truyền máu nếu nặng.

- **Nhiễm trùng:** Kháng sinh, thay canule.
- **Tụ khí dưới da/thiếu oxy:** Theo dõi hô hấp, điều chỉnh canule.
- **Hoại tử da quanh lỗ:** Vệ sinh tốt, thay băng thường xuyên.

VIII. GHI CHÉP HỒ SƠ

- Ghi đầy đủ trình tự phẫu thuật. Các chỉ số sinh tồn, diễn biến trong và sau phẫu thuật. Ký xác nhận của bác sĩ phẫu thuật

TÀI LIỆU THAM KHẢO CHÍNH:

Quyết định 3978/QĐ-BYT ngày 18/10/2012: Ban hành 115 Quy trình kỹ thuật khám, chữa bệnh chuyên ngành Tai Mũi Họng

Quyết định 1904/QĐ-BYT năm 2014: Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Hô hấp – Cấp cứu và Chống độc

QUY TRÌNH KỸ THUẬT THAY ỐNG MỞ KHÍ QUẢN

I. Đại cương

- Thay ống mở khí quản nhằm:
- Giữ đường thở thông thoáng, hút đờm hiệu quả.
- Giảm nguy cơ nhiễm trùng, hoại tử da quanh lỗ.
- Kiểm tra lỗ mở khí quản và tình trạng niêm mạc.

II. Chỉ định

- Định kỳ: 7-14 ngày/lần (canule silicon) hoặc khi có dấu hiệu tắc nghẽn.
- Khẩn cấp: Ống tắc đờm/máu, ống tuột, nhiễm trùng nặng quanh lỗ, hoại tử da.
- Sau phẫu thuật: Kiểm tra và thay ống mới nếu cần.

III. Chống chỉ định (tương đối)

- Lỗ mở khí quản chưa ổn định (dưới 7 ngày đầu sau mổ).
- Nhiễm trùng nặng quanh lỗ (áp xe, hoại tử lan rộng) – cần xử lý trước.
- Bệnh nhân không ổn định huyết động/hô hấp (cần hồi sức trước).

IV. Chuẩn bị

1. **Người bệnh:**

- Giải thích thủ thuật (có thể khó chịu, ho, nôn), ký cam kết đồng ý nếu tỉnh.
- Hút sạch đờm qua ống cũ trước thủ thuật.
- Monitor (mạch, HA, SpO₂, EtCO₂), thở oxy 100% qua mặt nạ nếu cần.

2. **Dụng cụ:**

- Ống canule mới (cùng cỡ hoặc nhỏ hơn 0.5-1mm nếu lỗ hẹp).
- Bộ thay canule: Ống hướng dẫn (obturator), chỉ cố định, bơm cuff (nếu canule cuffed).
- Máy hút đờm, bóng Ambu, bộ đặt nội khí quản dự phòng (trường hợp khẩn).
- Găng tay vô trùng, băng, dung dịch sát khuẩn (betadin 10%), nước muối sinh lý, mỡ kháng sinh.
- Thuốc tê cục bộ (Lidocain gel nếu cần).

3. **Tư thế:** Nằm ngửa, kê gối dưới vai, uốn cổ nhẹ để bộc lộ lỗ mở.

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

5. **Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật.

V. Các bước tiến hành

1. **Hút sạch đờm:** Hút hết đờm/máu qua ống cũ.

2. **Tháo ống cũ:**

- Tháo băng cố định, xả cuff (nếu có).
- Rút ống cũ nhẹ nhàng, theo hướng khí quản (không giật mạnh).

3. **Kiểm tra lỗ mở:** Quan sát lỗ mở khí quản (kích thước, niêm mạc, dấu hiệu nhiễm trùng/hoại tử).

4. **Đặt ống mới:**

- Bôi mỡ kháng sinh lên đầu ống mới.
- Đưa ống mới vào lỗ mở theo hướng khí quản (dùng obturator nếu cần).
- Bơm cuff (nếu canule cuffed) với áp lực 20-25 cmH₂O (kiểm tra bằng áp kế).

5. **Cố định:** Buộc dây cố định quanh cổ, băng vô trùng quanh lỗ.

6. **Kiểm tra:** Kết nối máy thở (nếu cần), nghe phổi, kiểm tra SpO₂, hút đờm thử, chụp X-quang ngực nếu nghi lệch vị trí.

VI. Theo dõi và chăm sóc sau thủ thuật

- Theo dõi ICU: Mạch, HA, SpO₂, lượng đờm, dấu hiệu nhiễm trùng.
- Hút đờm định kỳ (vô khuẩn), thay băng hàng ngày, vệ sinh vùng cổ.
- Kháng sinh nếu có dấu hiệu nhiễm trùng.
- Đánh giá khả năng rút canule khi bệnh nhân tự thở tốt (thường sau 7-14 ngày).

VII. Tai biến và xử trí

- **Không đặt được ống mới:** Dùng ống nhỏ hơn hoặc đặt lại nội khí quản qua miệng.
- **Chảy máu:** Cầm máu tại chỗ, truyền máu nếu nặng.
- **Nhiễm trùng:** Kháng sinh mạnh, thay canule thường xuyên.
- **Tụ khí dưới da:** Theo dõi hô hấp, điều chỉnh canule.

VIII. GHI CHÉP HỒ SƠ

Ghi đầy đủ trình tự phẫu thuật. Các chỉ số sinh tồn, diễn biến trong và sau phẫu thuật. Ký xác nhận của bác sĩ phẫu thuật

TÀI LIỆU THAM KHẢO CHÍNH:

Quyết định 3978/QĐ-BYT ngày 18/10/2012: Ban hành 115 Quy trình kỹ thuật khám, chữa bệnh chuyên ngành Tai Mũi Họng

Quyết định 1904/QĐ-BYT năm 2014: Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Hồi sức – Cấp cứu và Chống độc

QUY TRÌNH KỸ THUẬT CẮT CHỈ SAU PHẪU THUẬT

I. THỜI GIAN CẮT CHỈ PHỔ BIẾN (THEO THỰC HÀNH VIỆT NAM)

- Thời gian phụ thuộc vị trí vết mổ, loại da, tuổi tác, dinh dưỡng, bệnh lý kèm theo (suy dinh dưỡng, tiểu đường kéo dài hơn). Thời gian trung bình:
- Mặt, mí mắt, cổ: 3-5 ngày (da lành nhanh, thẩm mỹ cao).
- Đầu, da đầu: 5-7 ngày.
- Ngực, lưng, bụng: 7-10 ngày.
- Tay (cẳng tay, bàn tay): 10-14 ngày (da căng, chịu lực).
- Chân (cẳng chân, bàn chân): 10-14 ngày (lành chậm hơn do ít máu nuôi).
- Mổ lấy thai (mổ bụng dưới): 5-8 ngày (thường 7 ngày).
- Vết mổ chịu lực lớn (khớp, vùng hoạt động nhiều): 10-14 ngày hoặc lâu hơn.
- Nếu dùng chỉ tự tiêu (vicryl, monocryl...): Không cần cắt, tự tiêu sau 2-8 tuần tùy loại. Nếu dùng chỉ không tiêu (nylon, prolene): Phải cắt theo lịch hẹn.

II. QUY TRÌNH KỸ THUẬT CẮT CHỈ (TIÊU CHUẨN BỆNH VIỆN VIỆT NAM)

Thủ thuật do điều dưỡng hoặc bác sĩ thực hiện, tuân thủ vô khuẩn nghiêm ngặt.

1. Chuẩn bị:

- Giải thích cho bệnh nhân (thủ thuật nhanh, ít đau, có thể hơi giật nhẹ).
- Đánh giá vết mổ: Không sưng đỏ, không mủ, không sốt, lành da tốt (nếu nhiễm trùng → không cắt, điều trị trước).
- Tư thế: Nằm ngửa hoặc ngồi, lộ rõ vết mổ.
- Dụng cụ: Kéo cắt chỉ (pen thẳng/đầu cong), kẹp gấp chỉ, gạc vô trùng, betadin/cồn 70%, nước muối sinh lý, găng tay sạch/vô trùng, khay dụng cụ.
- 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.
- Thời gian thực hiện kỹ thuật: Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật

2. Thực Hiện:

- Rửa tay, đeo găng sạch.
 - Tháo băng cũ (nếu có), sát khuẩn vết mổ (từ trong ra ngoài, từ trên xuống dưới).
 - Cắt từng mối chỉ: Dùng kéo cắt chỉ gần nút, kéo nhẹ đầu chỉ ra (không kéo mạnh gây đau hoặc kéo da).
 - Đặt chỉ cắt lên gạc sạch để kiểm tra đầy đủ (không sót chỉ dưới da).
 - Sát khuẩn lại vết mổ sau cắt.
 - Không cần băng nếu vết mổ khô, lành tốt (có thể để thoáng hoặc băng nhẹ nếu cần).
3. **Kết thúc:** Ghi chép hồ sơ (ngày cắt chỉ, tình trạng vết mổ), hướng dẫn bệnh nhân chăm sóc tại nhà.

III. CHĂM SÓC SAU CẮT CHỈ (HƯỚNG DẪN BỆNH VIỆN VIỆT NAM)

- Giữ vết mổ khô sạch: Lau người bằng khăn ẩm, tránh tắm ngâm 2-3 ngày đầu (tắm nhanh, che vết mổ).
- Không dụi, gãi, cọ xát vết mổ.
- Tránh vận động mạnh, nâng vật nặng (đặc biệt vết mổ bụng, ngực).
- Ăn uống giàu đạm, vitamin C, kẽm (thịt, cá, rau củ, trái cây) để lành nhanh.
- Theo dõi dấu hiệu bất thường: Sưng đỏ, nóng, mủ, sốt, đau tăng → tái khám ngay (có thể nhiễm trùng).
- Tránh nắng trực tiếp (dùng kem chống nắng nếu ra ngoài) để giảm sẹo thâm.
- Tái khám nếu bác sĩ hẹn (kiểm tra sẹo, tháo ghim nếu có).

LƯU Ý QUAN TRỌNG:

- Không tự cắt chỉ tại nhà (dễ nhiễm trùng, sót chỉ, sẹo xấu).
- Nếu vết mổ nhiễm trùng (đỏ, sưng, mủ, sốt): Không cắt chỉ, cần điều trị kháng sinh trước.
- Thời gian lành hoàn toàn sau cắt chỉ: 2-4 tuần (da liền), sẹo mờ dần 6-12 tháng.

IV GHI CHÉP HỒ SƠ

Ghi đầy đủ đủ trình tự phẫu thuật. Các chỉ số sinh tồn, diễn biến trong và sau phẫu thuật. Ký xác nhận của bác sĩ phẫu thuật

TÀI LIỆU THAM KHẢO CHÍNH:

Quyết định 3978/QĐ-BYT năm 2012 (Quy trình kỹ thuật Tai Mũi Họng) và các hướng dẫn Ngoại khoa chung (khung vô khuẩn, chăm sóc vết thương).

QUY TRÌNH KỸ THUẬT THAY BĂNG VẾT MỔ

I. ĐẠI CƯƠNG

- Thay băng vết mổ nhằm:
- Giữ vết mổ khô sạch, ngăn ngừa nhiễm trùng.
- Theo dõi dấu hiệu bất thường (sưng đỏ, mủ, sốt).
- Thúc đẩy lành thương bằng cách loại bỏ dịch tiết, mủ cũ.

II. CHỈ ĐỊNH

- Vết mổ sau phẫu thuật (mổ bụng, mổ lấy thai, mổ khớp, mổ ruột thừa...).
- Vết mổ có dịch tiết, mủ, hoặc băng cũ ướt/bẩn.

-Theo lịch thay băng (thường 1-2 ngày/lần đầu, sau đó 3-5 ngày nếu khô).

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH/CHỐNG CHỈ ĐỊNH TƯƠNG ĐỐI

- Không có chống chỉ định tuyệt đối.

- Thận trọng: Vết mổ đang chảy máu nhiều (cầm máu trước), bệnh nhân dị ứng băng gạc hoặc thuốc sát khuẩn.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

- Giải thích thủ thuật (nhẹ nhàng, có thể hơi đau nếu dính băng).
- Tư thế thoải mái, lộ rõ vết mổ (nằm ngửa hoặc ngồi).

2. Dụng cụ:

- Găng tay vô trùng/sạch, gạc vô trùng, băng keo y tế, băng gạc (khô hoặc có thuốc nếu cần).
- Dung dịch sát khuẩn: Betadin 10%, cồn 70%, nước muối sinh lý 0,9%.
- Khay dụng cụ sạch, túi đựng rác y tế, kéo cắt băng.
- Thuốc bôi (nếu bác sĩ chỉ định): Mỡ kháng sinh (Bactroban), kem chống viêm.

3. 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.

4. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH (KỸ THUẬT VÔ KHUẨN)

1. Rửa tay: Rửa tay sạch, đeo găng tay (vô trùng nếu vết mổ mới, sạch nếu vết mổ cũ khô).

2. Tháo băng cũ:

- Tháo băng keo nhẹ nhàng (kéo theo hướng ngược chiều vết mổ để giảm đau).
- Nếu băng dính chặt: Ngâm nước muối sinh lý hoặc dùng xịt nước muối để làm mềm trước khi tháo.

3. Đánh giá vết mổ:

- Quan sát: Sưng đỏ, nóng, mủ, dịch tiết, mùi hôi, dấu hiệu nhiễm trùng (đỏ lan rộng, sốt).
- Nếu có mủ/dịch nhiều: Hút hoặc lau nhẹ bằng gạc ẩm nước muối.

4. Làm sạch vết mổ:

- Lau từ trong ra ngoài, từ trên xuống dưới bằng gạc tẩm betadin hoặc nước muối sinh lý (không chà mạnh).
- Lau nhiều lần bằng gạc mới mỗi lần.

5. Bôi thuốc (nếu chỉ định): Bôi mỡ kháng sinh hoặc kem chống viêm mỏng lên vết mổ.

6. Thay băng mới:

- Đặt gạc vô trùng khô lên vết mổ (hoặc gạc có thuốc nếu bác sĩ chỉ định).
 - Dán băng keo cố định (không dán chặt quá gây thiếu máu da).
 - Nếu vết mổ lớn: Dùng băng ép nhẹ hoặc băng hút chân không (nếu có).
7. **Kết thúc:** Vứt dụng cụ bẩn vào túi rác y tế, ghi chép hồ sơ (tình trạng vết mổ, lượng dịch, dấu hiệu bất thường).

VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC SAU THỦ THUẬT

- Theo dõi dấu hiệu nhiễm trùng: Sưng đỏ lan, nóng, mủ, sốt $>38^{\circ}\text{C}$, đau tăng $\rightarrow$ tái khám ngay.
- Giữ vết mổ khô: Tránh tắm ngâm 2-3 ngày đầu, tắm nhanh che vết mổ.
- Không tự tháo băng nếu chưa hẹn, tránh cọ xát, nâng vật nặng.
- Ăn uống giàu đạm, vitamin C, kẽm để lành nhanh.
- Tái khám theo lịch (thường 7-10 ngày để cắt chỉ nếu dùng chỉ không tiêu).

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- **Nhiễm trùng vết mổ:** Kháng sinh, thay băng thường xuyên, có thể cần mở dẫn lưu.
- **Đau khi tháo băng:** Ngâm nước muối hoặc dùng xịt trước.
- **Dị ứng băng gạc:** Dùng loại băng khác (không dính, silicone).

VIII. GHI CHÉP HỒ SƠ

Ghi đầy đủ trình tự phẫu thuật. Các chỉ số sinh tồn, diễn biến trong và sau phẫu thuật. Ký xác nhận của bác sĩ phẫu thuật

TÀI LIỆU THAM KHẢO CHÍNH:

Quyết định 3916/QĐ-BYT năm 2017: Hướng dẫn kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện (nguyên tắc vô khuẩn khi thay băng vết thương).

Quyết định 1904/QĐ-BYT năm 2014: Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Hồi sức – Cấp cứu và Chống độc (chăm sóc vết mổ sau phẫu thuật).

QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHÍCH ÁP XE VÙNG ĐÀU CỔ

I. ĐẠI CƯƠNG

Chích áp xe vùng đầu cổ là rạch da/niêm mạc, hút mủ, rửa ổ áp xe và dẫn lưu để loại bỏ nguồn nhiễm trùng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Áp xe vùng đầu cổ (quanh amidan, thành sau họng, cạnh họng, dưới hàm, tuyến mang tai, cổ sâu) với dấu hiệu: sưng đau cổ, sốt cao, khó nuốt, khó thở, trướng họng, hội chứng nhiễm trùng nhiễm độc.
- Áp xe không đáp ứng kháng sinh toàn thân, có dấu hiệu chèn ép đường thở.
- Cấp cứu khẩn nếu khó thở nặng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không tuyệt đối trong cấp cứu.
- Thận trọng: Rối loạn đông máu nặng chưa điều chỉnh, áp xe lan tỏa chưa thành ổ rõ (cần kháng sinh trước), bệnh nhân không ổn định huyết động.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

- o Giải thích thủ thuật (có thể đau, cần gây tê hoặc gây mê), ký cam kết đồng ý.
- o Khám toàn thân: Đánh giá đường thở, huyết áp, sốt, xét nghiệm (công thức máu, đông máu, cấy mủ nếu có).
- o Kháng sinh tĩnh mạch trước thủ thuật (cephalosporin thế hệ 3 + metronidazole).

2. Dụng cụ:

- o Dao mổ số 11/15, kéo, kìm Kocher, banh Farabeuf, ống hút mủ, que dẫn lưu (gạc hoặc ống dẫn lưu).
- o Thuốc tê cục bộ (Lidocain 1-2% + adrenalin) hoặc gây mê toàn thân nếu áp xe sâu/khó thở.
- o Sát khuẩn: Betadin 10%, cồn 70%, nước muối sinh lý ấm.
- o Găng tay vô trùng, sàng, gạc, đèn soi họng/nội soi nếu áp xe họng.

3. Tư thế: Ngồi hoặc nằm ngửa đầu cao (Fowler), đầu ngửa nhẹ để bộc lộ vùng cổ.

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

5. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Gây tê/mê:** Gây tê cục bộ xung quanh ổ áp xe (Lidocain 1-2%) hoặc gây mê nếu áp xe sâu/khó thở.
- Sát trùng:** Sát khuẩn rộng vùng cổ/họng bằng betadin + cồn 70%.
- Rạch áp xe:**
 - o Xác định điểm cao nhất (đỉnh áp xe, da mỏng, dao động).
 - o Rạch da/niêm mạc ngang hoặc dọc theo nếp da tự nhiên (rạch rộng 1-2cm hoặc hình chữ thập để dẫn lưu tốt).
 - o Nếu áp xe họng/amidan: Rạch niêm mạc họng (thường qua đường miệng).
 - o Nếu áp xe cổ sâu: Rạch da cổ, bóc tách cơ, bộc lộ ổ mủ.

4. **Hút và rửa:**

- Hút mủ bằng ống hút, lấy mẫu cấy vi khuẩn.
- Rửa ổ áp xe bằng nước muối sinh lý ấm (lặp lại đến khi sạch).
- Bơm rửa bằng dung dịch sát khuẩn (betadin pha loãng) nếu cần.

5. **Dẫn lưu:**

- Đặt gạc dẫn lưu hoặc ống dẫn lưu (Penrose hoặc ống nhỏ) vào ổ áp xe, cố định ngoài da.
- Khâu da một phần nếu vết rạch rộng (không khâu kín để dẫn lưu).

6. **Kết thúc:** Băng vô trùng, theo dõi hô hấp (có thể cần mở khí quản nếu chèn ép đường thở).

VI. THEO DÕI SAU THỦ THUẬT

- Theo dõi ICU/Hội sức: Mạch, HA, SpO₂, khó thở, sốt, lượng mủ dẫn lưu.
- Kháng sinh toàn thân mạnh (cephalosporin + metronidazole) 7-14 ngày, điều chỉnh theo kháng sinh đồ.
- Thay băng hàng ngày, rửa ổ áp xe, rút dẫn lưu khi mủ giảm (<10-20ml/ngày).
- Chụp CT/MRI nếu nghi lan tỏa hoặc không cải thiện.
- Tái khám sau 7-10 ngày kiểm tra lành vết thương.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- **Chảy máu:** Cầm máu tại chỗ, truyền máu nếu nặng.
- **Nhiễm trùng lan tỏa:** Kháng sinh mạnh, mở rộng dẫn lưu.
- **Khó thở:** Theo dõi đường thở, mở khí quản nếu cần.
- **Tái phát áp xe:** Rửa lại, kiểm tra nguồn nhiễm trùng (răng, amidan...).

VIII. GHI CHÉP HỒ SƠ

Ghi đầy đủ trình tự phẫu thuật. Các chỉ số sinh tồn, diễn biến trong và sau phẫu thuật. Ký xác nhận của bác sĩ phẫu thuật

TÀI LIỆU THAM KHẢO CHÍNH:

Quyết định 3978/QĐ-BYT ngày 18/10/2012: Ban hành 115 Quy trình kỹ thuật khám, chữa bệnh chuyên ngành Tai Mũi Họng, trong đó có các quy trình liên quan chích áp xe quanh amidan, chích áp xe thành sau họng, chích áp xe vùng cổ

QUY TRÌNH KỸ THUẬT KHÂU VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM TRÊN 5 CM

I. ĐẠI CƯƠNG

Khâu vết thương phần mềm >5 cm cần khâu **lốp lốp** (da dưới, da bề mặt) để giảm căng, lành tốt, thẩm mỹ cao, giảm nguy cơ sẹo lồi hoặc rách vết mổ.

II. CHỈ ĐỊNH

- Vết thương phần mềm sạch hoặc bẩn nhẹ, dài >5 cm (cắt, rách, đứt da/mô dưới da).
- Vết thương không sâu đến gân, mạch lớn, thần kinh, xương (nếu có → hội chẩn chuyên khoa).
- Thời gian chấn thương <6-12 giờ (càng sớm càng tốt để giảm nhiễm trùng).

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Vết thương quá bẩn, nhiễm trùng rõ (mủ, hoại tử) → làm sạch, kháng sinh trước, khâu muộn (delayed primary closure).
- Vết thương quá 24 giờ (nguy cơ nhiễm trùng cao) – cân nhắc để hở hoặc khâu thứ phát.
- Rối loạn đông máu nặng chưa điều chỉnh.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

- o Giải thích thủ thuật, ký cam kết đồng ý.
- o Khám: Đánh giá độ sâu, chiều dài, vị trí, dị vật, tổn thương kèm theo (gân, mạch, thần kinh).

2. Dụng cụ:

- o Chỉ khâu: Chỉ tự tiêu (Vicryl 3-0/4-0) cho mô dưới da; chỉ không tiêu (Nylon/Prolene 4-0/5-0) cho da bề mặt (thẩm mỹ).
- o Kim khâu (mũi nhọn hoặc cắt), kéo, kẹp, panh cầm máu, banh Farabeuf.
- o Thuốc tê cục bộ: Lidocain 1-2% + adrenalin (tối đa 4-7mg/kg).
- o Dung dịch sát khuẩn: Betadin 10%, nước muối sinh lý, cồn 70%.
- o Găng tay vô trùng, băng, gạc, kháng sinh dự phòng (cephalosporin nếu vết bẩn).

3. Tư thế: Nằm ngửa hoặc ngồi, lộ rõ vết thương.

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.

5. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Gây tê cục bộ: Tiêm Lidocain xung quanh vết thương (không tiêm trực tiếp vào mô bị tổn thương).

2. Làm sạch vết thương:

- o Rửa mạnh bằng nước muối sinh lý (áp lực cao nếu có máy rửa vết thương).
- o Cắt lọc mô hoại tử, loại bỏ dị vật, rửa lại betadin pha loãng.

3. Khâu lốp lốp:

- **Lớp mô dưới da (nếu sâu):** Chỉ tự tiêu 3-0/4-0, mũi rời hoặc liên tục, khâu khép lớp dưới để giảm căng da.
- **Lớp da bề mặt:** Chỉ không tiêu 4-0/5-0, mũi rời thẩm mỹ (simple interrupted) hoặc subcuticular (chỉ dưới da để sẹo đẹp hơn).
- Khoảng cách mũi khâu: 5-10mm, cách mép da 3-5mm.
- Khâu sát mép, không căng quá để tránh thiếu máu da.
- Nếu vết thương dài (>10cm): Có thể dùng chỉ khâu liên tục cho da nếu sạch.
- 4. **Kiểm tra:** Kéo nhẹ kiểm tra vết khâu không căng, không chảy máu, hình dạng tự nhiên.
- 5. **Băng vết thương:** Băng gạc vô trùng khô, băng ép nhẹ nếu có nguy cơ tụ máu.

VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC SAU THỦ THUẬT

- Theo dõi 1-2 giờ: Không chảy máu, không đau nhiều.
- Kháng sinh uống nếu vết bẩn (cephalosporin 5-7 ngày).
- Thay băng hàng ngày hoặc 2-3 ngày/lần, giữ khô.
- Cắt chỉ da sau 5-14 ngày tùy vị trí (mặt 5-7 ngày, tay/chân 10-14 ngày).
- Hạn chế vận động vùng vết thương, nâng cao chi nếu ở tay/chân.
- Tái khám nếu sưng đỏ, mủ, sốt, đau tăng → dấu hiệu nhiễm trùng.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- **Nhiễm trùng vết mổ:** Kháng sinh, mở dẫn lưu nếu mủ.
- **Sẹo xấu/lồi:** Cắt lọc sẹo sau 6-12 tháng nếu cần.
- **Tụ máu:** Chọc hút hoặc mở lại.
- **Chỉ đứt/rách vết khâu:** Khâu lại nếu sớm, để hở nếu nhiễm trùng.

VIII. GHI CHÉP HỒ SƠ

Ghi đầy đủ trình tự phẫu thuật. Các chỉ số sinh tồn, diễn biến trong và sau phẫu thuật. Ký xác nhận của bác sĩ phẫu thuật

TÀI LIỆU THAM KHẢO CHÍNH:

Quyết định 201/QĐ-BYT ngày 16/01/2014: Ban hành **Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa - Phẫu thuật tiêu hóa và Phẫu thuật nội soi** (khung chung cho xử trí vết thương phần mềm).

Quyết định 3978/QĐ-BYT năm 2012: Quy trình kỹ thuật **Tai Mũi Họng** (có xử trí vết thương vùng đầu cổ, nhưng áp dụng nguyên tắc chung cho phần mềm).

QUY TRÌNH KỸ THUẬT KHÂU VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM TRÊN 5 CM VÙNG ĐẦU, MẶT, CỔ

I. ĐẠI CƯƠNG

Khâu vết thương phần mềm >5 cm vùng đầu mặt cổ cần **khâu lớp lớp** (da dưới da, da bề mặt), ưu tiên **khâu thẩm mỹ** (subcuticular hoặc mũi rời nhỏ) để:

- Giảm căng lực, lành tốt.
- Thẩm mỹ cao (sẹo mảnh, không lộ chân chỉ).
- Bảo tồn chức năng (thần kinh mặt, mí mắt, miệng).

II. CHỈ ĐỊNH

- Vết thương rách, cắt, đứt da/mô mềm vùng đầu mặt cổ dài >5 cm (do tai nạn, dao, thủy tinh...).
- Vết thương sạch hoặc bẩn nhẹ, thời gian chấn thương <6-12 giờ.
- Không tổn thương sâu (mạch lớn, thần kinh mặt, xương mặt – nếu có cần hội chẩn chuyên khoa).

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Vết thương quá bẩn, nhiễm trùng rõ (mủ, hoại tử) → làm sạch, kháng sinh, khâu muộn (delayed primary).
- Vết thương >24 giờ (nguy cơ nhiễm trùng cao).
- Rối loạn đông máu nặng chưa điều chỉnh.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

- o Giải thích kỹ (thẩm mỹ, có thể tê cục bộ), ký cam kết đồng ý.
- o Khám: Đánh giá tổn thương thần kinh mặt, mí mắt, miệng, mạch máu.

2. Dụng cụ:

- o Chỉ khâu: Chỉ tự tiêu Vicryl/Monocryl 5-0/6-0 cho lớp dưới da; chỉ không tiêu Nylon/Prolene 6-0/7-0 cho da bề mặt (thẩm mỹ).
- o Kim khâu nhỏ (mũi nhọn 1/2 vòng), kéo, kẹp, panh cầm máu.
- o Thuốc tê: Lidocain 1-2% + adrenalin (tối đa 7mg/kg).
- o Sát khuẩn: Betadin 10%, nước muối sinh lý, cồn 70%.
- o Găng tay vô trùng, băng, gạc, kháng sinh dự phòng (cephalosporin nếu vết bẩn).

3. Tư thế: Nằm ngửa, đầu cố định, lộ rõ vùng vết thương.

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

5. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. **Gây tê cục bộ:** Tiêm Lidocain xung quanh vết thương (tránh tiêm trực tiếp vào mô tổn thương).
2. **Làm sạch vết thương:**
 - Rửa mạnh bằng nước muối sinh lý (áp lực cao nếu có máy).
 - Cắt lọc mô hoại tử, loại bỏ dị vật, rửa betadin pha loãng.
3. **Khâu lớp lớp (ưu tiên thẩm mỹ):**
 - **Lớp dưới da/mô dưới da** (nếu sâu): Chỉ tự tiêu 5-0/6-0, mũi rời hoặc liên tục, khâu khép lớp dưới để giảm căng da bề mặt.
 - **Lớp da bề mặt:**
 - Ưu tiên **khâu nội bì liên tục** (subcuticular) bằng chỉ không tiêu 6-0/7-0: Chỉ chạy dưới da, không lộ chân chỉ, sẹo đẹp nhất (phổ biến vùng mặt cổ).
 - Hoặc **mũi rời thẩm mỹ** (simple interrupted): Mũi nhỏ, cách 3-5mm, chỉ 6-0/7-0, tránh chồm mép da.
 - Điều chỉnh hướng khâu song song nếp nhăn tự nhiên (Langer's lines) để sẹo mờ.
 - Khâu sát mép da, không căng quá (giảm thiếu máu da).
4. **Kiểm tra:** Kéo nhẹ kiểm tra vết khâu không căng, không chảy máu, hình dạng tự nhiên (không méo miệng, lệch mí).
5. **Băng vết thương:** Băng gạc vô trùng khô, băng ép nhẹ nếu nguy cơ tụ máu.

VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC SAU THỦ THUẬT

- Theo dõi 1-2 giờ: Không chảy máu, không đau nhiều.
- Kháng sinh uống nếu vết bẩn (cephalosporin 5-7 ngày).
- Thay băng hàng ngày hoặc 2-3 ngày/lần, giữ khô.
- Cắt chỉ da sau 3-7 ngày (mặt/mí mắt 3-5 ngày, cổ 5-7 ngày).
- Tránh nắng trực tiếp 3-6 tháng (kem chống nắng SPF 50+), massage sẹo sau 2-4 tuần.
- Tái khám nếu sưng đỏ, mủ, sốt → nhiễm trùng.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- **Nhiễm trùng:** Kháng sinh, mở dẫn lưu nếu mủ.
- **Sẹo xấu/lồi:** Cắt lọc sẹo sau 6-12 tháng.
- **Tụ máu:** Chọc hút hoặc mở lại.
- **Biến dạng:** Khâu lại nếu sớm, tạo hình thẩm mỹ nếu muộn.

VIII. GHI CHÉP HỒ SƠ

Ghi đầy đủ trình tự phẫu thuật. Các chỉ số sinh tồn, diễn biến trong và sau phẫu thuật. Ký xác nhận của bác sĩ phẫu thuật

TÀI LIỆU THAM KHẢO CHÍNH:

Quyết định 3978/QĐ-BYT năm 2012 (Quy trình kỹ thuật Tai Mũi Họng): Xử trí vết thương vùng đầu cổ, nhấn mạnh khâu lớp lớp, thẩm mỹ.

Quyết định 3449/QĐ-BYT năm 2018: Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Phẫu thuật Tạo hình - Thẩm mỹ (bao gồm khâu thẩm mỹ vết thương vùng đầu mặt cổ).

Quyết định 201/QĐ-BYT năm 2014: Hướng dẫn Ngoại khoa (khung xử trí vết thương phần mềm).

QUY TRÌNH KỸ THUẬT RỬA MŨI Ở TRẺ EM

I. ĐẠI CƯƠNG

Rửa mũi giúp làm sạch niêm mạc mũi, tăng độ ẩm, giảm tắc nghẽn, hỗ trợ trẻ thở dễ dàng hơn (đặc biệt trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ dưới 3 tuổi thường thở bằng mũi). Nên dùng **nước muối sinh lý 0,9%** (NaCl 0,9%) hoặc nước muối biển đẳng trương (không dùng nước muối tự pha để tránh nhiễm khuẩn).

II. CHỈ ĐỊNH

- Trẻ bị sổ mũi, nghẹt mũi, chảy nước mũi (do cảm cúm, viêm mũi họng, viêm VA...).
- Trẻ thở khò khè, khó thở qua mũi, ngủ ngáy.
- Phòng ngừa khi thời tiết thay đổi, giao mùa, hoặc trẻ tiếp xúc bụi bẩn.
- Trước khi nhỏ thuốc mũi hoặc dùng máy xông.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH/CHỐNG CHỈ ĐỊNH TƯƠNG ĐỐI

- Trẻ đang khó thở nặng, nghi viêm thanh thiệt hoặc tắc nghẽn đường thở (cần khám cấp cứu).
- Trẻ không hợp tác (quấy khóc nhiều) → có thể cần hỗ trợ tại bệnh viện.
- Không lạm dụng rửa quá nhiều (hàng ngày nếu không bệnh) để tránh khô niêm mạc, teo niêm mạc mũi.

IV. CHUẨN BỊ

1. Trẻ:

- o Đặt trẻ nằm nghiêng hoặc ngửa đầu hơi cao (kê gối mỏng).
- o Giữ trẻ cố định (mẹ ôm hoặc nhờ người hỗ trợ).
- o Rửa tay sạch cho người thực hiện.

2. Dụng cụ:

- o Nước muối sinh lý 0,9% (chai nhỏ giọt hoặc bình xịt chuyên dụng cho trẻ).
- o Bóng hút mũi (hoặc máy hút mũi điện nhẹ lực).
- o Khăn mềm sạch, tăm bông, gạc.
- o Không dùng dây hút miệng (dễ gây tổn thương niêm mạc).

3. Tư thế:

- o Trẻ nằm nghiêng (đầu hơi cao) để dịch chảy ra ngoài dễ dàng, tránh sặc.
- o Trẻ sơ sinh: Nằm ngửa, đầu hơi ngửa.

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

5. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Nhỏ nước muối:

- Nhỏ 2-3 giọt (hoặc xịt nhẹ 1-2 lần) vào mỗi bên mũi (bắt đầu bên dưới để tránh chảy ngược).
- Đợi 1-2 phút để nước muối làm loãng dịch nhầy.

2. Hút dịch:

- Dùng bóng hút mũi: Bóp hết không khí trong bóng, đặt đầu tròn vào lỗ mũi, thả tay để hút dịch (làm nhẹ nhàng, không hút mạnh).
- Lặp lại 2-3 lần mỗi bên.
- Nếu dùng máy hút mũi: Chọn chế độ nhẹ, hút chậm rãi.

3. Lau sạch:

- Lau dịch chảy ra bằng khăn mềm hoặc tấm bông (chỉ lau ngoài lỗ mũi, không ngoáy sâu).
- Day nhẹ hai bên cánh mũi để dịch còn sót chảy ra.

4. Lặp lại bên còn lại: Thực hiện tương tự cho bên kia.

Tần suất khuyến cáo:

- Trẻ bị bệnh (sổ mũi, nghẹt mũi): 2-4 lần/ngày (sáng-tối hoặc theo chỉ định bác sĩ).
- Phòng ngừa: 1-2 lần/ngày khi thời tiết thay đổi.
- Không rửa quá 5 lần/ngày để tránh khô niêm mạc.

VI. THEO DÕI VÀ LƯU Ý QUAN TRỌNG

- Theo dõi: Trẻ có bị sặc, ho, khó thở không → dừng ngay, đưa khám nếu cần.
- Không dùng: Dây hút miệng (dễ tổn thương niêm mạc), nước muối tự pha (không đảm bảo vô trùng).
- Không rửa khi trẻ đang ngủ (dễ sặc).
- Nếu trẻ quấy khóc nhiều, khó thở nặng, sốt cao, hoặc dịch mũi có máu/mủ xanh → đưa đến bệnh viện ngay (có thể viêm tai giữa, viêm xoang, hoặc tắc nghẽn nặng).
- Trẻ sơ sinh dưới 1 tháng: Tham khảo bác sĩ trước khi rửa tại nhà.

VIII. GHI CHÉP HỒ SƠ

Ghi đầy đủ quá trình tự phẫu thuật. Các chỉ số sinh tồn, diễn biến trong và sau phẫu thuật. Ký xác nhận của bác sĩ phẫu thuật

TÀI LIỆU THAM KHẢO CHÍNH:

Bộ Y tế (2012): **Quyết định 3978/QĐ-BYT** – Quy trình Tai Mũi Họng (xử trí vết thương đầu cổ).

Bộ Y tế (2018): **Quyết định 3449/QĐ-BYT** – Phẫu thuật Tạo hình thẩm mỹ (khâu thẩm mỹ vùng đầu mặt cổ).

CHỌC RỬA XOANG HÀM

I. ĐẠI CƯƠNG

Chọc rửa xoang hàm là kỹ thuật dùng một kim lớn (trôca) chọc vào xoang hàm qua khe mũi dưới để chẩn đoán và điều trị.

II. CHỈ ĐỊNH

- Viêm xoang ứ mủ mạn tính hoặc bán cấp, đặc biệt viêm xoang do răng.
- Chọc thăm dò để chẩn đoán.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH (chỉ có tính chất tạm thời)

- Viêm xoang cấp.
- Viêm xoang polyp quá to làm tắc toàn bộ khe giữa.
- Dị dạng xoang.
- Người bệnh có bệnh về máu.
- Người có thai hoặc đang hành kinh.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng hoặc điều dưỡng, kỹ thuật viên chuyên khoa.

2. Phương tiện

- Dụng cụ:
 - + Nguồn sáng (đèn Clar hoặc đèn trán).
 - + 01 soi mũi.
 - + 02 trôca chọc xoang đầu thẳng hoặc đầu cong.
 - + 01 dây cao su nối liền với kim.
 - + 01 bơm tiêm 50 ml.
 - + 02 que bông để gây tê.
 - + 01 khay quả đậu.
 - + 01 khăn nilon và khăn vải.
- Thuốc: xylocain 6 - 10%.

3. Người bệnh

- Người bệnh cần thử máu chảy, máu đông, có khi phải làm công thức máu. Người bệnh được giải thích kỹ trước.
- Người bệnh được ngồi trên ghế tựa, quàng vào người 1 khăn nilon.

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định.

Chụp phim Blondeau.

V. CÁC BƯỚC TIỀN HÀNH

1. Vô cảm

Thuốc tê niêm mạc (xylocain 6%) đặt vào ngách giữa và đặt vào ngách dưới trong 5 phút (đặt cách đầu cuộn dưới về phía sau 2 cm).

2. Kỹ thuật

- Chọc kim theo hướng vừa lên trên, vừa ra ngoài, vừa ra sau vào ngách mũi cách đầu cuộn dưới 0,5 - 1 cm cách sàn mũi 1 cm gần chân cuộn mũi dưới.
- Chọc qua vách mũi xoang, khi kim vào xoang cảm giác rơi vào hốc rộng.
- Rút nòng trong ra.
- Hút thử nếu thấy không khí hoặc mủ là đã vào xoang.
- Bơm rửa xoang bằng nước muối sinh lý.
- Sau khi rửa sạch, bơm thuốc vào xoang.
- Rút troca và đặt bông ép trong 3 phút.
- Có thể chọc lại sau 1-2 ngày.

VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC

- Để người bệnh ngồi nghỉ 10 phút trước khi về.
- Theo dõi chảy máu, sốt.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Sốt: nằm đầu thấp, chống sốt.
- Chảy máu: do đặt kim không đúng làm rách niêm mạc khe dưới. Xử trí nhét bấc vào ngách dưới.
- Nhiễm khuẩn: kháng sinh.
- Không chọc được vào xoang: vì đặt không đúng hướng.
- Chọc kim ra ngoài xoang: điều trị chườm nóng và kháng sinh.
 - Lỗ thông xoang ở khe giữa bị tắc: dùng kỹ thuật chọc 2 kim.

KỸ THUẬT LẤY DỊ VẬT MŨI GÂY TÊ

1. Đại cương Dị vật mũi rất đa dạng:

- Trẻ em nghịch nhét vào mũi: giấy, nút cao su, nhựa, khay áo, hạt cườm, đoạn dây nhựa, dây thép, các hạt hữu cơ. - Ở người lớn: khi làm thủ thuật bỏ sót những mảnh bông, mảnh gạc, trong chiến tranh có thể có mảnh đạn, bom. Trường hợp bệnh lý có sỏi ở mũi.

2. Chỉ định

Khi có dị vật ở trong mũi phải lấy ra.

3. Chống chỉ định

Không có.

4. Chuẩn bị

4.1. Người thực hiện Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

4.2. Phương tiện

- Bộ khám mũi và lấy dị vật mũi
- Bông, bác để có thể phải nhét bắc hoặc merocel.
- Thuốc co mạch, thuốc tê tại chỗ.
- Máy hút.

4.3. Người bệnh Người bệnh hoặc bố mẹ trẻ được giải thích kỹ.

5. Các bước tiến hành

5.1. Tư thế người bệnh

- Người lớn: ngồi trên ghế.
- Trẻ em: phải có người lớn bế ngồi trên ghế.

5.2. Kỹ thuật

- Dị vật mới, dễ lấy: lấy bằng móc kéo từ sau ra trước.
- Dị vật để lâu, khó lấy:
 - + Cố định đầu người bệnh cẩn thận.
 - + Hút sạch mũi, mủ, chất xuất tiết ở hốc mũi.
 - + Đặt vào mũi bắc có thấm thuốc co mạch làm cho hốc mũi rộng ra.
 - + Giỏ 1-2 giọt thuốc tê niêm mạc (xylocain 3%) làm tê tại chỗ.
 - + Banh mũi, dùng móc luồn ra phía sau của dị vật rồi kéo dị vật từ từ ra ngoài.

6. Theo dõi và chăm sóc

- Chảy máu: tùy theo mức độ nặng nhẹ mà quyết định nhét bắc mũi trước hay không.

- Sau khi lấy dị vật xong, nhỏ mũi bằng Argylol 1-3% để sát khuẩn, ngày 2 lần, trong 3 ngày.

- Nếu phải phẫu thuật: chăm sóc như một ca phẫu thuật mũi.

7. Tai biến và xử trí

- Làm xây xát niêm mạc gây chảy máu mũi: cầm máu.

- Trẻ em sợ có thể gây choáng ngất do đau: chống choáng, giảm đau tốt.

KỸ THUẬT NỘI SOI LẤY DỊ VẬT MŨI GÂY TÊ (Về cơ bản giống với lấy dị vật mũi gây tê nhưng được sử dụng bằng máy nội soi)

1. Đại cương Dị vật mũi rất đa dạng:

- Trẻ em nghịch nhét vào mũi: giấy, nút cao su, nhựa, khay áo, hạt cườm, đoạn dây nhựa, dây thép, các hạt hữu cơ.
- Ở người lớn: khi làm thủ thuật bỏ sót những mảnh bông, mảnh gạc, trong chiến tranh có thể có mảnh đạn, bom. Trường hợp bệnh lý có sỏi ở mũi.

2. Chỉ định

Khi có dị vật ở trong mũi phải lấy ra.

3. Chống chỉ định

Không có.

4. Chuẩn bị

4.1. Người thực hiện Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

4.2. Phương tiện - Máy nội soi tai mũi họng

- Bộ lấy dị vật mũi
- Bông, bác để có thể phải nhét bắc hoặc merocel.
- Thuốc co mạch, thuốc tê tại chỗ. - Máy hút.

4.3. Người bệnh Người bệnh hoặc bố mẹ trẻ được giải thích kỹ.

5. Các bước tiến hành

5.1. Tư thế người bệnh

- Người lớn: ngồi trên ghế.
- Trẻ em: phải có người lớn bế ngồi trên ghế.

5.2. Kỹ thuật

- Dị vật mới, dễ lấy: lấy bằng móc kéo từ sau ra trước.
- Dị vật để lâu, khó lấy:
 - + Cố định đầu người bệnh cẩn thận.
 - + Hút sạch mũi, mủ, chất xuất tiết ở hốc mũi.
 - + Đặt vào mũi bắc có thấm thuốc co mạch làm cho hốc mũi rộng ra.
 - + Giỏ 1-2 giọt thuốc tê niêm mạc (xylocain 3%) làm tê tại chỗ.
 - + Tay Trái bác sĩ cầm ống nội soi, tay còn lại dùng móc luồn ra phía sau của dị vật rồi kéo dị vật từ từ ra ngoài.

6. Theo dõi và chăm sóc

- Chảy máu: tùy theo mức độ nặng nhẹ mà quyết định nhét bấc mũi trước hay không.

- Sau khi lấy dị vật xong, nhỏ mũi bằng Argylol 1-3% để sát khuẩn, ngày 2 lần, trong 3 ngày.

- Nếu phải phẫu thuật: chăm sóc như một ca phẫu thuật mũi.

7. Tai biến và xử trí

- Làm xây xát niêm mạc gây chảy máu mũi: cầm máu.

- Trẻ em sợ có thể gây choáng ngất do đau: chống choáng, giảm đau tốt.

KỸ THUẬT CẦM MÁU ĐIỂM MẠCH MŨI BẰNG HÓA CHẤT (Bạc Nitrat)

1. Đại cương

Là thủ thuật dùng bạc nitrat đốt điểm mạch nhằm cầm máu mũi.

2. Chỉ định

Chảy máu điểm mạch mũi.

3. Chống chỉ định

Người bệnh đang cao huyết áp, phải điều trị hạ huyết áp trước.

4. Chuẩn bị

4.1. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.
- Điều dưỡng chuyên khoa trợ giúp.

4.2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ khám tai mũi họng thông thường (nội soi nếu có).
- Merocel tùy theo nhét 1 hay 2 bên mũi: 01 hoặc 02 miếng.
- Xylanh 05 ml: 01 cái dùng 1 lần.
- Nước muối sinh lý: 01 chai.
- Bình phun thuốc tê tại chỗ.
- Ống hút, máy hút.
- Dung dịch bạc nitrat

4.3. Người bệnh

- Được hỏi bệnh, thăm khám toàn thân, nhằm phát hiện các bệnh toàn thân là nguyên nhân gây chảy máu mũi để tiếp tục điều trị sau khi cầm máu.
- Được thăm khám tai, mũi, họng để tìm điểm chảy máu và tình trạng chảy máu.
- Được giải thích về thủ thuật

5. Các bước tiến hành

5.1. Người thực hiện Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi họng.

5.2. Kiểm tra người bệnh Thăm khám toàn thân và tại chỗ, đánh giá số lượng máu chảy và mức độ mất máu.

5.3. Thực hiện kỹ thuật

5.3.1. Vô cảm Gây tê tại chỗ.

5.3.2. Tư thế người bệnh Người bệnh ngồi hoặc nằm ngửa tại giường.

5.3.3. Kỹ thuật - Thăm khám, hút sạch máu mũi, đánh giá sơ bộ vị trí chảy máu.

- Dùng bông tẩm bạc nitrat đốt điểm mạch chảy máu.

- Kiểm tra cửa mũi trước và thành sau họng để kiểm tra chảy máu.

6. Theo dõi

Cho kháng sinh, giảm viêm 5 ngày. Rút merocel trong vòng 48 giờ.

7. Xử trí tai biến

Trường hợp chảy máu tái phát hay không cầm máu được cần được nội soi kiểm tra, cầm máu mũi.

KỸ THUẬT RÚT MECHE, RÚT MEROCEL HÔC MŨI

1. Đại cương

Là kỹ thuật rút meche, merocell ra khỏi hốc mũi sau phẫu thuật nội soi mũi xoang.

2. Chỉ định

Những bệnh nhân sau mổ nội soi mũi xoang được cầm máu cố định bằng đặt meche hoặc merocel trong hốc mũi. Thường rút sau 48-72 h sau mổ.

3. Chống chỉ định

Không có.

4. Chuẩn bị

4.1. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.
- Điều dưỡng chuyên khoa trợ giúp.

4.2. Phương tiện

- Nước muối sinh lý
- Bơm tiêm 10ml
- Khay quả đậu
- Máy hút, ống hút dịch.
- Kẹp khuỷu

4.3. Người bệnh

- Được giải thích và chuẩn bị tâm lý trước khi làm.
- Bệnh nhân nằm trên giường, đầu ngửa .

5. Các bước tiến hành

- Gỡ dây chỉ đầu merocel được dán ở trước cửa mũi
- Bác sĩ dùng bơm tiêm 10 ml hút nước muối sinh lý bơm từ từ vào miếng merocell, nếu có dịch chảy ra ngoài, người phụ dùng ống hút để hút.

- Vừa bơm vừa để ý độ mềm của miếng merocel rồi dùng kẹp khuỷu kéo từ từ ra, chú ý sắc mặt của bệnh nhân. Nếu bệnh nhân đau, chờ miếng merocel mềm mới rút.

- Sau khi rút merocell, điều dưỡng dùng ống hút hút sạch dịch chảy từ mũi, nếu có dịch chảy xuống họng yêu cầu bệnh nhân khạc nhẹ ra khay quả đậu.

6. Theo dõi và chăm sóc

- Sau rút merocel bác sĩ nội soi kiểm tra lại hốc mũi, kiểm tra tình trạng chảy máu

- Hút rửa mũi xoang hàng ngày.

KỸ THUẬT LẤY DỊ VẬT HỌNG MIỆNG

1. Đại cương

Là thủ thuật lấy bỏ dị vật ra khỏi họng miệng.

2. Chỉ định

Các trường hợp dị vật được mắc lại trong họng miệng.

3. Chống chỉ định

- Không có chống chỉ định đặc biệt nào.

- Trường hợp soi bằng ống soi thanh quản hoặc ống soi thực quản cứng, chống chỉ định những trường hợp có bệnh lý cột sống cổ hoặc há miệng hạn chế.

- Cần lưu ý hỏi kỹ tiền sử dị ứng trước khi vô cảm.

4. Chuẩn bị

4.1. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

- Điều dưỡng chuyên khoa trợ giúp.

- Bác sĩ gây mê hồi sức nếu người bệnh gây mê.

4.2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ khám tai, mũi, họng thông thường, có gương soi thanh quản.

- Bộ khám nội soi có que dẫn sáng (optique) 70 hoặc 90 (nếu có).

- Bộ soi thanh quản (hoặc bộ soi thực quản ống cứng 20 cm) kèm ống hút.

- Kìm Frankel hoặc kẹp phẫu tích gấp dị vật hạ họng.

4.3. Người bệnh Được thăm khám và giải thích về quy trình và các tai biến của thủ thuật, kí giấy cam đoan.

4.4. 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).

5. Các bước tiến hành

5.1. Kiểm tra hồ sơ Kiểm tra các bước thăm khám, kết quả xét nghiệm cơ bản, X-quang nếu có.

5.2. Kiểm tra người bệnh Hỏi tiền sử dị ứng và các bệnh toàn thân khác (tim mạch, thận).

5.3. Thực hiện kỹ thuật

5.3.1. Vô cảm Gây tê, tiền mê hoặc gây mê nội khí quản.

5.3.2. 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 thực quản).

5.3.3. Kỹ thuật

* Soi gấp dị vật bằng kìm Frankael

- Người bệnh ngồi. - 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 bệnh 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 kìm gắp dị vật hạ họng.

6. Theo dõi

- Cho kháng sinh, giảm viêm 5 ngày.
- Theo dõi tình trạng tràn khí, nhiễm trùng vùng cổ.

7. Xử trí tai biến.

- 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.

KỸ THUẬT BƠM THUỐC THANH QUẢN

1. Đại cương

Là thủ thuật dùng kim để bơm thuốc vào thanh quản điều trị tại chỗ các bệnh lý ở hạ họng - thanh quản.

2. Chỉ định

- Tổn thương viêm thanh quản.
- Tổn thương hạt xơ nhỏ, nang.. lành tính ở thanh quản.

3. Chống chỉ định

- Bệnh nhân không đồng ý
- Các khối u lớn, ác tính ở vùng thanh quản.
- Bệnh nhân bị dị ứng thuốc : Thuốc tê, kháng sinh..

4. Chuẩn bị

4.1. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.
- Điều dưỡng chuyên khoa trợ giúp.

4.2. Phương tiện

- Máy nội soi tai mũi họng
- Kim bơm thuốc thanh quản
- Bơm tiêm 10ml
- Thuốc tê Xylocain xịt
- Thuốc kháng sinh, corticoid dạng dung dịch.

4.3. Người bệnh Được thăm khám và giải thích về quy trình và các tai biến của thủ thuật, kí giấy cam đoan.

5. Các bước tiến hành

- Bệnh nhân được xịt tê vào họng và hạ họng- thanh quản.
- Dùng kim bơm thuốc thanh quản lắp vào đầu bơm tiêm đã được pha sẵn thuốc điều trị
- Bác sỹ dùng tai trái cầm optic nội soi, tay phải dùng kim bơm thuốc đưa đầu cong của kim vào miệng bệnh nhân Khi đưa đầu kim tiêm tới mặt trong sụn nắp, hướng đầu mũi kim tới thanh môn, bơm nhanh thuốc lên mặt hai dây thanh.

6. Theo dõi

- Theo dõi tình trạng phản vệ của bệnh nhân sau thực hiện thủ thuật.
- Hẹn bệnh nhân làm thủ thuật hàng ngày, tùy tình trạng bệnh để tiên lượng thời gian làm.

KỸ THUẬT KHÍ DUNG MŨI HỌNG

1.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 thấm tách. Hai loại đầu thường được sử dụng rộng rãi trong bệnh viện.

2. 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, ẩm đường thở nước muối sinh lý ...

3. 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.

4.Chuẩn bị

4.1. Người thực hiện Điều dưỡng chăm sóc người bệnh hoặc kỹ thuật viên đã được đào tạo.

4.2. Phương tiện

4.2.1. 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.

4.2.2. 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.

4.3. Bệnh nhân

- Bệnh nhân được giải thích về kỹ thuật sẽ thực hiện. Động viên người bệnh 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.

4.4. Hồ sơ bệnh án Ghi đầy đủ thông tin cá nhân và tình trạng trẻ trước khi dung.

5. Các bước tiến hành

5.1. Kiểm tra hồ sơ, bệnh án Thông tin cá nhân, tình trạng lâm sàng, chỉ định khí dung, thuốc khí dung.

5.2. Kiểm tra người bệnh

5.3. Thực hiện kỹ thuật

5.3.1. 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.S

+ 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.

5.3.2. 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.

6. 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 hãi. Ngừng khí dung, xử trí cấp cứu tùy mức độ diễn biến.

LẤY DỊ VẬT MŨI

I. ĐẠI CƯƠNG

Dị vật mũi rất đa dạng:

- Trẻ em nghịch nhét vào mũi: giấy, nút cao su, nhựa, khay áo, hạt cườm, đoạn dây nhựa, dây thép, các hạt hữu cơ.
- Ở người lớn: khi làm thủ thuật bỏ sót những mảnh bông, mảnh gạc, trong chiến tranh có thể có mảnh đạn, bom. Trường hợp bệnh lý có sỏi ở mũi.

II. CHỈ ĐỊNH

Khi có dị vật ở trong mũi phải lấy ra.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

2. Phương tiện

- Bộ khám mũi và lấy dị vật.
- Bông, bác để có thể phải nhét bắc hoặc merocel.
- Thuốc co mạch, thuốc tê tại chỗ.
- Máy hút.

3. Người bệnh

Người bệnh hoặc bố mẹ trẻ được giải thích kỹ.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế người bệnh

- Người lớn: ngồi trên ghế.
- Trẻ em: phải có người lớn bế ngồi trên ghế.

2. Vô cảm

Trẻ nhỏ không phối hợp được với thầy thuốc để tiến hành thủ thuật thì có thể gây mê ngắn.

3. Kỹ thuật

- Dị vật mới, dễ lấy: lấy bằng móc kéo từ sau ra trước.
- Dị vật để lâu, khó lấy:
 - + Cố định đầu người bệnh cẩn thận.
 - + Hút sạch mũi, mủ, chất xuất tiết ở hốc mũi.
 - + Đặt vào mũi bắc có thấm thuốc co mạch làm cho hốc mũi rộng ra.
 - + Giỏ 1-2 giọt thuốc tê niêm mạc (xylocain 3%) làm tê tại chỗ.
 - + Banh mũi, dùng móc luồn ra phía sau của dị vật rồi kéo dị vật từ từ ra ngoài.
 - + Trong trường hợp khó khăn hoặc dị vật để lâu quá calci hóa, cần phải gây mê rồi lấy dị vật qua nội soi hoặc kính hiển vi.

VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC

- Chảy máu: tùy theo mức độ nặng nhẹ mà quyết định nhét bắc mũi trước hay không.
- Sau khi lấy dị vật xong, nhỏ mũi bằng Argryol 1-3% để sát khuẩn, ngày 2 lần, trong 3 ngày.
- Nếu phải phẫu thuật: chăm sóc như một ca phẫu thuật mũi.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Làm xây xát niêm mạc gây chảy máu mũi: cầm máu.
- Trẻ em sợ có thể gây choáng ngất do đau: chống choáng, giảm đau tốt.

CÀM MÁU MŨI BẰNG MEROCEL

I. ĐẠI CƯƠNG/ĐỊNH NGHĨA

Là thủ thuật đặt merocel vào hốc mũi nhằm cầm máu mũi.

II. CHỈ ĐỊNH

Chảy máu mũi lần đầu, chảy máu mũi trong trường hợp chưa có chỉ định nội soi cầm máu mũi.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh đang cao huyết áp, phải điều trị hạ huyết áp trước, nếu không tự cầm máu mới cầm máu mũi bằng merocel.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.
- Điều dưỡng chuyên khoa trợ giúp.

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ khám tai mũi họng thông thường (nội soi nếu có).
- Merocel tùy theo nhét 1 hay 2 bên mũi: 01 hoặc 02 miếng.
- Xylanh 05 ml: 01 cái dùng 1 lần.
- Nước muối sinh lý: 01 chai.

- Bình phun thuốc tê tại chỗ.
- Ống hút, máy hút.

3. Người bệnh

- Được hỏi bệnh, thăm khám toàn thân, nhằm phát hiện các bệnh toàn thân là nguyên nhân gây chảy máu mũi để tiếp tục điều trị sau khi cầm máu.
- Được thăm khám tai, mũi, họng để tìm điểm chảy máu và tình trạng chảy máu.
- Được giải thích về thủ thuật

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định mẫu của Bộ Y tế.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

2. Kiểm tra người bệnh

Thăm khám toàn thân và tại chỗ, đánh giá số lượng máu chảy và mức độ mất máu.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Vô cảm

Gây tê tại chỗ.

3.2. Tư thế người bệnh

Người bệnh ngồi hoặc nằm ngửa tại giường.

3.3. Kỹ thuật

- Thăm khám, hút sạch máu mũi, đánh giá sơ bộ vị trí chảy máu.
- Dùng merocel đặt vào hốc mũi, hướng tới vị trí chảy máu đánh giá qua thăm khám.
- Bơm nước muối sinh lý để làm phồng merocel.
- Kiểm tra cửa mũi trước và thành sau họng để kiểm tra chảy máu.

VI. THEO DÕI

Cho kháng sinh, giảm viêm 5 ngày. Rút merocel trong vòng 48 giờ.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

Trường hợp chảy máu tái phát hay không cầm máu được bằng merocel cần được nội soi kiểm tra, cầm máu mũi.

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 được mắc lại trong hạ họng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định đặc biệt nào.
- Trường hợp soi bằng ống soi thanh quản hoặc ống soi thực quản cứng, chống chỉ định những trường hợp có bệnh lý cột sống cổ hoặc há miệng hạn chế.
- Cần lưu ý hỏi kỹ tiền sử dị ứng trước khi vô cảm.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.
- Điều dưỡng chuyên khoa trợ giúp.
- Bác sĩ gây mê hồi sức nếu người bệnh gây mê.

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ khám tai, mũi, họng thông thường, có gương soi thanh quản.
- Bộ khám nội soi có que dẫn sáng (optique) 70 hoặc 90 (nếu có).
- Bộ soi thanh quản (hoặc bộ soi thực quản ống cứng 20 cm) kèm ống hút.
- Kim Frankel hoặc kẹp phẫu tích gấp dị vật hạ họng.

3. Người bệnh

Được thăm khám và giải thích về quy 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 thích 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. 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 thực quản).

3.3. Kỹ thuật

3.3.1. Soi gấp dị vật hạ họng bằng kim Frankael

- Người bệnh ngồi.
- Gây tê hạ họng bằng thuốc tê tại chỗ.
- Soi tìm dị vật bằng gương soi thanh quản gián tiếp hoặc nội soi.
- Gấp dị vật bằng kim Frankael.

3.3.2. Soi gấp bằng ống soi thanh quản hoặc ống soi thực quản cứng

- Người bệnh nằm ngửa kê gối dưới vai.
- Gây tê, tiền mê hoặc gây mê.
- Soi tìm dị vật bằng ống soi hạ họng.
- Gấp dị vật bằng kim gấp 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. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- 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.

CHÍCH ÁP XE QUANH AMIDAN

I. ĐẠI CƯƠNG

Chích rạch dẫn lưu mủ khoảng quanh amidan qua đường miệng.

II. CHỈ ĐỊNH

Các áp xe quanh amidan (viêm tấy quanh amidan giai đoạn hình thành mủ).

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Viêm tấy quanh amidan chưa hóa mủ.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

2. Phương tiện

- Đèn Clar, gương trán...
- Đè lưỡi khuỷu.

- Bơm tiêm 5 - 10 ml và kim chọc dò to.
- Dao chích nhọn mũi.
- Kim Lube - Bacbông.
- Máy hút.
- Thuốc: tê niêm mạc, oxy già 12 đơn vị.

3. Người bệnh

- Được giải thích kỹ về thủ thuật.

4. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án chuyên khoa Tai Mũi Họng.
- Xét nghiệm cơ bản: công thức máu, máu chảy, máu đông.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm

Gây tê niêm mạc họng bằng phun dung dịch tê niêm mạc.

2. Tư thế

Người bệnh ngồi, tựa lưng, đầu hơi ngửa, há miệng rộng.

3. Kỹ thuật

- Chọc thăm dò bằng bơm tiêm và kim to: chọc nơi phồng nhất ở trụ trước, sâu khoảng 1 cm.
- Nếu có mủ, dùng dao nhọn chích 1 đường song song với trụ trước, đi qua điểm chọc, dài khoảng 1 cm, sâu 1 cm vào ổ mủ.
- Dùng kim Lube - Bacbông banh rộng mép vết rạch, hút sạch mủ.
- Bơm rửa ổ áp xe bằng dung dịch NaCl 0,9%, oxy già 12 đơn vị hoặc dung dịch sát trùng.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi

- Kháng sinh toàn thân.
- Chống viêm, giảm đau, chống phù nề.
- Làm thuốc hàng ngày: dùng kèm Lube-Bacbông banh rộng vết rạch, rửa ổ áp xe.
- Chỉ định cắt amidan sau 3 - 4 tuần để đề phòng tái phát.

2. Xử trí

- Choáng do đau và quá sợ hãi: giải thích kỹ càng cho người bệnh về thủ thuật, dùng thuốc trợ tim, trợ lực, an thần...
- Chảy máu ít: dùng bông tẩm dung dịch oxy già 12 đơn vị đặt vào vết rạch.

CHÍCH ÁP XE THÀNH SAU HỌNG

I. ĐỊNH NGHĨA

Chích áp xe thành sau họng là chích rạch dẫn lưu ổ mủ thành sau họng, khoảng 1 của Henle. Thường gặp ở trẻ nhỏ dưới 3 tuổi do viêm nhiễm hạch Gilet.

II. CHỈ ĐỊNH

Các áp xe thành sau họng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa I Tai Mũi Họng.

2. Phương tiện

- Nguồn sáng (đèn Clar...).
- Bơm tiêm 10-20 ml và kim to.
- Máy hút.
- Đè lưỡi khuỷu.
- Dao chích nhọn mũi.

3. Người bệnh

Được quần chặt bằng khăn mỏ.

4. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án chuyên khoa Tai - Mũi - Họng.
- Xét nghiệm cơ bản: công thức máu, máu chảy, máu đông.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm

Tùy theo tình trạng người bệnh có thể gây tê hoặc mê.

2. Tư thế

- Người bệnh nằm ngửa trên bàn, đầu thấp, thò ra đầu bàn do một người phụ giữ.

- Phẫu thuật viên đứng bên phải người bệnh (nếu thuận tay phải).

3. Kỹ thuật

- Tay trái đè lưỡi nhẹ nhàng bộc lộ thành sau họng.
- Dùng bơm tiêm chọc dò vào nơi phồng nhất sâu độ 5 mm, hút bớt mủ cho áp xe xẹp lại, người bệnh sẽ dễ thở hơn.
- Dùng dao nhọn chích theo chỗ chọc dò theo chiều trên dưới dài 5 mm.
- Hút sạch mủ.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi

- Ngạt thở, choáng.
- Kháng sinh toàn thân chống viêm, chống phù nề.
- Khám lại họng hàng ngày, nếu cần thiết phải banh rộng vết chích và hút mủ.
- Sau 1 tháng, nên chỉ định nạo V.A.

2. Xử trí

- Đè lưỡi quá thô bạo gây nên ngừng thở đột ngột: bỏ đè lưỡi, hỗ trợ hô hấp cho người bệnh thở lại, sau đó đè lưỡi nhẹ nhàng và chọc hút bớt mủ.

- Khi chích, mủ trào ra nhiều tràn vào đường thở: hút mủ thật nhanh, cầm chân dốc ngược đầu xuống.

NỘI SOI HẠ HỌNG ỐNG CỨNG CHẨN ĐOÁN

1. ĐẠI CƯƠNG

Soi hạ họng là đưa ống soi cứng thanh quản để thăm khám chẩn đoán và làm các thủ thuật.

2. CHỈ ĐỊNH

- Dị vật hạ họng.
- Ho ra máu.
- Bẩm sinh thiết khối u ở hạ họng để chẩn đoán.
- Một số chỉ định khác theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị do Bộ Y Tế ban hành.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh từ chối soi.
- Suy tim nặng, huyết động không ổn định.
- Lao phổi đang tiến triển.
- Khối u ở thanh quản che lấp thanh quản gây khó thở thanh quản từ độ II trở lên.

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa cấp I Tai Mũi Họng có kinh nghiệm nội hô hấp.

5.2. Thuốc:

- Thuốc gây tê vùng họng: xylocaine 2% hoặc lidocaine 10%

5.3. Vật tư:

- Kẹp sinh thiết, kìm Frankael, cồn betadine, bông băng gạc,

5.4. Trang thiết bị:

- Nguồn sáng, camera, Optic 70 độ

5.5. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, cuộc bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.....

5.6. Hồ sơ bệnh án:

- Theo quy định của Bộ Y Tế

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật :

- Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

- Phòng thủ thuật khoa TMH

5.9. Kiểm tra hồ sơ

- Kiểm tra tên, tuổi bệnh nhân với phiếu chỉ định, hồ sơ bệnh án
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật
- Chuẩn bị ghế ngồi cho bệnh nhân
- Đặt tư thế bệnh nhân : Người bệnh ngồi, đầu hơi ngửa ra sau

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH

6.1. Sát khuẩn

6.2. Vô cảm: Xịt tê tại chỗ đối với bệnh nhân kích thích.

6.3. Bước 1: Bệnh nhân tự kéo lưỡi, kêu ơ hơi dài

6.4. Bước 2: Đưa ống soi vào hạ họng, đánh giá tổn thương.

6.5. Bước 3: Nếu thấy dị vật dùng kẹp gấp ra (chọn loại kẹp phù hợp với tính chất dị vật). Nếu thấy u dùng kẹp sinh thiết, sinh thiết 1 mảnh u.

6.6. Bước 4: Rút máy và tẩy uế, khử khuẩn máy soi theo đúng quy định

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 trong khi thực hiện kỹ thuật

- Dị ứng các thuốc gây tê tại chỗ: xử trí theo quy trình chống dị ứng và sốc phản vệ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2012). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành. Quyết định số 3978/QĐ-BYT ngày 18/10/2012

NỘI SOI HẠ HỌNG ỐNG CỨNG LẤY DỊ VẬT

1. ĐẠI CƯƠNG

Là thủ thuật lấy bỏ dị vật ra khỏi hạ hống.

2. CHỈ ĐỊNH

- Dị vật hạ hống.
- Một số chỉ định khác theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị do Bộ Y Tế ban hành.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh từ chối soi.
- Suy tim nặng, huyết động không ổn định.
- Lao phổi đang tiến triển.
- Khối u ở thanh quản che lấp thanh quản gây khó thở thanh quản từ độ II trở lên.

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa cấp I Tai Mũi Họng có kinh nghiệm nội hô hấp.

5.2. Thuốc:

- Thuốc gây tê vùng họng: xylocaine 2% hoặc lidocaine 10%

5.3. Vật tư:

- Kim Frankael, cồn betadine, bông băng gạc,

5.4. Trang thiết bị:

- Nguồn sáng, camera, Optic 70 độ

5.5. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, cuộc bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.....

5.6. Hồ sơ bệnh án:

- Theo quy định của Bộ Y Tế

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật :

- Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

- Phòng thủ thuật khoa TMH

5.9. Kiểm tra hồ sơ

- Kiểm tra tên, tuổi bệnh nhân với phiếu chỉ định, hồ sơ bệnh án
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật
- Chuẩn bị ghế ngồi cho bệnh nhân
- Đặt tư thế bệnh nhân : Người bệnh ngồi, đầu hơi ngửa ra sau

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH

6.1. Sát khuẩn

6.2. Vô cảm: Xịt tê tại chỗ đối với bệnh nhân kích thích.

6.3. Bước 1: Bệnh nhân tự kéo lưỡi, kêu ơ hơi dài

6.4. Bước 2: Đưa ống soi vào hạ họng, đánh giá tổn thương, tìm dị vật.

6.5. Bước 3: Nếu thấy dị vật dùng kẹp gấp ra

6.6. Bước 4: Rút máy và tẩy uế, khử khuẩn máy soi theo đúng quy định

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 trong khi thực hiện kỹ thuật

- Dị ứng các thuốc gây tê tại chỗ: xử trí theo quy trình chống dị ứng và sốc phản vệ.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật:

- 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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2012). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành. Quyết định số 3978/QĐ-BYT ngày 18/10/2012

PHƯƠNG PHÁP HÚT RỬA RỬA MŨI XOANG THEO PHƯƠNG PHÁP PROETZ

I. ĐẠI CƯƠNG

Phương pháp Proetz còn được gọi là phương pháp đổi thể giúp cho điều trị xoang sau (xoang sàng và xoang bướm).

II. CHỈ ĐỊNH

Hút rửa và đưa thuốc vào xoang sau khi lỗ thông xoang bít tắc không hoàn toàn.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Khi viêm xoang có biến chứng (đau đầu, nhìn mờ, sưng tấy quanh ổ mắt).

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ hay Điều dưỡng học định hướng Tai Mũi Họng.

2. Phương tiện

- Dụng cụ:

+ Kẹp khuỷu

+ 2 bơm tiêm (5 ml để lấy thuốc, và bơm tiêm 10 ml để lấy nước muối sinh lý)

+ Máy hút

+ Ampu

- Thuốc: thuốc co mạch (oxymetazolin hay naphazolin).

3. Người bệnh

Được nghe giải thích kỹ về thủ thuật để an tâm và hợp tác.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Đặt thuốc co mạch vào hai hốc mũi để làm thông mũi.

- Tư thế: người bệnh nằm đầu ngửa tối đa.

- Cách làm: dùng máy hút đầu ống hút có lắp ampu vừa khít lỗ mũi. Bịt chặt hốc mũi một bên, bảo người bệnh kêu kê kê kê để buồm hàm đẩy kín đường

xuống họng, bơm dung dịch nước muối đẳng trương và hút mũi để lấy dung dịch rửa và dịch xuất tiết. Sau đó bơm khoảng 1 ml thuốc vào, làm như trên. Kết thúc người bệnh nằm tư thế trên để giữ thuốc khoảng vài phút mới đứng dậy để cho thuốc không chảy xuống họng,

Làm vài lần như vậy có thể rửa và dẫn lưu xoang.

NỘI SOI THANHQUẢN, CHẨN ĐOÁN VÀ LẤY DỊ VẬT

I. ĐẠI CƯƠNG

Soi thanh quản là đưa ống soi cứng hoặc mềm vào thanh quản để thăm khám chẩn đoán và làm các thủ thuật.

II. CHỈ ĐỊNH

- Dị vật đường thở.
- Ho ra máu.
- Dẫn phế quản.
- Cắt hạt xơ, polyp dây thanh âm.
- Bấm sinh thiết khối u ở thanh quản để chẩn đoán.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh từ chối soi.
- Suy tim nặng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa cấp I Tai Mũi Họng

2. Phương tiện

Máy soi phế quản cứng máy hút, oxy, thuốc gây tê tại chỗ, kẹp sinh thiết, kẹp gấp dị vật.

3. Người bệnh

- Khám toàn thân.
- Giải thích trước soi và ký giấy cam đoan thực hiện kỹ thuật.

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Có thể gây mê hoặc gây tê.
- Đưa ống soi vào thanh quản.
- Nếu thấy dị vật dùng kẹp gấp ra (chọn loại kẹp phù hợp với tính chất dị vật).
- Nếu thấy u dùng kẹp sinh thiết, sinh thiết 1 mảnh u.

VI. THEO DÕI

- Trong khi soi: mạch, huyết áp, nhịp thở, theo dõi sắc da và niêm mạc.
- Sau khi soi: khó thở, mạch, nhiệt độ, huyết áp.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Trong khi soi

- Dị ứng các thuốc gây tê tại chỗ: xử trí theo quy trình chống dị ứng và sốc phản vệ.
- Phản xạ co thắt thanh quản: dự phòng bằng gây tê thật tốt thanh khí quản. Khi bắt đầu dấu hiệu co thắt ngừng ngay các thủ thuật, cho người bệnh thở oxy, khi có co thắt tiêm thuốc giãn cơ, đặt nội khí quản, hô hấp hỗ trợ.
- Phản xạ ngừng tim đột ngột.

- Chảy máu: cầm máu tại chỗ

2. Sau khi soi

- Khó thở thanh quản do sang chấn phù nề thanh quản: cho thuốc chống phù nề, thở oxy, nếu cần mở khí quản.
- Sốt cao, da xanh tái: đề phòng sau soi nhỏ mũi bằng adrenalin 0,1%, theo dõi nhiệt độ 30 phút 1 lần, cho hạ nhiệt độ, thở oxy, an thần, hồi sức, nếu cần đặt nội khí quản và thở máy.

KỸ THUẬT KHÁM NỘI SOI TAI- MŨI- HỌNG

1. Đại cương

Nội soi tai mũi họng là một kỹ thuật thăm khám sử dụng ống nội soi chuyên dụng đưa ánh sáng vào các góc ngách của vùng tai mũi họng giúp bác sĩ quan sát trực tiếp và rõ nét hơn bên trong các cơ quan này. Nội soi có thể được ghi hình lại để tiện theo dõi bệnh về sau. Ống nội soi có đầu vát từ 0-75o sẽ thu hình ảnh nhiều góc khác nhau trong xoang mũi, họng, tai. Nhờ vậy mà bác sĩ sẽ quan sát được tất cả những vùng cần chẩn đoán. Nội soi Tai mũi họng là một điểm sáng trong việc điều trị bệnh về tai mũi họng. Nội soi giúp chẩn đoán sớm và chính xác các bệnh lý về Tai mũi họng.

2. Chỉ định

Các trường hợp bệnh nhân có biểu hiện khó chịu ở Tai, mũi, họng.

- Tai: Đau tai, ù tai, nghe kém, chảy mủ tai...
- Mũi: Ngạt mũi, chảy mũi, chảy máu mũi..
- Họng- thanh quản : Đau họng, ho, khàn tiếng...

3. Quy trình nội soi Tai mũi họng

3.1. Thao tác của điều dưỡng Mang găng tay, khẩu trang y tế.

• Lấy nhẹ nhàng ống nội soi sau khi đã sát khuẩn theo quy trình xử lý nghiêm ngặt.

• Trao ống nội soi đã chuẩn bị sẵn cho bác sĩ.
• Cùng bác sĩ theo dõi tình trạng của người bệnh trong suốt quá trình nội soi.
• Chụp hình và lưu hình, đánh máy kết quả vào máy tính. Hỗ trợ bác sĩ thực hiện

• các thủ thuật điều trị (nếu có).

3.2 Thao tác của bác sỹ Giải thích, dặn dò người bệnh.

• Mang găng tay, khẩu trang y tế.

* Nội soi tai: Người bệnh ngồi thẳng. Bác sĩ đưa ống nội soi theo tư thế thẳng theo trục ống tai ngoài, quan sát ống tai ngoài, màng nhĩ, cán búa.

** Nội soi mũi: Người bệnh ngồi hơi ngả đầu ra phía sau một góc 15o .

Bước 1: Bác sĩ đặt vào mũi bệnh nhân một đoạn ngắn bông gòn có tẩm thuốc co mạch và thuốc tê. Sau 5 phút, bông gòn sẽ được lấy ra và tiến hành nội soi được thực hiện.

Bước 2: Bác sĩ đưa ống nội soi vào mũi sát sàn mũi từ trước ra sau, quan sát vòm họng, lỗ vòi nhĩ, hố Rosenmuller hai bên.

Bước 3: Bác sĩ đưa ống nội soi hướng lên phía ngách sàng bướm để quan sát khe bên và lỗ xoang bướm.

Bước 4: Bác sĩ đưa ống soi vào phần sau khe mũi giữa – bắt đầu quan sát khe mũi giữa (theo hướng từ sau ra trước), các cấu trúc bóng sàng, khe bán nguyệt, mỏm

móc, lỗ phụ xoang hàm (nếu có). Nếu có chỉ định, bác sĩ sẽ thực hiện các thủ thuật làm sạch bệnh tích, hút sạch chất nhầy, máu đọng, bấm sinh thiết. Trong quá trình nội soi, bệnh nhân sẽ không có cảm giác đau bởi hốc mũi bệnh nhân đã được thuốc co mạch làm cho nở rộng ra nên việc soi rất dễ dàng. Bệnh nhân sẽ không thấy đau bởi thuốc tê đã làm mất cảm giác của niêm mạc mũi.

***Nội soi họng – thanh quản: Người bệnh ngồi thẳng. Bác sĩ cầm ống soi nhẹ nhàng

đưa vào họng trên bề mặt lưỡi theo hướng từ ngoài vào trong: lần lượt quan sát bề mặt lưỡi, lưỡi gà, eo họng, hai amidan, đáy lưỡi thanh nhiệt, xoang lê hai bên, thanh môn, sụn phễu và dây thanh.

4. Tai biến và xử trí

4.1. Tai biến Xây xước nhẹ, chảy máu hoặc thủng màng nhĩ đối với những trường hợp bệnh nhân không hợp tác, đặc biệt là trẻ nhỏ.

4.2. Xử trí - Đối với người lớn, khi chuẩn bị nội soi cũng cần phải có lưu ý và tuyệt đối tuân thủ chỉ dẫn của bác sĩ. - Đối với trẻ nhỏ, đặc biệt là trẻ dưới 5 tuổi, càng cần phải có sự phối hợp và hợp tác giữa người nhà của trẻ (bố, mẹ, ông bà... những người đưa trẻ đến cơ sở y tế). Bố mẹ hoặc người nhà đi cùng em bé, cần giải thích đầy đủ và rõ ràng để các em chuẩn bị tâm lý và hợp tác hơn trong quá trình thực hiện nội soi.

5. Tài liệu tham khảo

Quyết định số 3978/QĐ-BYT ngày 18 tháng 10 năm 2012 của Bộ trưởng Bộ Y tế

196. QUY TRÌNH KỸ THUẬT NẸP CỐ ĐỊNH TẠM THỜI GỠY XƯƠNG HÀM MẶT BẰNG CHỈ THÉP (KỸ THUẬT BUỘC CỐ ĐỊNH LIÊN HÀM – MMF)

1. ĐẠI CƯƠNG

Buộc cố định liên hàm (Mandibulomaxillary Fixation - MMF) là kỹ thuật sử dụng cung thép (arch bar) và chỉ thép để cố định tạm thời hàm trên và hàm dưới vào với nhau. Nguyên lý dựa trên việc bất động khớp cắn, qua đó ổn định các đoạn xương gãy vùng hàm mặt có liên quan đến cung răng. Kỹ thuật này được coi là "tiêu chuẩn vàng" trong cố định tạm thời và hỗ trợ điều chỉnh khớp cắn.

2. CHỈ ĐỊNH

- Ổn định tạm thời các ổ gãy xương hàm (trên/dưới) trong tình huống cấp cứu.
- Hỗ trợ điều chỉnh và duy trì khớp cắn trước và trong phẫu thuật kết hợp xương vùng hàm mặt.
- Áp dụng cho người bệnh còn đủ răng trên cung hàm để cố định.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh rối loạn tâm thần, lơ mơ, không hợp tác.
- Tình trạng vệ sinh răng miệng kém.
- Bệnh nha chu nặng khiến răng lung lay nhiều.
- Người bệnh tổng trạng kém, đang cần hồi sức tích cực.
- Người bệnh có nguy cơ cao bị hít sặc hoặc suy hô hấp.

4. THẬN TRỌNG

- Cần đánh giá kỹ tình trạng răng miệng và bệnh nha chu trước khi thực hiện.
- Đảm bảo thao tác nhẹ nhàng, tránh làm tổn thương nướu và niêm mạc miệng khi luồn chỉ thép.
- Kiểm tra khớp cắn kỹ lưỡng trước khi cố định chặt.
- Theo dõi sát đường thở của người bệnh sau khi cố định.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Nhân lực trực tiếp:* Bác sĩ chuyên khoa Răng Hàm Mặt hoặc Phẫu thuật Hàm Mặt.
- Nhân lực hỗ trợ:* Điều dưỡng phụ thủ thuật.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê tại chỗ (Lidocaine 2% có hoặc không có epinephrine).
- Dung dịch sát khuẩn niêm mạc miệng (Povidone iodine, Chlorhexidine).

5.3. Vật tư

- Cung thép (Arch bar) phù hợp với kích thước cung răng.

- Chỉ thép đường kính 0.4 mm.
- Dây thun liên hàm (nếu dùng để cố định dàn hồi).
- Kèm cắt chỉ, kẹp mang kim, kèm xoắn.

5.4. Trang thiết bị

- Bộ dụng cụ Răng Hàm Mặt cơ bản.
- Ghế điều trị, đèn soi trong miệng.

5.5. Người bệnh

- Được giải thích rõ về mục đích, quy trình, cảm giác khó chịu và chế độ ăn uống lỏng trong thời gian cố định.
- Ký cam đoan thủ thuật.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: "Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật."

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại phòng thủ thuật Răng Hàm Mặt.

5.9. Kiểm tra hồ sơ

- Kiểm tra người bệnh:* Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán gãy xương, đúng chỉ định.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật/thủ thuật.*
- Đặt tư thế BN:* Ngồi hoặc nằm trên ghế điều trị, miệng mở vừa phải.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Gây tê và vệ sinh

- Gây tê tại chỗ vùng răng cần thao tác.
- Vệ sinh sạch sẽ miệng bằng dung dịch sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Điều chỉnh và thử cung thép

- Uốn chỉnh cung thép (arch bar) ôm sát vào cổ răng từ răng nanh đến răng cối lớn, đảm bảo không cắn vào lưỡi.
- Đặt thử cung thép lên cả hai hàm để kiểm tra sự phù hợp và các móc câu thẳng hàng.

6.3. Bước 3: Cố định cung thép vào răng

- Dùng chỉ thép (0.4mm) luồn qua kẽ răng (thường giữa răng cối nhỏ và răng cối lớn) để buộc cố định cung thép vào từng răng trên mỗi cung hàm.
- Xoắn chặt đầu chỉ và ép sát vào mặt trong cung thép, cắt bỏ phần thừa và gấp đầu xoắn vào trong để tránh tổn thương môi, má.

6.4. Bước 4: Cố định liên hàm

- Sau khi cung thép đã được gắn chắc vào cả hai hàm, đưa hàm dưới về khớp cắn đúng.
- Dùng chỉ thép hoặc dây thun buộc chặt các móc câu của hàm trên và hàm dưới với nhau để cố định hai hàm.

6.5. Bước cuối cùng: Kết thúc quy trình

- Kiểm tra lại độ chắc chắn và sự thoải mái của người bệnh.
- Hướng dẫn người bệnh cách vệ sinh, chế độ ăn lỏng và dặn dò các dấu hiệu cần tái khám ngay.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong/sau khi thực hiện

- *Chảy máu kẽ răng:* Cầm máu tại chỗ bằng ép gạc.
- *Đau nhiều:* Kiểm tra xem có đầu chỉ thép nào quá dài cần vào niêm mạc không, chỉnh sửa và cho thuốc giảm đau.
- *Sặc, khó thở:* Cắt bỏ ngay các dây buộc liên hàm, đặt người bệnh ở tư thế an toàn và xử trí hô hấp theo phác đồ.
- *Hỏng, tuột cung thép:* Tháo ra và gắn lại.

7.2. Biến chứng muộn

- *Sâu răng, viêm nướu:* Do vệ sinh răng miệng khó khăn. Cần hướng dẫn vệ sinh kỹ, súc miệng nước muối hoặc dung dịch sát khuẩn.
- *Cứng khớp thái dương hàm:* Tập vật lý trị liệu há ngậm miệng sau khi tháo cố định.
- *Sai khớp cắn:* Cần đánh giá lại và có kế hoạch chỉnh hình nếu cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2018). *Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Phẫu thuật Tạo hình - Thẩm mỹ*. Quyết định số 3449/QĐ-BYT ngày 07/6/2018 (được áp dụng làm khuôn khổ chung).
2. Tài liệu giảng dạy chuyên môn về kỹ thuật Buộc cố định liên hàm (MMF).

197. 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. Vật tư

- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Chỉ phẫu thuật các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Trang thiết bị

- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.

- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.5. 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

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 45 phút đến 1 giờ 15 phút.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng.

5.9. 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

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:** Chỉnh sửa và làm nhẵn bề mặt composite.

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, SpO2.v.v.).

+Tại chỗ: không chảy máu, mô mềm được khôi phục theo giải phẫu.

- Dẫn 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.

TÀI	LIỆU	THAM	KHẢO
Bộ Y tế (2025). “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Răng Hàm Mặt . Quyết định 3634/QĐ-BYT ngày 25/1/2025 của Bộ Y tế.			

198. PHẪU THUẬT CẮT U LƯỠI

1. ĐẠI CƯƠNG

Lưỡi là một cơ quan vị giác có cơ bắp nằm trong khoang miệng, được bao phủ bởi nhiều mô ẩm màu hồng được gọi là niêm mạc. Lưỡi là bộ phận rất quan trọng để nhai và nuốt thức ăn. U lưỡi là một khối nằm trong hoặc trên bề mặt lưỡi được tạo thành từ các tế bào khác với các tế bào thường được tìm thấy ở vị trí đó. Khối u có thể là lành tính hoặc ác tính. Phẫu thuật cắt u lưỡi là kỹ thuật lấy bỏ một phần hoặc toàn bộ khối u lưỡi để điều trị bệnh và làm giải phẫu bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

U lành tính hoặc ác tính của lưỡi.

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:

- Suy gan, suy thận, suy kiệt mức độ nặng, sốt.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng

4.2 Tại chỗ:

- Có nguy cơ chảy máu.
- 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. Vật tư

- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Kim, chỉ khâu các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn..

5.4. Trang thiết bị

- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.

- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.5. 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.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Theo thời gian thực tế.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật hoặc trên ghế răng.

5.9. Kiểm tra hồ sơ

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, thủ thuật

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản hoặc gây tê tại chỗ.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2. Bộc lộ u lưỡi và cắt u bằng đường rạch tại chỗ.

6.3. Bước 3: Cầm máu.

6.4. Bước 4: Khâu đóng phần mềm theo giải phẫu.

6.5. Bước 5: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:
- + Toàn thân: các dấu hiệu sinh tồn trở về bình thường.
- + Tại chỗ: tổn thương được cắt bỏ toàn bộ hoặc một phần và không chảy máu.
- Dẫn dò người bệnh.
- Hẹn tái khám, cắt chỉ nếu cần.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- 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.
- Chảy máu: cầm máu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Tụ máu: lấy máu tụ.
- Phù nề sàn miệng gây khó thở: đặt nội khí quản, chống phù nề.

7.3. Biến chứng muộn

- Nhiễm trùng: kháng sinh, rạch dẫn lưu tại chỗ.v.v.

- Liệt thần kinh lưỡi: theo dõi hồi phục, nối thần kinh nếu đứt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO
Bộ Y tế (2025). “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Răng Hàm Mặt . Quyết định 3634/QĐ-BYT ngày 25/1/2025 của Bộ Y tế.

199. PHẪU THUẬT LẤY DỊ VẬT VÙNG HÀM MẶT

1. ĐẠI CƯƠNG

Dị vật xuất hiện ở vùng hàm mặt có thể là sỏi, đá, mảnh kính, sắt, gỗ hay đạn bắn do bị chấn thương sau tai nạn giao thông, tai nạn sinh hoạt hay tai nạn lao động. Dị vật sẽ làm nhiễm trùng vết thương ở vùng hàm mặt, làm cho vết thương khó lành. Phẫu thuật lấy dị vật ra giúp vết thương có thể lành thương tốt, phục hồi chức năng và thẩm mỹ vùng hàm mặt.

2. CHỈ ĐỊNH

Dị vật vùng hàm mặt do tai nạn giao thông, sinh hoạt, lao động.

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, hệ mạch cảnh, dây thần kinh V, VII, ổ mắt.v.v..

- Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặ

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. Vật tư

- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Chỉ phẫu thuật các loại.

5.4. Trang thiết bị

- Bộ dụng cụ phẫu thuật xương.
- Bộ dụng cụ vi phẫu.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Lưỡi cưa, tay khoan, mũi khoan các loại.

- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Máy cưa xương, máy khoan xương.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.5. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 45 phút đến 1 giờ 15 phút.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.9. Kiểm tra hồ sơ

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, thủ thuật

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2. Thiết kế đường rạch: rạch da hoặc niêm mạc vùng xác định có dị vật.

6.3. Bước 3: Sử dụng dụng dịch chứa chất co mạch để cầm máu.

6.4. Bước 4: Rạch và tạo vạt.

6.5. Bước 5: Dùng dụng cụ thích hợp tách bóc mô đến vị trí dị vật và lấy dị vật, dị vật có thể nằm trong xương, mô mềm.

6.6. Bước 6: Cắt lọc tổ chức viêm, mủn, mảnh vụn... lấy bỏ máu tụ kèm theo (nếu có).

6.7. Bước 7: Đặt dẫn lưu nếu cần.

6.8. Bước 8: Khâu đóng vết mổ theo các lớp giải phẫu.

6.9. Bước 9: 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, SpO2.v.v.).

+ Tại chỗ: không chảy máu, không còn dị vật.

- Dẫn 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

- Viêm xương, xương chết: nạo viêm, lấy xương chết.
- Viêm phần mềm vùng hàm mặt, hoặc các cấu trúc giải phẫu lân cận: dẫn lưu nếu cần thiết
- Bục vết mổ: dẫn lưu dịch viêm + khâu phục hồi thì sau.
- Để lại các vết nhiễm sắc màu trên da: phẫu thuật cắt lọc.

TÀI	LIỆU	THAM	KHẢO
Bộ Y tế (2025). “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Răng Hàm Mặt . Quyết định 3634/QĐ-BYT ngày 25/1/2025 của Bộ Y tế.			

200. 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. Vật tư

- Bơm, kim tiêm tê, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Trang thiết bị

- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.5. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 15 phút đến 45 phút.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.9. 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

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 quần gạc lên trên mặt nhai các răng hàm, hàm dưới, các ngón tay còn lại giữ chặt góc hàm và bờ dưới cạnh ngang.

- Dùng sức ấn mạnh hai ngón tay cái lên mặt răng hạ lõm cầu xuống thấp, sau đó đẩy hàm ra sau để đưa lõm cầu về đúng vị trí trong khớp thái dương.

6.3. Bước 3: Nắn từng bên một:

- Dùng cả hai ngón tay cái quần gạc đặt lên mặt nhai răng hàm một bên. Các ngón tay còn lại giữ chặt bờ dưới cạnh ngang.

- Dùng sức ấn mạnh hai ngón tay cái lên mặt răng hạ lõm cầu xuống thấp, sau đó đẩy hàm ra sau để đưa lõm 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, lõm cầu sẽ trở về vị trí cũ dễ dàng.

6.4. Bước 4: Kiểm tra khớp cắn và cố định hàm:

Dùng băng cầm – đinh để cố định hàm dưới hoặc bắt vít neo chặn. - Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

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, SpO2.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.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Tuột băng cầm đinh, 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. Biện chứng muộn: Tái trật khớp: điều trị phẫu thuật

TÀI	LIỆU	THAM	KHẢO

Bộ Y tế (2025). “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Răng Hàm Mặt . Quyết định 3634/QĐ-BYT ngày 25/1/2025 của Bộ Y tế.

201. PHẪU THUẬT DẪN LƯU ÁP XE VÙNG HÀM MẶT

1. ĐẠI CƯƠNG

Áp xe là tình trạng chỉ chung cho các nhiễm trùng sung viêm nặng xảy ra ở bất cứ bộ phận nào, tác nhân gây bệnh là vi khuẩn. Dẫn lưu áp xe vùng hàm mặt là kỹ thuật phẫu thuật tạo đường vào ổ áp xe vùng hàm mặt để giải phóng dịch mủ.

2. CHỈ ĐỊNH

Áp xe 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 bệnh tiểu đường, suy giảm miễn dịch, người bệnh có khối ác tính vùng hàm mặt, bệnh mạn tính giai đoạn cuối.

- Người bệnh có áp xe trung thất, cần ưu tiên điều trị dẫn lưu áp xe trung thất trước.

4.2 Tại chỗ: 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. Vật tư

- . - Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Kim, chỉ khâu các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Trang thiết bị

- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.5. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 1 giờ đến 2 giờ.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật, trên ghế răng hoặc phòng thủ thuật.

5.9. 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

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê hoặc gây tê.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn

6.2. Bước 2. Rửa da, niêm mạc theo các đường rửa sử dụng cho giải phẫu định khu vực hàm mặt tương ứng với ổ mủ.

6.3. Bước 3: Bóc tách vào tất cả các ổ mủ, lấy mẫu mủ cấy khuẩn tìm kháng sinh đồ.

6.4. Bước 4: Dẫn lưu hết mủ, kiểm soát và mở rộng các vùng hoại tử, lấy bỏ mô bị hoại tử, loại bỏ răng nguyên nhân.

6.5. Bước 5: Đặt ống dẫn lưu từ tất cả các ổ mủ.

6.6. Bước 6: Bơm rửa các ổ mủ bằng dung dịch povidone-iodine + hydrogen peroxide + NaCl 0,9%.

6.7. Bước 7: Cầm máu.

6.8. Bước 8: Rửa vết thương, băng thấm dịch.

6.9. Bước 9: Băng vết thương.

6.10. Bước 10: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: các dấu hiệu sinh tồn trở về bình thường.

+ Tại chỗ: không chảy máu, tụ máu, tụ dịch vùng mổ.

- Dẫn dò người bệnh.

- Hẹn tái khám.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

- 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.

- Chảy máu: cầm máu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.

- Tụ máu: lấy khối máu tụ.

- Chưa hết ổ nhiễm trùng: rạch dẫn lưu mũ.

7.3. Biến chứng muộn:

- Nhiễm trùng: kháng sinh, rạch dẫn lưu tại chỗ.
- Nhiễm trùng huyết: kháng sinh toàn thân, chuyển hồi sức tích cực chống độc.
- Nhiễm trùng trung thất: rạch dẫn lưu trung thất, kháng sinh toàn thân, chuyển hồi sức tích cực chống độc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO
Bộ Y tế (2025). “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Răng Hàm Mặt . Quyết định 3634/QĐ-BYT ngày 25/1/2025 của Bộ Y tế.

202. 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 bệnh toàn thân không cho phép thực hiện kỹ 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. Vật tư

- 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. Trang thiết bị

- Bộ dụng cụ vi phẫu.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bàn mổ.

- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn

5.5. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 1 giờ 15 phút đến 1 giờ 45 phút.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.9. 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

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 vật tại chỗ, vật 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, SpO2.v.v.).

+ Tại chỗ: không chảy máu, các cấu trúc giải phẫu được đặt đúng vị trí.

- Dẫn 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.

TÀI	LIỆU	THAM	KHẢO
Bộ Y tế (2025). “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Răng Hàm Mặt . Quyết định 3634/QĐ-BYT ngày 25/1/2025 của Bộ Y tế.			

203. QUY TRÌNH KỸ THUẬT MÀI CHỈNH KHỚP CÁN HỖ TRỢ ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN THÁI DƯƠNG HÀM

1. ĐẠI CƯƠNG

Mài chỉnh khớp cắn (Occlusal Adjustment) là kỹ thuật loại bỏ có chọn lọc các điểm tiếp xúc sớm, các điểm cản trở trong vận động hàm bằng cách mài đi một lượng nhỏ men răng. Mục đích nhằm tạo ra sự tiếp xúc hài hòa, phân bố lực nhai đều trên các răng và giúp các vận động há, đóng, nghiêng sang bên của hàm dưới được trơn tru, từ đó hỗ trợ giảm triệu chứng và ổn định kết quả điều trị rối loạn thái dương hàm.

2. CHỈ ĐỊNH

- Các điểm tiếp xúc sớm hoặc cản trở khớp cắn được xác định rõ sau giai đoạn đeo máng nhai ổn định.
- Rối loạn thái dương hàm có nguyên nhân hoặc yếu tố duy trì từ các bất thường khớp cắn có thể điều chỉnh được.
- Mài chỉnh có giới hạn trong phạm vi men răng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Rối loạn thái dương hàm ở giai đoạn cấp, đau nhiều.
- Người bệnh có bệnh lý toàn thân không kiểm soát tốt.
- Các bất thường khớp cắn lớn, vượt quá khả năng điều chỉnh bằng mài chỉnh đơn thuần (cần chỉnh nha hoặc phục hình).
- Răng có nguy cơ lộ ngà hoặc quá nhạy cảm.

4. THẬN TRỌNG

- **Đây là thủ thuật không hồi phục.** Chỉ thực hiện khi có chẩn đoán xác định và kế hoạch điều trị rõ ràng.
- Ưu tiên các phương pháp điều trị bảo tồn, không xâm lấn (như máng nhai, vật lý trị liệu) trước .
- Cần đánh giá kỹ và loại trừ các nguyên nhân đau từ cơ hoặc nội khớp trước khi quyết định mài chỉnh khớp cắn.

- Thực hiện từng bước nhỏ, đánh giá sau mỗi lần mài.

5.

CHUẨN

BỊ

5.1. Người thực hiện: Bác sĩ Răng Hàm Mặt được đào tạo về sinh lý khớp cắn và điều trị rối loạn thái dương hàm.

5.2. Thuốc & Vật tư: Giấy cắn (articulating paper) độ dày mỏng khác nhau, mũi khoan kim cương hạt mịn, đèn halogen/ LED, dung dịch fluoride.

5.3. Trang thiết bị: Ghế nha khoa, đèn soi trong miệng.

5.4. Người bệnh: Được giải thích rõ về mục đích, tính chất không hồi phục của thủ thuật, các rủi ro có thể gặp (như ê buốt) và ký cam đoan.

5.5. Hồ sơ bệnh án: "Theo quy định của Bộ Y tế", có ghi rõ sơ đồ khớp cắn trước và sau mài chỉnh.

6.

TIỀN

HÀNH

QUY

TRÌNH

KỸ

THUẬT

6.1. Bước 1: Xác định lại vị trí khớp cắn mục tiêu. Đánh giá lại tư thế nghỉ và khớp cắn sau thời gian đeo máng nhai.

6.2. Bước 2: Đánh dấu điểm tiếp xúc. Sử dụng giấy cắn mỏng để xác định chính xác các điểm tiếp xúc sớm ở tư thế cắn trung tâm và các điểm cản trở trong các vận động chức năng (nghiến sang trái, phải, ra trước).

6.3. Bước 3: Mài chỉnh. Sử dụng mũi khoan hạt mịn tốc độ cao, làm mát đầy đủ. Mài theo nguyên tắc: mài trên đường cong chứ không tạo điểm, bảo tồn tối đa hình thái răng, ưu tiên mài ở mặt nhai răng hàm và mặt trong răng cửa dưới nếu cần.

6.4. Bước 4: Đánh bóng và xử lý bề mặt. Đánh bóng kỹ vùng vừa mài và bôi fluoride tại chỗ để giảm nguy cơ ê buốt.

6.5. Bước cuối cùng: Kiểm tra lại. Kiểm tra lại khớp cắn bằng giấy cắn, đảm bảo tiếp xúc đều, không còn điểm cản trở và người bệnh cảm thấy thoải mái.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- **Ê buốt răng:** Thường tạm thời. Xử trí: Hướng dẫn dùng kem đánh răng giảm ê buốt, tái khám nếu kéo dài.
- **Thay đổi khớp cắn không như mong muốn:** Do mài quá mức. Xử trí: Ngừng ngay, đánh giá lại. Trường hợp nặng có thể cần phục hình lại răng.
- **Triệu chứng không cải thiện hoặc nặng hơn:** Cần đánh giá lại chẩn đoán, xem xét các nguyên nhân khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2025). *Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Răng Hàm Mặt (Tập 2)*. Ban hành kèm Quyết định 3635/QĐ-BYT ngày 24/11/2025 .
2. Tài liệu chuyên môn từ Bệnh viện Răng Hàm Mặt .

204. NẠO TÚI QUANH RĂNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Nạo túi quanh răng là kỹ thuật nhằm mục đích loại bỏ tổ chức viêm, giảm độ sâu túi bệnh lý hình thành do quá trình phá hủy xương trong bệnh lý viêm quanh răng.

2. CHỈ ĐỊNH

Túi quanh răng sâu từ 4 mm và đang hoạt động (chảy máu khi thăm dò).

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ:

- Tiêu xương ngang.
- Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.

4. THẬN TRỌNG

4.1 Toàn thân:

- Người bệnh huyết áp cao, đái tháo đường, hút thuốc lá.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng..

4.2 Tại chỗ: Người bệnh có viêm nhiễm trong khoang miệng.

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. Vật tư

- Băng, gạc vô khuẩn.
- Nước muối sinh lý.
- Oxy già.
- Nước súc miệng.
- Bột băng phẫu thuật.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Trang thiết bị

- Phương tiện bảo hộ cá nhân.
- Bộ dụng cụ khám.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật nha chu.
- Đầu lấy cao răng siêu âm trên lợi, dưới lợi.
- Ghế máy nha khoa.
- Máy hút phẫu thuật.
- Máy siêu âm.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn

5.5. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...

- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.

- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 30 phút đến 45 phút.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng hoặc phòng phẫu thuật.

5.9. 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

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê hoặc gây mê.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Nạo túi lợi:

- Nạo tổ chức viêm ở thành ngoài và đáy túi quanh răng.

- Làm sạch cao răng, mảng bám ở thành chân răng, làm nhẵn bề mặt chân răng.

- Bơm rửa túi quanh răng.

6.3. Bước 3: Phủ bột băng phẫu thuật (nếu cần).

6.4. Bước 4: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau kết thúc quy trình:

- + Toàn thân: ổn định.
- + Tại chỗ: không chảy máu.
- Dẫn dò người bệnh: hướng dẫn người bệnh vệ sinh răng miệng và cắt chỉ.
- 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.
- 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.

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: Không có.

TÀI	LIỆU	THAM	KHẢO
Bộ Y tế (2025). “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Răng Hàm Mặt . Quyết định 3634/QĐ-BYT ngày 25/1/2025 của Bộ Y tế.			

205. LẤY CAO RĂNG VÀ LÀM NHẪN 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 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 (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. Vật tư

- . - Băng, gạc vô khuẩn.
- Nước muối sinh lý.
- Oxy già.
- Nước súc miệng.
- Bột đánh bóng, chổi cước, dải cao su.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Trang thiết bị

- Phương tiện bảo hộ cá nhân.
- Bộ dụng cụ khám.
- Đầu lấy cao răng siêu âm trên lợi, dưới lợi.
- Cây lấy cao răng bằng tay.
- Ghế máy nha khoa.
- Máy siêu âm.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn

5.5. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...

- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.

- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 30 phút đến 45 phút.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng.

5.9. 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

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê hoặc gây mê.

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 kết thúc quy trình:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: không chảy máu, răng không ê buốt.

- Dẫn 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.

- Ê buốt: làm sạch bằng dụng cụ cầm tay, giảm cường độ máy lấy cao răng, sử dụng dung dịch chống ê buốt.

- 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.

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.

TÀI

LIỆU

THAM

KHẢO

Bộ Y tế (2025). “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Răng Hàm Mặt . Quyết định 3634/QĐ-BYT ngày 25/1/2025 của Bộ Y tế.

206. PHẪU THUẬT CẮT PHANH LƯỖI

1. ĐẠI CƯƠNG

Phanh lưỡi bám sai vị trí gây ra nhiều nguy cơ như cản trở vận động của lưỡi, ảnh hưởng đến việc phát âm ... Có nhiều phương pháp điều trị, trong đó phẫu thuật cắt phanh lưỡi là phẫu thuật điều chỉnh lại vị trí của phanh lưỡi bám sai vị trí, phục hồi chức năng, thẩm mỹ và dự phòng.

2. CHỈ ĐỊNH

Phanh lưỡi bám sai vị trí gây ra:

- Cản trở vận động của lưỡi.
- Ảnh hưởng đến việc phát âm
- Gây tụt lợi mặt trong răng cửa hàm dưới.
- Cản trở vệ sinh răng miệng.
- Cản trở sự ổn định của hàm tháo lắp

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.

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 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 nhiễm tại chỗ.

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. Vật tư

- . - Băng, gạc vô khuẩn.
- Nước muối sinh lý.
- Cồn 70 độ.
- Oxy già.
- Nước súc miệng.
- Chỉ phẫu thuật.
- Bột băng phẫu thuật.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Trang thiết bị

- Phương tiện bảo hộ cá nhân.

- Bộ dụng cụ khám.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật trong miệng
- Ghế máy nha khoa.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn

5.5. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 45 phút đến 1 giờ.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng hoặc phòng phẫu thuật.

5.9. 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

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê hoặc gây mê.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Cắt phanh lưỡi:

- Nâng lưỡi lên làm căng phanh lưỡi sao cho bờ trước phanh lưỡi thẳng góc với trục của lưỡi.

- Cắt ngang qua phanh lưỡi.

- Kiểm soát và điều chỉnh niêm mạc của phanh lưỡi sao cho đủ để lưỡi vận động bình thường.

6.3. Bước 3: Khâu định vị vị trí bám đúng của phanh lưỡi.

6.4. Bước 4: Phủ bột băng phẫu thuật (nếu cần).

6.5. Bước 5: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau kết thúc quy trình:

- + Toàn thân: ổn định.

- + Tại chỗ: không chảy máu.

- Dẫn dò người bệnh: hướng dẫn người bệnh vệ sinh răng miệng và cắt chỉ.

- Hẹn tái khám, tháo bột băng phẫu thuật (nếu cần).

- 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.

- 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.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Đau: giảm đau.

- Chảy máu: cầm máu.

7.3. Biện chứng muộn: Dính lại 1 phần phanh lưỡi: điều trị lại.

TÀI	LIỆU	THAM	KHẢO
Bộ Y tế (2025). “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Răng Hàm Mặt . Quyết định 3634/QĐ-BYT ngày 25/1/2025 của Bộ Y tế.			

207. 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. Vật tư

- . - Băng, gạc vô khuẩn.
- Nước muối sinh lý.
- Cồn 70 độ.
- Oxy già.
- Nước súc miệng.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Trang thiết bị

- Phương tiện bảo hộ cá nhân.
- Bộ dụng cụ khám.

- Bộ dụng cụ phẫu thuật nha chu.
- Ghế máy nha khoa.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn

5.5. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 20 phút đến 40 phút.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng hoặc phòng phẫu thuật.

5.9. 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

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 kết thúc quy trình:
 - + Toàn thân: ổn định.
 - + Tại chỗ: không chảy máu, dẫn lưu được mủ.
- Dẫn 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. Biện chứng muộn: Nhiễm trùng: kháng sinh, chống viêm đường toàn thân kết hợp tại chỗ.

TÀI	LIỆU	THAM	KHẢO
Bộ Y tế (2025). “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Răng Hàm Mặt . Quyết định 3634/QĐ-BYT ngày 25/1/2025 của Bộ Y tế.			

208. PHẪU THUẬT DẪN LƯU ÁP XE QUANH RĂNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Áp xe quanh răng là tình trạng nhiễm trùng cấp tính do các vi khuẩn gây bệnh tích tụ trong túi quanh răng sâu, không thoát được ra ngoài. Phẫu thuật để dẫn lưu mủ từ ổ áp xe quanh răng nhằm giảm đau, kiểm soát sự lan rộng của nhiễm trùng.

2. CHỈ ĐỊNH

Áp xe quanh răng cấp tính.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính lan rộng trong khoang miệng.

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: Tránh tổn thương các cấu trúc giải phẫu lân cận.

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. Vật tư

- . - Băng, gạc vô khuẩn.
- Nước muối sinh lý.
- Cồn 70 độ.
- Oxy già.
- Nước súc miệng.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Trang thiết bị

- Phương tiện bảo hộ cá nhân.
- Bộ dụng cụ khám.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật trong miệng.
- Ghế máy nha khoa.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn

5.5. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.

- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 20 phút đến 40 phút.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng.

5.9. 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

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Xác định vùng chuyển sóng: dùng tay để xác định vùng di động nhất.

6.3. Bước 3: Dẫn lưu ổ áp xe quanh răng:

- Dùng dao rạch đường rạch đúng qua phần di động nhất của tổn thương, đường rạch đi từ lợi niêm đến bờ lợi.

- Nếu chỗ sung phòng ở mặt lưỡi thì đường rạch bắt đầu ngay dưới chỗ sung phòng về phía cuống răng và mở rộng về phía thân răng đến bờ lợi.

- Đường rạch phải đủ sâu và tới được vùng có mủ.

6.4. Bước 4: Làm rộng đường rạch để dẫn lưu.

6.5. Bước 5: Bơm rửa bằng nước ấm.

6.6. Bước 6: Sau khi ngừng dẫn lưu thì làm khô và chấm thuốc sát khuẩn.

6.7. Bước 7: Hướng dẫn người bệnh vệ sinh răng miệng .

6.8. Bước 8: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau kết thúc quy trình:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: không chảy máu, dẫn lưu được mũ.

- Dặn dò người bệnh: tránh gắng sức, chế độ ăn lỏng hoặc cho người bệnh, dùng thuốc giảm đau, kháng sinh (nếu cần).

- 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.

- 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.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật:

- Chảy máu sau phẫu thuật: ép gạc vào vùng dẫn lưu để cầm máu.

- Nhiễm trùng: kháng sinh, chống viêm đường toàn thân kết hợp tại chỗ

7.3. Biến chứng muộn: Không có.

TÀI

LIỆU

THAM

KHẢO

Bộ Y tế (2025). “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Răng Hàm Mặt . Quyết định 3634/QĐ-BYT ngày 25/1/2025 của Bộ Y tế.

209. ĐIỀU TRỊ NỘI NHA (LẤY TỦY, LÀM SẠCH, TẠO HÌNH VÀ HÀN KÍN) BẰNG FILE CẦM TAY VÀ LÈN NGANG

1. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh tủy răng và bệnh quanh chóp hay gặp do nhiều nguyên nhân, cần điều trị nội nha trong những trường hợp không bảo tồn được mô tủy. Kỹ thuật điều trị nội nha này bao gồm loại bỏ mô tủy nhiễm khuẩn hoặc hoại tử, làm sạch và tạo hình hệ thống ống tủy bằng trâm (file) cầm tay và hàn kín hệ thống ống tủy với phương pháp lèn ngang nhằm bảo tồn răng vĩnh viễn và dự phòng tái nhiễm khuẩn vùng chóp răng.

2. CHỈ ĐỊNH

- Răng viêm tủy không hồi phục.
- Răng tủy hoại tử.
- Răng thoái hóa tủy.
- Răng viêm/áp xe quanh chóp cấp tính, viêm/áp xe quanh chóp mạn tính.
- Nang quanh chóp răng.
- Tổn thương nội nha-nha chu.
- Chấn thương răng:
 - + Điều trị tức thì (7-14 ngày sau chấn thương).
 - + Gãy men ngà lộ tủy, gãy thân- chân răng lộ tủy: không thực hiện được kỹ thuật điều trị tủy bảo tồn.
 - + Sai khớp răng: lún răng, răng rơi khỏi ổ.
 - + Điều trị trì hoãn (tại thời điểm có dấu hiệu hoại tử tủy).
 - + Sai khớp răng: trật khớp sang bên, trời răng.
- Theo chỉ định của chuyên khoa khác.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ:

- Người bệnh đang điều trị tia xạ vùng hàm mặt.

- Nhiễm khuẩn cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

- Răng vĩnh viễn chưa đóng chóp.

- Răng không có khả năng phục hồi thân răng sau khi thực hiện kỹ thuật (trừ một số trường hợp chống chỉ định tuyệt đối nhổ răng).

- Răng có bệnh nha chu không có khả năng điều trị bảo tồn.

4. THẬN TRỌNG

4.1 Toàn thân:

- Chảy máu đối với trường hợp chấn thương răng kèm theo chấn thương khác hoặc trên người bệnh có bệnh toàn thân mạn tính như tiểu đường, tăng huyết áp, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, dị ứng, phụ nữ có thai.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:

- Không sử dụng kỹ thuật thử tủy điện và máy định vị chóp răng trên người bệnh có đặt máy tạo nhịp tim nhân tạo.

- Sử dụng thuốc cần thiết trước khi đặt đê cao su cho người bệnh hen phế quản.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc:

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.

5.3. Vật tư

- Bơm tiêm, kim tiêm tê, bông, gạc vô khuẩn.v.v.
- Phương tiện vật liệu cách ly răng.
- Dung dịch bơm rửa ống tủy.
- Thuốc đặt nội tủy.
- Vật liệu hàn tạm.
- Vật liệu hàn kín hệ thống ống tủy.
- Vật liệu phục hồi thân răng.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Trang thiết bị

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.
- Bộ khuôn trám (nếu cần).
- Phương tiện, dụng cụ bơm rửa ống tủy.
- Hệ thống file cầm tay.
- Bộ lèn ngang.

- Dụng cụ hàn răng.
- Bộ dụng cụ khám.
- Mũi khoan các loại.
- Cây mang nhiệt.
- Tay khoan.
- Ghế máy nha khoa.
- Đèn quang trùng hợp.
- Phương tiện định vị chóp răng.
- Máy X-quang răng/phim răng.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.5. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Theo thời gian thực tế thực hiện.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng hoặc phòng phẫu thuật.

5.9. 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

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê tại chỗ.

6.1. Bước 1: Cách ly răng:

- Phục hồi thành răng trước khi cách ly răng (nếu cần).
- Đặt đê cao su hoặc phương tiện cách ly thay thế.

6.2. Bước 2: Mở tủy:

- Mở đường vào buồng tủy.
- Lấy sạch trần buồng tủy.
- Xác định vị trí lỗ ống tủy.

6.3. Bước 3: Làm sạch và tạo hình hệ thống ống tủy:

- Thăm dò hệ thống ống tủy.
- Tạo đường trượt.
- Xác định chiều dài làm việc của các ống tủy bằng máy định vị chóp. Đối với người bệnh có máy tạo nhịp tim, đặt K file số 10, chụp X-quang để xác định chiều dài làm việc.
- Tạo hình hệ thống ống tủy bằng hệ thống file cầm tay.
- Bơm rửa hệ thống ống tủy (NaOCl và các dung dịch hỗ trợ).
- Đặt thuốc nội tủy và vật liệu hàn tạm trong trường hợp điều trị nhiều lần hẹn.

6.4. Bước 4: Hàn kín hệ thống ống tủy:

- Thử cone Gutta Percha và chụp phim X-quang cận chóp.
- Bơm rửa và thấm khô hệ thống ống tủy.
- Đưa chất hàn ống tủy vào vùng chóp và thành hệ thống ống tủy.
- Đưa cone Gutta Percha chính vào ống tủy.
- Tạo chỗ cho cone Gutta Percha phụ bằng cây lèn ngang.

- Đưa cone Gutta Percha phụ tương ứng vào khoảng trống trong ống tủy.

- Lặp lại với cây lèn ngang và cone Gutta Percha tương ứng nhỏ dần cho đến khi kín khít ống tủy theo chiều ngang.

- Cắt Gutta Percha tại miệng ống tủy bằng cây mang nhiệt.

- Chụp phim X-quang kiểm tra.

6.5. Bước 5: Phục hồi thân răng: Lựa chọn kỹ thuật phục hồi dựa vào tình trạng thân răng.

6.6. Bước 6: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: không đau, hệ thống ống tủy được hàn kín trên phim X-quang. - Dẫn 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

- Tạo khắc trong ống tủy: tìm lại ống tủy bằng file cầm tay, tạo lại đường trượt.
- Thủng sàn, thành hệ thống ống tủy, di chuyển, xé rộng chóp răng: hàn kín vị trí thủng và chóp răng bằng vật liệu sinh học.
- Gãy dụng cụ trong ống tủy: lấy dụng cụ gãy, lách qua dụng cụ gãy (bypass).
- Tai biến do không đặt đê cao su cách ly răng:
 - + Người bệnh hít/nuốt phải dụng cụ nội nha vào đường thở/đường tiêu hóa: xử trí cấp cứu dị vật đường thở, theo dõi và xử trí phù hợp dị vật đường tiêu hóa.
 - + Viêm loét niêm mạc miệng, họng do NaOCl: điều trị viêm loét niêm mạc miệng họng.
- Đưa vật liệu nội tủy và vật liệu trám bít ống tủy quá chóp: phẫu thuật cắt chóp hàn ngược, phẫu thuật nạo quanh chóp răng.
- 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.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Sung, đau giữa các lần điều trị:
 - + Điều trị nội khoa: kháng sinh, giảm đau, kháng viêm.
 - + Tháo trùng, làm sạch hệ thống ống tủy, đặt lại thuốc nội tủy.
- Sung, đau sau khi kết thúc điều trị:
 - + Điều trị nội khoa: kháng sinh, giảm đau, kháng viêm.
 - + Theo dõi, chỉ định điều trị nội nha lại (nếu cần).
- Nứt, vỡ thân răng: nhổ mảnh vỡ, phục hồi thân răng.

- Nứt, vỡ chân răng: nhổ răng.

7.3. Biến chứng muộn: Xuất hiện tổn thương quanh chóp hoặc tổn thương cũ tiến triển: điều trị nội nha lại hoặc phẫu thuật cắt chóp và hàn ngược ống tủy.

TÀI	LIỆU	THAM	KHẢO
Bộ Y tế (2025). “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Răng Hàm Mặt . Quyết định 3634/QĐ-BYT ngày 25/1/2025 của Bộ Y tế.			

210. ĐIỀU TRỊ NỘI NHA (LẤY TỦY, LÀM SẠCH, TẠO HÌNH VÀ HÀN KÍN) RĂNG SỬA BẰNG FILE CẦM TAY

1. ĐẠI CƯƠNG

Răng sửa có bệnh lý tủy do nguyên nhân chấn thương, biến chứng sâu răng... cần phải được điều trị nội nha. Có nhiều dụng cụ điều trị nội nha răng được sử dụng trong đó có trám (file) cầm tay để lấy toàn bộ tủy, làm sạch, tạo hình và trám bít ống tủy bằng vật liệu thích hợp nhằm bảo tồn răng sửa, đảm bảo các chức năng đến tuổi thay.

2. CHỈ ĐỊNH

Răng sửa có tủy tổn thương do:

- Viêm tủy không hồi phục.
- Tủy hoại tử.
- Viêm quanh chóp.
- Chấn thương không bảo tồn được tủy.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ:

- Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.
- Răng có chỉ định nhổ.
- Răng sửa viêm tủy có hồi phục

4. THẬN TRỌNG

4.1 Toàn thân: Người bệnh có bệnh toàn thân chưa được kiểm soát.

4.2 Tại chỗ: Người bệnh có viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc:

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.

5.3. Vật tư

- Bơm tiêm, kim tiêm tê, bông, gạc vô khuẩn.v.v.
- Phương tiện vật liệu cách ly răng.
- Dung dịch bơm rửa ống tủy.
- Hệ thống file cầm tay.
- Vật liệu hàn tạm.
- Vật liệu điều trị tủy răng sữa.
- Vật liệu phục hồi thân răng.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Trang thiết bị

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.
- Bộ khuôn trám (nếu cần).
- Dụng cụ hàn răng.

- Bộ dụng cụ khám.
- Mũi khoan các loại.
- Tay khoan.
- Ghế máy nha khoa.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.5. Người bệnh

- Bác sĩ giải thích cho 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.
- Người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Theo thời gian thực tế thực hiện.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng hoặc phòng phẫu thuật.

5.9. 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

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê hoặc gây mê.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Cách ly răng:

- Đặt đê cao su hoặc phương tiện cách ly thay thế.

6.3. Bước 3: Mở tủy:

- Dùng mũi khoan thích hợp mở đường vào buồng tủy.
- Dùng mũi khoan thích hợp mở rộng trần buồng tủy.

6.4. Bước 4: Sửa soạn ống tủy:

- Lấy tủy buồng và tủy chân (nếu có).
- Tìm miệng ống tủy và xác định số lượng ống tủy.
- Xác định chiều dài ống tủy.
- Tạo hình và làm sạch hệ thống ống tủy.

6.5. Bước 5: Hàn kín hệ thống ống tủy:

- Làm khô hệ thống ống tủy.
- Hàn hệ thống ống tủy

6.6. Bước 6: Chụp phim X-quang kiểm

6.7. Bước 7: Hàn phục hồi: Hàn phục hồi thân răng bằng vật liệu thích hợp.

6.8. Bước 8: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:
- + Toàn thân: ổn định.
- + Tại chỗ: không đau, hệ thống ống tủy được hàn kín trên phim X-quang.
- 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.
- Gãy dụng cụ trong ống tủy: lấy dụng cụ gãy và điều trị tiếp.
- Sang chấn phần mềm: điều trị sang thương.
- Rơi dụng cụ vào đường tiêu hóa: theo dõi và xử trí phù hợp dị vật đường tiêu hóa.
- Rơi dụng cụ vào đường hô hấp: xử trí cấp cứu lấy dị vật đường thở.
- Bỏng niêm mạc miệng do dung dịch rửa tủy: điều trị bỏng niêm mạc

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Sung, đau.
- + Điều trị nội khoa: kháng sinh, giảm đau, kháng viêm.
- + Theo dõi, chỉ định điều trị nội nha lại (nếu cần).
- Xuất hiện tổn thương quanh chóp hoặc tổn thương cũ tiến triển: điều trị nội nha lại.
- Nứt, vỡ thân răng: nhổ mảnh vỡ phục hồi thân răng, nhổ răng (nếu cần).
- Nứt, vỡ chân răng: nhổ răng.

7.3. Biến chứng muộn:

- Viêm quanh chóp răng: điều trị nội nha.

- Nứt, vỡ thân răng: nhổ mảnh vỡ phục hồi thân răng, nhổ răng (nếu cần).
- Nứt, vỡ chân răng: nhổ răng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO
Bộ Y tế (2025). “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Răng Hàm Mặt . Quyết định 3634/QĐ-BYT ngày 25/1/2025 của Bộ Y tế.

211. ĐIỀU TRỊ NỘI NHA (LẤY TỦY, LÀM SẠCH, TẠO HÌNH VÀ HÀN KÍN) BẰNG FILE MÁY VÀ LÈN NGANG

1. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh tủy răng và bệnh quanh chóp là bệnh hay gặp do nhiều nguyên nhân, cần điều trị nội nha trong những trường hợp không bảo tồn được mô tủy. Kỹ thuật điều trị nội nha này bao gồm loại bỏ mô tủy nhiễm khuẩn hoặc hoại tử, làm sạch và tạo hình hệ thống ống tủy bằng trâm (file) máy và hàn kín hệ thống ống tủy với phương pháp lèn ngang nhằm bảo tồn răng và dự phòng tái nhiễm khuẩn vùng chóp răng.

2. CHỈ ĐỊNH

- Răng viêm tủy không hồi phục.
- Răng tủy hoại tử.
- Răng thoái hóa tủy.
- Răng viêm/áp xe quanh chóp cấp tính, viêm/áp xe quanh chóp mạn tính.
- Nang quanh chóp răng.
- Tổn thương nội nha-nha chu.
- Chấn thương răng:
 - + Điều trị tức thì (7-14 ngày sau chấn thương).
 - + Gãy men ngà lộ tủy, gãy thân- chân răng lộ tủy: không thực hiện được kỹ thuật điều trị tủy bảo tồn.
 - + Sai khớp răng: lún răng, răng rơi khỏi ổ.
 - + Điều trị trì hoãn (tại thời điểm có dấu hiệu hoại tử tủy).
 - + Sai khớp răng: trật khớp sang bên, trời răng.
- Theo chỉ định của chuyên khoa khác.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ:

- Người bệnh đang điều trị tia xạ vùng hàm mặt.

- Nhiễm khuẩn cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

- Răng vĩnh viễn chưa đóng chóp.

- Răng không có khả năng phục hồi thân răng sau khi thực hiện kỹ thuật (trừ một số trường hợp chống chỉ định tuyệt đối nhổ răng).

- Răng có bệnh nha chu không có khả năng điều trị bảo tồn.

4. THẬN TRỌNG

4.1 Toàn thân:

- Chảy máu đối với trường hợp chấn thương răng kèm theo chấn thương khác hoặc trên người bệnh có bệnh toàn thân mạn tính như tiểu đường, tăng huyết áp, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, dị ứng, phụ nữ có thai.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:

- Không sử dụng kỹ thuật thử tủy điện và máy định vị chóp răng trên người bệnh có đặt máy tạo nhịp tim nhân tạo.

- Sử dụng thuốc cần thiết trước khi đặt đê cao su cho người bệnh hen phế quản.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc:

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.

5.3. Vật tư

- Bơm tiêm, kim tiêm tê, bông, gạc vô khuẩn.v.v.
- Phương tiện vật liệu cách ly răng.
- Dung dịch bơm rửa ống tủy.
- Thuốc đặt nội tủy.
- Vật liệu hàn tạm.
- Vật liệu hàn kín hệ thống ống tủy.
- Vật liệu phục hồi thân răng.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Trang thiết bị

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.
- Bộ khuôn trám (nếu cần).
- Phương tiện, dụng cụ bơm rửa ống tủy.
- Hệ thống file cầm tay.
- Hệ thống file máy tạo hình ống tủy.

- Bộ lèn ngang.
- Dụng cụ hàn răng.
- Bộ dụng cụ khám.
- Mũi khoan các loại.
- Cây mang nhiệt.
- Tay khoan.
- Ghế máy nha khoa.
- Đèn quang trùng hợp.
- Phương tiện định vị chóp răng.
- Motor nội nha.
- Máy X-quang răng/phim răng.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.5. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...

- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Theo thời gian thực tế thực hiện.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng.

5.9. 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

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê tại chỗ.

6.1. Bước 1: Cách ly răng:

- Phục hồi thành răng trước khi cách ly răng (nếu cần).
- Đặt đê cao su hoặc phương tiện cách ly thay thế.

6.2. Bước 2: Mở tủy:

- Mở đường vào buồng tủy.
- Lấy sạch trần buồng tủy.
- Xác định vị trí lỗ ống tủy.

6.3. Bước 3: Làm sạch và tạo hình hệ thống ống tủy:

- Thăm dò hệ thống ống tủy.
- Tạo đường trượt.
- Xác định chiều dài làm việc của các ống tủy bằng máy định vị chóp. Đối với người bệnh có máy tạo nhịp tim, đặt K file số 10, chụp X-quang để xác định chiều dài làm việc.
- Tạo hình hệ thống ống tủy bằng hệ thống file máy.
- Bơm rửa hệ thống ống tủy (NaOCl và các dung dịch hỗ trợ).
- Đặt thuốc nội tủy và vật liệu hàn tạm trong trường hợp điều trị nhiều lần hẹn.

6.4. Bước 4: Hàn kín hệ thống ống tủy:

- Thử cone Gutta Percha và chụp phim X-quang cận chóp.
- Bơm rửa và thấm khô hệ thống ống tủy.
- Đưa chất hàn ống tủy vào vùng chóp và thành hệ thống ống tủy.
- Đưa cone Gutta Percha chính vào ống tủy.
- Tạo chỗ cho cone Gutta Percha phụ bằng cây lèn ngang.
- Đưa cone Gutta Percha phụ tương ứng vào khoảng trống trong ống tủy.
- Lặp lại với cây lèn ngang và cone Gutta Percha tương ứng nhỏ dần cho đến khi kín khít ống tủy theo chiều ngang.
- Cắt Gutta Percha tại miệng ống tủy bằng cây mang nhiệt.
- Chụp phim X-quang kiểm tra.

6.5. Bước 5: Phục hồi thân răng: Lựa chọn kỹ thuật phục hồi dựa vào tình trạng thân răng.

6.6. Bước 6: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:
 - + Toàn thân: ổn định.
 - + Tại chỗ: không đau, hệ thống ống tủy được hàn kín trên phim X-quang.
- Dẫn 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

- Tạo khắc trong ống tủy: tìm lại ống tủy bằng file cầm tay, tạo lại đường trượt.
- Thủng sàn, thành hệ thống ống tủy, di chuyển, xé rộng chóp răng: hàn kín vị trí thủng và chóp răng bằng vật liệu sinh học.
- Gãy dụng cụ trong ống tủy: lấy dụng cụ gãy, lách qua dụng cụ gãy (bypass).
- Tai biến do không đặt đê cao su cách ly răng:
 - + Người bệnh hít/nuốt phải dụng cụ nội nha vào đường thở/đường tiêu hóa: xử trí cấp cứu dị vật đường thở, theo dõi và xử trí phù hợp dị vật đường tiêu hóa.
 - + Viêm loét niêm mạc miệng, họng do NaOCl: điều trị viêm loét niêm mạc miệng họng.
- Đưa vật liệu nội tủy và vật liệu trám bít ống tủy quá chóp: phẫu thuật cắt chóp hàn ngược, phẫu thuật nạo quanh chóp răng.
- 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.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Sung, đau giữa các lần điều trị:
 - + Điều trị nội khoa: kháng sinh, giảm đau, kháng viêm.
 - + Tháo trùng, làm sạch hệ thống ống tủy, đặt lại thuốc nội tủy.
- Sung, đau sau khi kết thúc điều trị:
 - + Điều trị nội khoa: kháng sinh, giảm đau, kháng viêm.
 - + Theo dõi, chỉ định điều trị nội nha lại (nếu cần).
- Nứt, vỡ thân răng: nhổ mảnh vỡ, phục hồi thân răng.

- Nứt, vỡ chân răng: nhổ răng.

7.3. Biến chứng muộn: Xuất hiện tổn thương quanh chóp hoặc tổn thương cũ tiến triển: điều trị nội nha lại hoặc phẫu thuật cắt chóp và hàn ngược ống tủy.

TÀI	LIỆU	THAM	KHẢO
Bộ Y tế (2025). “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Răng Hàm Mặt . Quyết định 3634/QĐ-BYT ngày 25/1/2025 của Bộ Y tế.			

212. ĐIỀU TRỊ NỘI NHA LẠI (LẤY TỦY, LÀM SẠCH, TẠO HÌNH VÀ HÀN KÍN) BẰNG FILE MÁY VÀ LÈN DỌC

1. ĐẠI CƯƠNG

Điều trị nội nha lại là kỹ thuật bao gồm: loại bỏ dị vật và chất hàn cũ (nếu có), làm sạch và tạo hình hệ thống ống tủy bằng trâm (file) máy và hàn kín hệ thống ống tủy với phương pháp lèn ngang hoặc lèn dọc với Gutta Percha nóng chảy, nhằm mục đích bảo tồn răng.

2. CHỈ ĐỊNH

- Răng đã điều trị nội nha có tổn thương sau:
 - + Viêm quanh chóp cấp tính, viêm quanh chóp mạn tính.
 - + Áp xe quanh chóp cấp tính, áp xe quanh chóp mạn tính.
 - + Nang chân răng.
- Răng có chỉ định làm phục hình nhưng điều trị nội nha chưa đạt yêu cầu.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ:

- Người bệnh đang điều trị tia xạ vùng hàm mặt.
- Nhiễm khuẩn cấp tính vùng miệng- hàm mặt.
- Răng vĩnh viễn chưa đóng chóp.
- Răng không có khả năng phục hồi thân răng sau khi thực hiện kỹ thuật (trừ một số trường hợp chống chỉ định tuyệt đối nhổ răng).
- Răng có bệnh nha chu không có khả năng điều trị bảo tồn.

4. THẬN TRỌNG

4.1 Toàn thân:

- Chảy máu đối với trường hợp chấn thương răng kèm theo chấn thương khác hoặc trên người bệnh có bệnh toàn thân mạn tính như tiểu đường, tăng huyết áp, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, dị ứng, phụ nữ có thai.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:

- Không sử dụng kỹ thuật thử tủy điện, máy định vị chóp răng và motor nội nha tích hợp định vị chóp răng trên người bệnh có đặt máy tạo nhịp tim nhân tạo.

- Sử dụng thuốc cần thiết trước khi đặt đê cao su cho người bệnh hen phế quản.

- Người bệnh có tình trạng viêm nhiễm trong khoang miệng

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.

- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc:

- Thuốc tê.

- Thuốc sát khuẩn.

5.3. Vật tư

- Bơm tiêm, kim tiêm tê, bông, gạc vô khuẩn .v.v.
- Phương tiện, vật liệu cách ly răng.
- Phương tiện, dụng cụ bơm rửa ống tủy.
- Dung dịch bơm rửa ống tủy.
- Vật liệu làm mềm Gutta Percha.
- Thuốc đặt nội tủy.
- Vật liệu hàn tạm.
- Vật liệu hàn hệ thống ống tủy.
- Vật liệu phục hồi thân răng.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Trang thiết bị

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.
- Dụng cụ tháo cầu chụp (nếu cần).
- Bộ khuôn trám (nếu cần).
- Hệ thống file cầm tay.
- Bộ file tạo hình ống tủy.
- Bộ lèn dọc/ lèn ngang.
- Bộ dụng cụ khám.
- Mũi khoan các loại.
- Bộ dụng cụ hàn răng.

- Bộ file máy điều trị tùy lại.
- Tay khoan.
- Ghế máy nha khoa.
- Máy định vị chóp.
- Motor nội nha.
- Hệ thống lèn nhiệt.
- Đèn quang trùng hợp.
- Máy X-quang răng/phim răng
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.5. Người bệnh

- Bác sĩ giải thích cho 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.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Theo thời gian thực tế thực hiện.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng.

5.9. 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

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê tại chỗ.

6.1. Bước 1: Tháo bỏ phục hình cũ (nếu cần).

6.2. Bước 2: Cách ly răng:

- Phục hồi thành răng trước khi cách ly răng (nếu cần).
- Đặt đê cao su hoặc phương tiện cách ly thay thế.

6.3. Bước 3: Loại bỏ chất hàn cũ:

- Lấy chất hàn cũ ở buồng tủy.
- Lấy chất hàn cũ trong ống tủy bằng dụng cụ và vật liệu thích hợp.
- Lấy hoặc lách qua dụng cụ gãy (nếu có).
- Hàn thủng sàn buồng tủy bằng vật liệu sinh học (nếu có).

6.4. Bước 4: Làm sạch và tạo hình hệ thống ống tủy:

- Thăm dò hệ thống ống tủy.
- Tạo đường trượt.
- Xác định chiều dài làm việc của các ống tủy bằng máy định vị chóp. Đối với người bệnh có máy tạo nhịp tim, đặt K file số 10 và chụp X-quang để xác định chiều dài làm việc.
- Tạo hình hệ thống ống tủy bằng hệ thống file máy.
- Bơm rửa hệ thống ống tủy (NaOCl và các dung dịch hỗ trợ).
- Đặt thuốc nội tủy và vật liệu hàn tạm trong trường hợp điều trị nhiều lần hẹn.

6.5. Bước 5: Hàn kín hệ thống ống tủy:

- Thử cone Gutta Percha và chụp phim X-quang cận chóp.

- Bơm rửa và thấm khô hệ thống ống tủy.
- Đưa chất hàn ống tủy vào vùng chóp và thành hệ thống ống tủy.
- Hàn kín hệ thống ống tủy:

6.5.1. Hàn kín hệ thống ống tủy bằng phương pháp lèn ngang:

- Đưa cone Gutta Percha chính vào ống tủy.
- Tạo chỗ cho cone Gutta Percha phụ bằng cây lèn ngang.
- Đưa Gutta Percha phụ tương ứng vào khoảng trống trong ống tủy.
- Lặp lại với cây lèn ngang và cone Gutta Percha tương ứng nhỏ dần cho đến khi kín khí ống tủy theo chiều ngang.
- Cắt Gutta Percha tại miệng ống tủy bằng cây mang nhiệt.

6.5.2. Hàn kín hệ thống ống tủy bằng phương pháp lèn dọc:

- Hàn kín 5-7mm vùng chóp răng bằng cone chính.
- Bơm Gutta Percha nóng chảy vào phần thân ống tủy.
- Chụp phim X-quang kiểm tra.

6.6. Bước 6: Phục hồi thân răng:

Lựa chọn kỹ thuật phục hồi dựa vào tình trạng thân răng.

6.7. Bước 7: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:
 - + Toàn thân: ổn định.
 - + Tại chỗ: không đau, hệ thống ống tủy được hàn kín trên phim X-quang.
- Dẫn 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

- Tạo khắc trong ống tủy: tìm lại ống tủy bằng file cầm tay, tạo lại đường trượt.
- Thủng sàn, thành hệ thống ống tủy, di chuyển, xé rộng chóp răng: hàn kín vị trí thủng và chóp răng bằng vật liệu sinh học.
- Gãy dụng cụ trong ống tủy: lấy dụng cụ gãy, lách qua dụng cụ gãy (bypass).
- Tai biến do không đặt đê cao su cách ly răng:
 - + Người bệnh hít/nuốt phải dụng cụ nội nha vào đường thở/ đường tiêu hóa: xử trí cấp cứu dị vật đường thở, theo dõi và xử trí phù hợp dị vật đường tiêu hóa.
 - + Viêm loét niêm mạc miệng, họng do NaOCl: điều trị viêm loét niêm mạc miệng họng.
- Đưa vật liệu nội tủy và vật liệu trám bít ống tủy quá chóp: phẫu thuật cắt chóp hàn ngược, phẫu thuật nạo quanh chóp răng.

- 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.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Sung, đau:
 - + Điều trị nội khoa: kháng sinh, giảm đau, kháng viêm.
 - + Theo dõi, chỉ định điều trị nội nha lại (nếu cần).
- Nứt, vỡ thân răng: nhổ mảnh vỡ phục hồi thân răng.

- Nứt, vỡ chân răng: nhổ răng

7.3. Biến chứng muộn: Tổn thương quanh chóp hoặc tổn thương cũ tiến triển: phẫu thuật cắt chóp và hàn ngược ống tủy hoặc nhổ răng.

TÀI	LIỆU	THAM	KHẢO
Bộ Y tế (2025). “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Răng Hàm Mặt . Quyết định 3634/QĐ-BYT ngày 25/1/2025 của Bộ Y tế.			

213. ĐIỀU TRỊ NỘI NHA (LẤY TỦY, LÀM SẠCH, TẠO HÌNH VÀ HÀN KÍN) BẰNG FILE MÁY VÀ TRÁM BÍT BẰNG VẬT LIỆU SINH HỌC

1. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh tủy răng và bệnh quanh chóp là bệnh hay gặp do nhiều nguyên nhân, cần điều trị nội nha trong những trường hợp không bảo tồn được mô tủy. Kỹ thuật điều trị nội nha này bao gồm loại bỏ mô tủy nhiễm khuẩn hoặc hoại tử, làm sạch và tạo hình hệ thống ống tủy bằng trám (file) máy và hàn kín hệ thống ống tủy bằng vật liệu sinh học một khối (monoblock), nhằm bảo tồn các răng vĩnh viễn và dự phòng tái nhiễm khuẩn vùng chóp răng.

2. CHỈ ĐỊNH

- Nội/ngoại tiêu chân răng.
- Thủng thành ống tủy do tai biến điều trị.
- Những trường hợp có chỉ định điều trị nội nha khác.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ:

- Người bệnh đang điều trị tia xạ vùng hàm mặt.
- Nhiễm khuẩn cấp tính vùng miệng - hàm mặt.
- Răng vĩnh viễn chưa đóng chóp.
- Răng không có khả năng phục hồi thân răng sau khi thực hiện kỹ thuật (trừ một số trường hợp chống chỉ định tuyệt đối nhổ răng).
- Răng có chỉ định phục hồi thân răng bằng chót ống tủy.

4. THẬN TRỌNG

4.1 Toàn thân:

- Chảy máu đối với trường hợp chấn thương răng kèm theo chấn thương khác hoặc trên người bệnh có bệnh toàn thân mạn tính như tiểu đường, tăng huyết áp, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, dị ứng, phụ nữ có thai.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:

- Không sử dụng kỹ thuật thử tủy điện và máy định vị chóp răng trên người bệnh có đặt máy tạo nhịp tim nhân tạo.

- Sử dụng thuốc cần thiết trước khi đặt đê cao su cho người bệnh hen phế quản.

- Người bệnh có tình trạng viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.

- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc:

- Thuốc tê.

- Thuốc sát khuẩn.

5.3. Vật tư

- Bơm tiêm, kim tiêm tê, bông, gạc vô khuẩn.v.v.

- Phương tiện vật liệu cách ly răng.

- Dung dịch bơm rửa ống tủy.
- Thuốc đặt nội tủy.
- Vật liệu hàn tạm.
- Vật liệu sinh học.
- Vật liệu phục hồi thân răng.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Trang thiết bị

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.
- Bộ khuôn trám (nếu cần).
- Phương tiện, dụng cụ bơm rửa ống tủy.
- Hệ thống file cầm tay.
- Hệ thống file máy tạo hình ống tủy.
- Bộ lèn dọc.
- Dụng cụ hàn răng.
- Bộ dụng cụ khám.
- Mũi khoan các loại.
- Bộ dụng cụ mang vật liệu sinh học, cây lèn vật liệu sinh học bằng tay hoặc dụng cụ nén vật liệu sinh học bằng máy.
- Tay khoan.
- Ghế máy nha khoa.
- Đèn quang trùng hợp.

- Phương tiện định vị chóp răng.
- Motor nội nha.
- Máy X-quang răng/phim răng.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.5. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Theo thời gian thực tế thực hiện.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng.

5.9. 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

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê hoặc gây mê.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Cách ly răng:

- Phục hồi thành răng trước khi cách ly răng (nếu cần).
- Đặt đê cao su hoặc phương tiện cách ly thay thế.

6.3. Bước 3: Mở tủy:

- Mở đường vào buồng tủy.
- Lấy sạch trần buồng tủy.
- Xác định vị trí lỗ ống tủy.

6.4. Bước 4: Làm sạch và tạo hình hệ thống ống tủy:

- Thăm dò hệ thống ống tủy.
- Tạo đường trượt.
- Xác định chiều dài làm việc của các ống tủy bằng máy định vị chóp. Đối với người bệnh có máy tạo nhịp tim, đặt K file số 10, chụp X-quang để xác định chiều dài làm việc.
- Tạo hình hệ thống ống tủy bằng hệ thống file máy.
- Bơm rửa hệ thống ống tủy (NaOCl và các dung dịch hỗ trợ).
- Đặt thuốc nội tủy và vật liệu hàn tạm trong trường hợp điều trị nhiều lần hẹn.

6.5. Bước 5: Hàn kín hệ thống ống tủy:

- Bơm rửa và thấm khô hệ thống ống tủy.
- Đưa vật liệu sinh học vào ống tủy.

6.6. Bước 6: Chụp phim X-quang kiểm tra.

6.7. Bước 7: Phục hồi thân răng:

Phục hồi thân răng khi vật liệu sinh học đông cứng. Lựa chọn kỹ thuật phục hồi dựa vào tình trạng thân răng.

6.8. Bước 8: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: không đau, hệ thống ống tủy được hàn kín trên phim X-quang.

- Dẫn 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

- Tạo khắc trong ống tủy: tìm lại ống tủy bằng file cầm tay, tạo lại đường trượt.

- Thủng sàn, thành hệ thống ống tủy, di chuyển, xé rộng chóp răng: hàn kín vị trí thủng và chóp răng bằng vật liệu sinh học.

- Gãy dụng cụ trong ống tủy: lấy dụng cụ gãy, lách qua dụng cụ gãy (bypass).

- Tai biến do không đặt đê cao su cách ly răng:

+ Người bệnh hít/nuốt phải dụng cụ nội nha vào đường thở/đường tiêu hóa: xử trí cấp cứu dị vật đường thở, theo dõi và xử trí phù hợp dị vật đường tiêu hóa.

+ Viêm loét niêm mạc miệng, họng do NaOCl: điều trị viêm loét niêm mạc miệng họng.

- 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.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Sung, đau giữa các lần điều trị:

+ Điều trị nội khoa: kháng sinh, giảm đau, kháng viêm.

+ Tháo trống, làm sạch hệ thống ống tủy, đặt lại thuốc nội tủy.

- Sung, đau sau khi kết thúc điều trị:

+ Điều trị nội khoa: kháng sinh, giảm đau, kháng viêm.

+ Theo dõi, chỉ định điều trị nội nha lại (nếu cần).

- Nứt, vỡ thân răng: nhổ mảnh vỡ, phục hồi thân răng.

- Nứt, vỡ chân răng: nhổ răng.

7.3. Biến chứng muộn: Xuất hiện tổn thương quanh chóp hoặc tổn thương cũ tiến triển: phẫu thuật cắt chóp và hàn ngược ống tủy.

TÀI

LIỆU

THAM

KHẢO

Bộ Y tế (2025). “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Răng Hàm Mặt . Quyết định 3634/QĐ-BYT ngày 25/1/2025 của Bộ Y tế.

214. ĐIỀU TRỊ NỘI NHA LẠI (LẤY TỦY, LÀM SẠCH, TẠO HÌNH VÀ HÀN KÍN)

1. ĐẠI CƯƠNG

Điều trị nội nha lại là kỹ thuật bao gồm: loại bỏ dị vật và chất hàn cũ (nếu có), làm sạch và tạo hình hệ thống ống tủy bằng trâm (file) máy và hàn kín hệ thống ống tủy với phương pháp lèn ngang hoặc lèn dọc với Gutta Percha nóng chảy, nhằm mục đích bảo tồn răng.

2. CHỈ ĐỊNH

- Răng đã điều trị nội nha có tổn thương sau:
 - + Viêm quanh chóp cấp tính, viêm quanh chóp mạn tính.
 - + Áp xe quanh chóp cấp tính, áp xe quanh chóp mạn tính.
 - + Nang chân răng.
- Răng có chỉ định làm phục hình nhưng điều trị nội nha chưa đạt yêu cầu.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ:

- Người bệnh đang điều trị tia xạ vùng hàm mặt.
- Nhiễm khuẩn cấp tính vùng miệng- hàm mặt.
- Răng vĩnh viễn chưa đóng chóp.
- Răng không có khả năng phục hồi thân răng sau khi thực hiện kỹ thuật (trừ một số trường hợp chống chỉ định tuyệt đối nhổ răng).
- Răng có bệnh nha chu không có khả năng điều trị bảo tồn.

4. THẬN TRỌNG

4.1 Toàn thân:

- Chảy máu đối với trường hợp chấn thương răng kèm theo chấn thương khác hoặc trên người bệnh có bệnh toàn thân mạn tính như tiểu đường, tăng huyết áp, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, dị ứng, phụ nữ có thai.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:

- Không sử dụng kỹ thuật thử tủy điện, máy định vị chóp răng và motor nội nha tích hợp định vị chóp răng trên người bệnh có đặt máy tạo nhịp tim nhân tạo.

- Sử dụng thuốc cần thiết trước khi đặt đê cao su cho người bệnh hen phế quản.

- Người bệnh có tình trạng viêm nhiễm trong khoang miệng

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.

- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc:

- Thuốc tê.

- Thuốc sát khuẩn.

5.3. Vật tư

- Bơm tiêm, kim tiêm tê, bông, gạc vô khuẩn .v.v.
- Phương tiện, vật liệu cách ly răng.
- Phương tiện, dụng cụ bơm rửa ống tủy.
- Dung dịch bơm rửa ống tủy.
- Vật liệu làm mềm Gutta Percha.
- Thuốc đặt nội tủy.
- Vật liệu hàn tạm.
- Vật liệu hàn hệ thống ống tủy.
- Vật liệu phục hồi thân răng.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Trang thiết bị

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.
- Dụng cụ tháo cầu chụp (nếu cần).
- Bộ khuôn trám (nếu cần).
- Hệ thống file cầm tay.
- Bộ file tạo hình ống tủy.
- Bộ lèn dọc/ lèn ngang.
- Bộ dụng cụ khám.
- Mũi khoan các loại.
- Bộ dụng cụ hàn răng.

- Bộ file máy điều trị tùy lại.
- Tay khoan.
- Ghế máy nha khoa.
- Máy định vị chóp.
- Motor nội nha.
- Hệ thống lèn nhiệt.
- Đèn quang trùng hợp.
- Máy X-quang răng/phim răng
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.5. Người bệnh

- Bác sĩ giải thích cho 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.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Theo thời gian thực tế thực hiện.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng.

5.9. 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

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê tại chỗ.

6.1. Bước 1: Tháo bỏ phục hình cũ (nếu cần).

6.2. Bước 2: Cách ly răng:

- Phục hồi thành răng trước khi cách ly răng (nếu cần).
- Đặt đê cao su hoặc phương tiện cách ly thay thế.

6.3. Bước 3: Loại bỏ chất hàn cũ:

- Lấy chất hàn cũ ở buồng tủy.
- Lấy chất hàn cũ trong ống tủy bằng dụng cụ và vật liệu thích hợp.
- Lấy hoặc lách qua dụng cụ gãy (nếu có).
- Hàn thùng sàn buồng tủy bằng vật liệu sinh học (nếu có).

6.4. Bước 4: Làm sạch và tạo hình hệ thống ống tủy:

- Thăm dò hệ thống ống tủy.
- Tạo đường trượt.
- Xác định chiều dài làm việc của các ống tủy bằng máy định vị chóp. Đối với người bệnh có máy tạo nhịp tim, đặt K file số 10 và chụp X-quang để xác định chiều dài làm việc.
- Tạo hình hệ thống ống tủy bằng hệ thống file máy.
- Bơm rửa hệ thống ống tủy (NaOCl và các dung dịch hỗ trợ).
- Đặt thuốc nội tủy và vật liệu hàn tạm trong trường hợp điều trị nhiều lần hẹn.

6.5. Bước 5: Hàn kín hệ thống ống tủy:

- Thử cone Gutta Percha và chụp phim X-quang cận chóp.

- Bơm rửa và thấm khô hệ thống ống tủy.
- Đưa chất hàn ống tủy vào vùng chóp và thành hệ thống ống tủy.
- Hàn kín hệ thống ống tủy:

6.5.1. Hàn kín hệ thống ống tủy bằng phương pháp lèn ngang:

- Đưa cone Gutta Percha chính vào ống tủy.
- Tạo chỗ cho cone Gutta Percha phụ bằng cây lèn ngang.
- Đưa Gutta Percha phụ tương ứng vào khoảng trống trong ống tủy.
- Lặp lại với cây lèn ngang và cone Gutta Percha tương ứng nhỏ dần cho đến khi kín khít ống tủy theo chiều ngang.
- Cắt Gutta Percha tại miệng ống tủy bằng cây mang nhiệt.

6.5.2. Hàn kín hệ thống ống tủy bằng phương pháp lèn dọc:

- Hàn kín 5-7mm vùng chóp răng bằng cone chính.
- Bơm Gutta Percha nóng chảy vào phần thân ống tủy.
- Chụp phim X-quang kiểm tra.

6.6. Bước 6: Phục hồi thân răng:

Lựa chọn kỹ thuật phục hồi dựa vào tình trạng thân răng.

6.7. Bước 7: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:
 - + Toàn thân: ổn định.
 - + Tại chỗ: không đau, hệ thống ống tủy được hàn kín trên phim X-quang.
- Dẫn 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

- Tạo khắc trong ống tủy: tìm lại ống tủy bằng file cầm tay, tạo lại đường trượt.
- Thủng sàn, thành hệ thống ống tủy, di chuyển, xé rộng chóp răng: hàn kín vị trí thủng và chóp răng bằng vật liệu sinh học.
- Gãy dụng cụ trong ống tủy: lấy dụng cụ gãy, lách qua dụng cụ gãy (bypass).
- Tai biến do không đặt đê cao su cách ly răng:
 - + Người bệnh hít/nuốt phải dụng cụ nội nha vào đường thở/ đường tiêu hóa: xử trí cấp cứu dị vật đường thở, theo dõi và xử trí phù hợp dị vật đường tiêu hóa.
 - + Viêm loét niêm mạc miệng, họng do NaOCl: điều trị viêm loét niêm mạc miệng họng.
- Đưa vật liệu nội tủy và vật liệu trám bít ống tủy quá chóp: phẫu thuật cắt chóp hàn ngược, phẫu thuật nạo quanh chóp răng.
- 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.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Sung, đau:
 - + Điều trị nội khoa: kháng sinh, giảm đau, kháng viêm.
 - + Theo dõi, chỉ định điều trị nội nha lại (nếu cần).
- Nứt, vỡ thân răng: nhổ mảnh vỡ phục hồi thân răng.

- Nứt, vỡ chân răng: nhổ răng

7.3. Biến chứng muộn: Tổn thương quanh chóp hoặc tổn thương cũ tiến triển: phẫu thuật cắt chóp và hàn ngược ống tủy hoặc nhổ răng.

TÀI	LIỆU	THAM	KHẢO
Bộ Y tế (2025). “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Răng Hàm Mặt . Quyết định 3634/QĐ-BYT ngày 25/1/2025 của Bộ Y tế.			

215. CHE TỦY RĂNG BẰNG VẬT LIỆU SINH HỌC

1. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh tủy răng là bệnh thường gặp do biến chứng của sâu răng và chấn thương răng trong đó viêm tủy hồi phục, viêm tủy không hồi phục giai đoạn sớm có khả năng điều trị bảo tồn. Che tủy răng là kỹ thuật sử dụng vật liệu sinh học che kín và bảo vệ mô tủy khỏi môi trường nhiễm khuẩn, tạo môi trường sinh lý cho sự hồi phục của tủy răng.

2. CHỈ ĐỊNH

- Răng viêm tủy hồi phục, viêm tủy không hồi phục giai đoạn sớm.
- Răng sâu ngà sâu sát tủy.
- Răng bị hở tủy trong khi sửa soạn xoang trám.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân:

Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép thực hiện kỹ thuật.

3.2. Tại chỗ:

- Người bệnh đang điều trị tia xạ vùng hàm mặt.
- Nhiễm khuẩn cấp tính vùng miệng- hàm mặt
- Răng tủy đã hoại tử.
- Răng viêm quanh chóp.

4. THẬN TRỌNG

4.1 Toàn thân:

- Chảy máu đối với trường hợp chấn thương răng kèm theo chấn thương khác, người bệnh có rối loạn đông máu hoặc có bệnh toàn thân mạn tính như tiểu đường, tăng huyết áp, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, dị ứng, phụ nữ có thai .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:

- Sử dụng thuốc cần thiết trước khi đặt đê cao su cho người bệnh hen phế quản.

- Thời gian đông máu kéo dài trên người bệnh sử dụng thuốc chống đông và rối loạn đông máu.

- Người bệnh có tình trạng viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.

- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc:

- Thuốc tê.

- Thuốc sát khuẩn.

5.3. Vật tư

- Bơm tiêm, kim tiêm tê, bông, gạc vô khuẩn .v.v.

- Phương tiện, vật liệu cách ly răng.

. - Dung dịch sát khuẩn xoang trám NaOCl (Natri hypochlorite).

- Vật liệu sinh học che tủy răng.
- Vật liệu hàn vĩnh viễn..
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn..

5.4. Trang thiết bị

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.
- Bộ dụng cụ khám.
- Bộ dụng cụ đưa vật liệu sinh học.
- Bộ dụng cụ hàn răng.
- Bộ dụng cụ khám.
- Mũi khoan các loại
- Tay khoan.
- Ghế máy nha khoa.
- Đèn quang trùng hợp.
- Máy X-quang răng/phim răng.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn

5.5. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Theo thời gian thực hiện thực tế.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng hoặc phòng phẫu thuật.

5.9. 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

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê tại chỗ hoặc gây mê.

6.1. Bước 1: Cách ly răng:

Đặt đê cao su hoặc phương tiện cách ly thay thế.

6.2. Bước 2: Sửa soạn xoang hàn:

- Làm sạch phần ngà sâu.
- Sát khuẩn xoang hàn bằng dung dịch NaOCl.
- Làm khô xoang hàn.

6.3. Bước 3: Đặt vật liệu sinh học che tủy:

- Đặt vật liệu sinh học vào vị trí hở tủy (chụp tủy trực tiếp) hoặc đáy xoang hàn (chụp tủy gián tiếp).

- Lèn nhẹ và làm phẳng bề mặt vật liệu sinh học..

6.4. Bước 4: Hàn phục hồi xoang hàn:

- Phục hồi phần còn lại của xoang hàn bằng Composite và GIC.
- Kiểm tra khớp cắn.

- Hoàn thiện phần phục hồi thân răng.

6.5. Bước 5: Chụp phim X-quang cận chóp kiểm tra.

6.6. Bước 6: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: răng không đau, vật liệu hàn kín khít trên phim X-quang.

- Dẫn 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.

- Chảy máu tủy: tủy không cầm máu sau 5-10 phút: chụp tủy chân răng hoặc điều trị nội nha.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

Viêm tủy không hồi phục: chụp tủy chân răng hoặc điều trị nội nha.

7.3. Biến chứng muộn: Tủy hoại tử, viêm quanh chóp răng: điều trị nội nha.

TÀI

LIỆU

THAM

KHẢO

Bộ Y tế (2025). “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Răng Hàm Mặt . Quyết định 3634/QĐ-BYT ngày 25/1/2025 của Bộ Y tế.

216. CHE TỦY CHÂN RĂNG BẰNG VẬT LIỆU SINH HỌC

1. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh tủy răng là bệnh thường gặp do biến chứng của sâu răng và chấn thương răng trong đó viêm tủy hồi phục, viêm tủy không hồi phục giai đoạn sớm có khả năng điều trị bảo tồn. Che tủy răng chân răng là kỹ thuật loại bỏ một phần hoặc toàn bộ mô tủy buồng, sử dụng vật liệu sinh học che kín và bảo vệ mô tủy còn lại khỏi môi trường nhiễm khuẩn, tạo môi trường sinh lý cho sự hồi phục của tủy chân răng.

2. CHỈ ĐỊNH

- Răng viêm tủy có hồi phục hoặc không hồi phục nhưng giới hạn ở buồng tủy.
- Răng bị làm hở tủy trong khi sửa soạn xoan

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân:

Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép thực hiện kỹ thuật.

3.2. Tại chỗ:

- Răng tủy đã hoại tử.
- Răng viêm quanh chóp.

4. THẬN TRỌNG

4.1 Toàn thân:

- Chảy máu đối với trường hợp chấn thương răng kèm theo chấn thương khác, người bệnh có rối loạn đông máu hoặc có bệnh toàn thân mạn tính như tiểu đường, tăng huyết áp, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, dị ứng, phụ nữ có thai .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:

- Sử dụng thuốc cần thiết trước khi đặt đê cao su cho người bệnh hen phế quản.
- Thời gian đông máu kéo dài trên người bệnh sử dụng thuốc chống đông và rối loạn đông máu.
- Người bệnh có tình trạng viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc:

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.

5.3. Vật tư

- Bơm tiêm, kim tiêm tê, bông, gạc vô khuẩn .v.v.
- Phương tiện, vật liệu cách ly răng.
- Dung dịch sát khuẩn xoang trám NaOCl (Natri hypochlorite).
- Vật liệu sinh học che tủy răng.
- Vật liệu hàn vĩnh viễn..
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn..

5.4. Trang thiết bị

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.

- Bộ dụng cụ khám.
- Bộ dụng cụ đưa vật liệu sinh học.
- Bộ dụng cụ hàn răng.
- Bộ dụng cụ khám.
- Mũi khoan các loại
- Tay khoan.
- Ghế máy nha khoa.
- Đèn quang trùng hợp.
- Máy X-quang răng/phim răng.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn

5.5. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 1 giờ 30 phút đến 2 giờ.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng hoặc phòng phẫu thuật.

5.9. 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

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê tại chỗ hoặc gây mê.

6.1. Bước 1: Cách ly răng:

Đặt đê cao su hoặc phương tiện cách ly thay thế.

6.2. Bước 2:

- Mở tủy, lấy một phần hoặc toàn bộ mô tủy buồng.
- Xối rửa bằng dung dịch NaOCl.
- Làm khô buồng tủy.

6.3. Bước 3: Đặt vật liệu sinh học che tủy:

- Đưa vật liệu sinh học vào vị trí miệng ống tủy, che kín mô tủy chân răng.
- Lèn nhẹ và làm phẳng bề mặt vật liệu sinh học. Đặt từng lớp với độ dày từ 2-3 mm.
- Đặt bông ẩm, hàn tạm đối với vật liệu sinh học có thời gian đông cứng dài.

6.4. Bước 4: Hàn phục hồi xoang hàn:

- Phục hồi phần còn lại của xoang hàn bằng Composite và GIC.
- Kiểm tra khớp cắn.
- Hoàn thiện phần phục hồi thân răng.

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: răng không đau, vật liệu hàn kín khít trên phim X-quang.
- Dẫn 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.
- Chảy máu tủy: tủy không cầm máu sau 5-10 phút: điều trị nội nha.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

Viêm tủy không hồi phục: điều trị nội nha.

7.3. Biến chứng muộn: Tủy hoại tử, viêm quanh chóp răng: điều trị nội nha.

TÀI	LIỆU	THAM	KHẢO
Bộ Y tế (2025). “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Răng Hàm Mặt . Quyết định 3634/QĐ-BYT ngày 25/1/2025 của Bộ Y tế.			

217. HÀN LỖ THÙNG SÀN BUỒNG TỦY/THÀNH ỐNG TỦY BẰNG VẬT LIỆU SINH HỌC

1. ĐẠI CƯƠNG

Thùng sàn buồng tủy/thành ống tủy là tổn thương mất cấu trúc cứng do huỷ khoáng hoặc tai biến trong điều trị nội nha gây nhiễm khuẩn từ khoang tủy ra mô nha chu tương ứng cần được sửa chữa. Hàn lỗ thùng sàn buồng tủy/thành ống tủy là kỹ thuật sử dụng vật liệu sinh học che kín lỗ thùng nhằm tái lập lại cấu trúc răng, tạo môi trường sinh lý cho sự phục hồi tổn thương mô nha chu. Kỹ thuật được thực hiện trước các quy trình điều trị nội nha hoặc nội nha lại.

2. CHỈ ĐỊNH

- Răng thùng sàn tủy do bệnh lý sâu răng.
- Thùng sàn buồng tủy/thành ống tủy do tai biến trong điều trị nội nha.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân:

Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép thực hiện kỹ thuật.

3.2. Tại chỗ:

- Răng không có khả năng tái tạo thân răng sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Răng có bệnh nha chu, tổn thương tiêu chẻ chân răng $\geq$ độ 2.
- Kích thước và vị trí lỗ thùng làm mất kiểm soát ống tủy chân răng, làm mất liên tục sàn tủy, chân răng.

4. THẬN TRỌNG

4.1 Toàn thân:

- Người bệnh có bệnh toàn thân mạn tính như: tiểu đường, dị ứng, tăng huyết áp.v.v.
- Phụ nữ có thai.
- 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:

- Sử dụng thuốc cần thiết trước khi đặt đê cao su cho người bệnh hen phế quản.
- Người bệnh có tình trạng viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc:

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.

5.3. Vật tư

- Bơm tiêm, kim tiêm tê, bông, gạc vô khuẩn .v.v.
- Phương tiện, vật liệu cách ly răng.
- . - Dung dịch sát khuẩn xoang trám NaOCl (Natri hypochlorite).
- Vật liệu cầm máu.
- Vật liệu sinh học.

- Vật liệu hàn tạm.
- Vật liệu hàn vĩnh viễn.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn..

5.4. Trang thiết bị

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.
- Bộ khuôn trám (nếu cần).
- Bộ dụng cụ đưa vật liệu sinh học.
- Bộ dụng cụ hàn răng.
- Bộ dụng cụ khám.
- Mũi khoan các loại
- Tay khoan.
- Ghế máy nha khoa.
- Đèn quang trùng hợp.
- Máy X-quang răng/phim răng.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn

5.5. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 30 phút đến 1 giờ.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng.

5.9. 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

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê tại chỗ hoặc/và gây tê vùng (nếu cần).

6.1. Bước 1: Cách ly răng:

Đặt đê cao su hoặc phương tiện cách ly thay thế.

6.2. Bước 2: Bộc lộ vị trí tổn thương:

- Đặt vật liệu cách ly lấp kín miệng ống tủy.
- Làm sạch bằng bộ nạo và bơm rửa bằng NaOCl.
- Cầm máu: bằng vật liệu cầm máu thích.

6.3. Bước 3: Hàn kín lỗ thùng sàn buồng tủy bằng vật liệu sinh học:

- Làm khô sàn tủy và lỗ thùng.
- Hàn lỗ thùng sàn bằng vật liệu sinh học: sử dụng dụng cụ đưa và nhồi vật liệu sinh học.
- Hàn tạm buồng tủy bằng vật liệu thích hợp.

6.4. Bước 4: Thực hiện quy trình điều trị nội nha thông thường:

Thực hiện ở lần hẹn tiếp sau, khi vật liệu sinh học đã đông cứng hoàn toàn.

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: vật liệu sinh học phục hồi hoàn toàn vị trí thủng sàn/ thủng thành ống tủy mà không bít tắc ống tủy.

- Dẫn 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.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

Sưng, đau: điều trị nội khoa: kháng sinh, giảm đau, kháng viêm.

7.3. Biến chứng muộn: Xuất hiện tổn thương tiêu xương vùng chẽ hoặc tại vị trí lỗ thủng thành ống tủy, nứt vỡ thân- chân răng: nhổ răng.

TÀI	LIỆU	THAM	KHẢO
Bộ Y tế (2025). “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Răng Hàm Mặt . Quyết định 3634/QĐ-BYT ngày 25/1/2025 của Bộ Y tế.			

218. ĐẶT THUỐC ĐIỀU TRỊ NHẠY CẢM NGÀ

1. ĐẠI CƯƠNG Nhạy cảm ngà (dentin hypersensitivity) là tình trạng đau nhói ngắn, thoáng qua ở vùng ngà lộ ra khi tiếp xúc với kích thích nhiệt (nóng/lạnh), hóa học (chua/ngọt), cơ học (cọ xát) hoặc thổi hơi. Nguyên lý điều trị là bít kín ống ngà lộ, làm đông vón protein dịch ngà hoặc tạo lớp màng bảo vệ để giảm dòng chảy dịch ngà theo thuyết thủy động học. Mục đích giảm triệu chứng ê buốt, cải thiện chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân.

2. CHỈ ĐỊNH

- Nhạy cảm ngà do tụt nướu, mòn cổ răng, mòn men răng, sâu ngà nông.
- Ê buốt sau lấy cao răng, làm trắng răng hoặc các thủ thuật nha khoa khác.
- Nhạy cảm ngà do chải răng sai cách hoặc do yếu tố khác gây lộ ngà.
- Một số chỉ định khác theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị do Bộ Y tế ban hành.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Viêm nhiễm cấp tính tại chỗ (viêm nướu, viêm quanh răng nặng).
- Dị ứng với thành phần thuốc bôi (fluoride, glutaraldehyde, HEMA...).
- Răng có tổn thương tủy (viêm tủy, hoại tử tủy) cần điều trị nội nha trước.
- Bệnh nhân không hợp tác hoặc trẻ em nhỏ không kiểm soát được.

4. THẬN TRỌNG

- Tránh bôi thuốc lên niêm mạc mềm hoặc vùng hở tủy.
- Theo dõi phản ứng dị ứng sau bôi (dù hiếm).
- Không dùng cho răng nghi ngờ sâu sâu hoặc nứt răng cần xử lý khác.
- Hướng dẫn bệnh nhân tránh ăn uống ngay sau bôi (thường 30-60 phút).

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện a) Nhân lực trực tiếp: Bác sĩ Răng Hàm Mặt. b) Nhân lực hỗ trợ: Điều dưỡng nha khoa hoặc trợ thủ nha khoa.

5.2. Thuốc

- Vecni fluoride 5% (ví dụ: Duraphat) – dạng vecni, bôi tại chỗ.
- Gluma Desensitizer (Glutaraldehyde 5% + HEMA) – dung dịch bôi.
- Sodium fluoride 2% hoặc Acidulated phosphate fluoride (APF) 1.23% – gel hoặc dung dịch.

- Các chất khác: Potassium oxalate, arginine + calcium carbonate (tùy cơ sở).

5.3. Vật tư

- Bông gạc vô khuẩn, bông cuộn.
- Đê cao su (rubber dam) hoặc bông chắn má.
- Ống hút nước bọt.
- Cốc đựng thuốc, tấm bông, applicator.

5.4. Trang thiết bị

- Ghế máy nha khoa.
- Bộ dụng cụ khám (gương, thám trầm, kìm...).
- Máy thổi hơi 3 chức năng.
- Đèn quang trùng hợp (nếu dùng vật liệu light-cure).

5.5. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích giảm ê buốt, các bước tiến hành, nguy cơ kích ứng nhẹ (hiếm), tiên lượng tốt nếu tuân thủ.
- Hướng dẫn vệ sinh răng miệng, tránh kích thích trước và sau thủ thuật.
- Kiểm tra dị ứng nếu cần.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật (thường 5-15 phút).

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật Tại phòng thủ thuật hoặc trên ghế răng khoa Răng Hàm Mặt.

5.9. 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 thủ thuật (nếu áp dụng). c) Đặt tư thế bệnh nhân: Ngồi thẳng trên ghế nha khoa, đầu cố định.

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Bước 1 Làm sạch bề mặt răng: Lấy cao răng nếu cần, rửa sạch bằng nước muối sinh lý, thổi khô vùng điều trị.

6.2. Bước 2 Cách ly vùng: Sử dụng bông gạc, đê cao su hoặc ống hút nước bọt để tránh nước bọt lẫn vào.

6.3. Bước 3 Bôi thuốc:

- Bôi trực tiếp lên vùng ngà lộ bằng applicator hoặc tăm bông.
- Đê 30-60 giây (tùy loại thuốc: vecni fluoride để khô tự nhiên; Gluma massage nhẹ 30-60 giây).
- Một số loại cần rửa lại hoặc kích hoạt bằng ánh sáng (nếu resin-based).

6.4. Bước 4 Hoàn tất: Thổi khô, kiểm tra lại độ nhạy cảm (thử bằng hơi lạnh nếu cần), loại bỏ thừa thuốc.

6.X. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật (giảm ê buốt tức thì hoặc dần dần).
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo (hướng dẫn tái khám nếu cần).

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN Thường không có tai biến nghiêm trọng.

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Kích ứng nhẹ (nóng rát tạm thời): Rửa sạch, theo dõi.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Ê buốt tăng tạm thời: Hướng dẫn dùng kem đánh răng chống ê buốt tại nhà.

7.3. Biến chứng muộn

- Không có biến chứng muộn thường gặp nếu thực hiện đúng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO Bộ Y tế (2013). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh chuyên ngành Răng Hàm Mặt. Quyết định 3027/QĐ-BYT ngày 29/8/2013 của Bộ Y tế (mã kỹ thuật: Điều trị nhạy cảm ngà bằng thuốc bôi các loại). Bộ Y tế (2020). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Răng hàm mặt. Quyết định 2121/QĐ-BYT ngày 21/5/2020 của Bộ Y tế. Bộ Y tế (2025). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Răng Hàm Mặt - Tập 1 và Tập 2. Quyết định 3634/QĐ-BYT và 3635/QĐ-BYT ngày 24/11/2025 của Bộ Y tế.

**219. PHỤC HÌNH MÁT RĂNG BẰNG HÀM GIẢ THÁO LẮP BÁN PHẦN
NỀN NHỰA**

1. ĐẠI CƯƠNG

- Mất hoặc thiếu răng do nhiều nguyên nhân, việc phục hồi mất răng có nhiều phương pháp, trong đó kỹ thuật phục hình bằng hàm tháo lắp bán phần nền nhựa là một trong những lựa chọn để phục hồi chức năng và thẩm mỹ. Hàm giả tháo lắp bán phần nền nhựa là một loại hàm giả tháo lắp có nền hàm bằng nhựa gắn các răng giả thay thế cho các răng đã mất.

2. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh mất răng bán phần.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh đang có nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.

- Khớp cắn sâu không đủ khoảng cách cho nền hàm.

- Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép thực hiện kỹ thuật.

- Người bệnh không kiểm soát được hành vi.

- Người bệnh không hợp tác.

- Người bệnh dị ứng với thành phần nhựa nền hàm.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có vệ sinh răng miệng kém.

- Người bệnh có mô nha chu kém.

- Người bệnh đa sâu răng.

- Người bệnh có viêm nhiễm trong khoang miệng.

- Người bệnh liệt, khó thao tác tháo lắp và vệ sinh hàm giả.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- a) Nhân lực trực tiếp: Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- b) Nhân lực hỗ trợ: Điều dưỡng, Kỹ thuật viên phục hình.

5.2. Thuốc: Thuốc sát khuẩn

5.3. Vật tư

- Phương tiện bảo hộ cá nhân.
- Băng, gạc vô khuẩn.
- Dung dịch khử khuẩn dấu.
- Vật liệu lấy dấu.
- Vật liệu đổ mẫu.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Trang thiết bị

- Phương tiện và vật liệu ghi tương quan tâm.
- Bộ mũi khoan xương các loại.
- Bộ dụng cụ khám.
- Dụng cụ lấy dấu và đổ mẫu.
- Cung mặt và càn nhai.
- Vật liệu chế hàm giả tại Labo.
- Ghế máy nha khoa.
- Máy micromotor.

- Phương tiện chế tạo hàm giả tại Labo.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.5. Người bệnh

- Bác sĩ giải thích cho 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.
- Người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật:

- Trên ghế răng: từ 3 giờ đến 4 giờ.
- Tại Labo phục hình: từ 13 giờ đến 15 giờ.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng và tại Labo phục hình.

5.9. 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 theo quy định.
- c) Đặt tư thế BN: nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QTKT

- 6.1. Bước 1: Sát khuẩn.
- 6.2. Bước 2: Lấy dấu.
- 6.3. Bước 3: Đổ mẫu.

6.4. Bước 4: So màu răng.

6.5. Bước 5: Chế tác nền hàm tạm và gồi sáp (thực hiện tại Labo).

6.6. Bước 6: Đo cắn và ghi tương quan hai hàm.

6.7. Bước 7: Vào càng nhai và lên răng trên nền hàm tạm (thực hiện tại Labo).

6.8. Bước 8: Thử răng trên miệng người bệnh:

Kiểm tra thẩm mỹ, chức năng và phát âm.

6.9. Bước 9: Chuyển nền tạm thành nền nhựa vĩnh viễn (thực hiện tại Labo).

6.10. Bước 10: Lắp hàm trên miệng người bệnh:

Kiểm tra thẩm mỹ, chức năng và phát âm.

6.11. Bước 11: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: hàm giả đạt yêu cầu về chức năng và thẩm mỹ, khớp cắn ổn định.

- Dẫn dò người bệnh, hướng dẫn cách sử dụng và vệ sinh hàm giả.

- 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: Sang chấn răng, niêm mạc miệng: điều trị sang thương.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chấn thương niêm mạc miệng: mài chỉnh nền hàm giả và điều trị chấn thương niêm mạc miệng.

- Móc chặt quá hoặc lỏng quá gây khó lắp hàm và tổn thương niêm mạc: nắn chỉnh lại vị trí của móc trên hàm giả.

- Sai, lệch, khớp cắn cao: mài chỉnh trên hàm giả, điều chỉnh khớp cắn.

7.3. Biện chứng muộn: Đau lợi, niêm mạc môi má do chấn thương khi sử dụng hàm giả: điều chỉnh hàm giả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2025). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Răng hàm mặt – Tập I. Quyết định 3634/QĐ-BYT ngày 24/11/2025 của Bộ Y tế.

221. THÁO CẦU/ CHỤP RĂNG GIẢ

1. ĐẠI CƯƠNG

- Cầu chụp răng giả có thể bị vỡ, gãy, không đạt yêu cầu về chức năng và thẩm mỹ cũng như răng mang chụp có thể có các bệnh lý khác nhau cần phải được điều trị hoặc nhổ bỏ. Kỹ thuật tháo bỏ cầu, chụp răng giả nhằm mục đích làm lại phục hình hỏng hoặc để điều trị các biến chứng liên quan.

2. CHỈ ĐỊNH

- Răng mang cầu, chụp có bệnh lý tủy răng, viêm quanh cuống răng, nang chân răng.v.v...mà cần phải tháo cầu, chụp để điều trị bệnh lý tủy răng.

- Cầu, chụp răng vỡ, không đạt yêu cầu về thẩm mỹ.

- Người bệnh mang cầu, chụp kim loại có kế hoạch điều trị tia xạ hoặc chụp MRI vùng miệng, hàm mặt.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh đang có nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.

- Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép thực hiện kỹ thuật.

4. THẬN TRỌNG

- Răng mang cầu chụp đã điều trị nội nha (nguy cơ gãy thân răng).

- Răng mang cầu, chụp có mô quanh răng kém.

- Người bệnh có viêm nhiễm trong khoang miệng.

- Người bệnh có thể trạng toàn thân kém.

- 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).

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- a) Nhân lực trực tiếp: Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- b) Nhân lực hỗ trợ: Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc sát khuẩn.
- Thuốc tê.

5.3. Vật tư

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.
- Bơm tiêm, kim tiêm tê, bông, gạc vô khuẩn.v.v..
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Trang thiết bị

- Tay khoan.
- Mũi khoan các loại.
- Bộ dụng cụ tháo chụp.
- Bộ dụng cụ khám.
- Ghế máy nha khoa.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.5. Người bệnh

- Bác sĩ giải thích cho 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.

- Người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 30 phút đến 1 giờ.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng.

5.9. 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 theo quy định.

c) Đặt tư thế BN: nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QTKT

Sử dụng phương pháp vô cảm nếu cần.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Cắt cầu, chụp:

- Dùng mũi khoan thích hợp cắt từng chụp ở các vị trí thuận lợi cho tháo phục hình.
- Dùng dụng cụ (bẫy, kìm tách chụp) thích hợp để nói lỏng chụp qua các đường cắt.

6.3. Bước 3: Tháo cầu, chụp:

- Dùng dụng cụ tháo chụp lấy chụp răng đã cắt ra khỏi răng mang chụp.
- Làm sạch bề mặt thân răng mang chụp.

6.4. Bước 4: Bảo vệ thân răng mang chụp:

- Có thể làm lại cầu, chụp tạt trong khi chờ điều trị các bệnh lý liên quan và làm lại phục hình.

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: đánh giá tình trạng răng trụ và các biến chứng liên quan, đưa ra kế hoạch điều trị tiếp theo.

- Dẫn dò người bệnh.

- 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.

- Rơi dụng cụ vào đường tiêu hóa: giải thích và theo dõi.

- Rơi dụng cụ vào đường hô hấp: cấp cứu lấy dị vật.

- Gãy thân răng mang chụp: điều trị bảo tồn hoặc nhổ răng.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: Không có.

7.3. Tai biến muộn: Không có.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2025). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Răng hàm mặt – Tập I. Quyết định 3634/QĐ-BYT ngày 24/11/2025 của Bộ Y tế.

222. ĐẶT MÁNG ĐIỀU TRỊ TẬT NGHIỀN RĂNG

1. ĐẠI CƯƠNG

- Nghiến răng do nhiều nguyên nhân gây nên, để lại các hậu quả như mòn răng, vỡ răng, đau mỗi khớp thái dương hàm .v.v.Có nhiều phương pháp điều trị tật nghiến răng, một trong những phương pháp điều trị nghiến răng là sử dụng máng chống nghiến.

2. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có tật nghiến răng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Đang có bệnh cấp tính trong khoang miệng.
- Người bệnh dị ứng với vật liệu chế tạo máng chống nghiến.
- Người bệnh có bệnh cấp tính chưa được kiểm soát.
- Người bệnh không kiểm soát được hành vi.

4. THẬN TRỌNG

- Tổn thương nội khớp thái dương hàm.
- Người bệnh vệ sinh răng miệng kém.
- Người bệnh không tinh táo.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- a) Nhân lực trực tiếp: Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- b) Nhân lực hỗ trợ: Điều dưỡng, kỹ thuật viên phục hình

5.2. Thuốc: Không

5.3. Vật tư

- Phương tiện bảo hộ cá nhân.
- Băng, gạc vô khuẩn.
- Dung dịch khử khuẩn dấp.
- Vật liệu lấy dấp và đổ mẫu.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Trang thiết bị

- Bộ dụng cụ lấy dấp và đổ mẫu.
- Bộ dụng cụ khám, bộ thìa lấy dấp.
- Vật liệu chế tạo máng tại Labo.
- Ghế máy nha khoa.
- Phương tiện chế tạo máng tại Labo.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.5. Người bệnh

- Bác sĩ giải thích cho 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.

- Người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật:

- Trên ghế răng: từ 1-2 giờ.

- Tại Labo phục hình: Từ 2 giờ đến 3 giờ.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng và tại Labo phục hình.

5.9. 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 theo quy định.

c) Đặt tư thế BN: nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Bước 1: Lấy dấu.

6.2. Bước 2: Sửa soạn mẫu cho làm máng.

6.3. Bước 3: Làm máng chống nghiêng tại Labo.

6.4. Bước 4: Lắp và điều chỉnh máng trên miệng.

6.5. Bước 5: Các lần hẹn điều trị tiếp theo:

- Kiểm tra tình trạng cơ và khớp thái dương hàm của người bệnh và chỉnh sửa máng cho phù hợp.

- Hỏi, kiểm tra tình trạng nghiêng răng của người bệnh.

6.6. Bước 6: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: máng ổn định trong miệng người bệnh, khớp cắn phù hợp.

- Dặn dò người bệnh, hướng dẫn vệ sinh răng miệng.

- Hẹn tái khám.

- Khi người bệnh đã ngừng hẳn thói quen nghiến răng, thì tháo máng và kết thúc điều trị.

- 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: Sang thương niêm mạc miệng: điều trị sang thương.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Viêm loét niêm mạc miệng: điều trị viêm loét.

- Gãy máng: làm lại máng mới.

7.3. Biến chứng muộn: Đau khớp thái dương hàm: điều chỉnh độ cao của máng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2025). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Răng hàm mặt – Tập I. Quyết định 3634/QĐ-BYT ngày 24/11/2025 của Bộ Y tế.

223. LẤY DẤU VÀ ĐỔ MẪU

1. ĐẠI CƯƠNG

- Lấy dấu và đổ mẫu là kỹ thuật sử dụng vật liệu lấy dấu để ghi lại dấu âm bản cung răng và hàm của người bệnh sau đó dùng thạch cao để đổ mẫu hàm.

2. CHỈ ĐỊNH

- Nghiên cứu và lên kế hoạch chỉnh hình xương, phục hình, nắn chỉnh răng, bệnh lý thái dương hàm hoặc khi cần lưu trữ mẫu hàm của người bệnh.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.
- Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện kỹ thuật.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có phản xạ nôn khi lấy dấu.
- Các cấu trúc giải phẫu bất thường.
- Dị ứng với vật liệu lấy dấu.

. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Nhân lực trực tiếp: Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Nhân lực hỗ trợ: Điều dưỡng hoặc Kỹ thuật viên phục hình

5.2. Thuốc: Không

5.3. Vật tư

- Phương tiện bảo hộ cá nhân.

- Vật liệu lấy dấu.
- Vật liệu ghi dấu khớp cắn.
- Nước súc miệng, dung dịch sát khuẩn.
- Vật liệu đổ mẫu.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Trang thiết bị

- Bộ dụng cụ khám.
- Bộ dụng cụ làm sạch và đánh bóng răng.
- Bộ dụng cụ lấy dấu.
- Ghế máy nha khoa.
- Phương tiện đổ mẫu tại Labo.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.5. Người bệnh

- Bác sĩ giải thích cho 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.
- Người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật:

- Trên ghế răng: từ 20 phút đến 30 phút.
- Tại Labo phục hình: từ 30 phút đến 45 phút.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng và Labo phục hình.

5.9. 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 theo quy định.

c) Đặt tư thế BN: ngồi

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Bước 1: Lấy dấu:

- Thử thìa lấy dấu.

- Lấy dấu người bệnh.

- Kiểm tra lại các chi tiết trên dấu vừa lấy.

- Lấy sáp cắn ở tư thế cắn khít Trung tâm.

- Ghi nhận lại các đặc điểm trên hai hàm của người bệnh để nhận mẫu sau khi mẫu đã được đổ thạch cao, tránh nhầm lẫn giữa các mẫu của người bệnh khác nhau.

- Làm sạch răng miệng người bệnh sau khi lấy dấu.

6.2. Bước 2: Đổ mẫu tại Labo.

6.3. Bước 3: Kết thúc quy trình.

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

- Dẫn dò người bệnh/Người giám hộ.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

- 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: Rơi vật liệu lấy dấu vào đường thở: cấp cứu lấy dị vật.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: Không có.

7.3. Biến chứng muộn: Không có.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2025). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Răng hàm mặt – Tập II. Quyết định 3635/QĐ-BYT ngày 24/11/2025 của Bộ Y tế.

224. PHẪU THUẬT CẮT CHÂN RĂNG

1. ĐẠI CƯƠNG

- Chân răng không thể điều trị bảo tồn trong một số trường hợp bệnh lý (nội nha, nha chu, chấn thương.v.v.). Phẫu thuật cắt chân răng là kỹ thuật lấy bỏ chân răng bệnh lý không có khả năng bảo tồn ở răng nhiều chân, phần răng còn lại được điều trị và giữ lại để phục hồi chức năng ăn nhai và thẩm mỹ.

2. CHỈ ĐỊNH

- Răng có túi lợi bệnh lý ở một chân răng không bảo tồn được.
- Chân răng điều trị nội nha không thành công: gãy hoặc nứt chân răng, ống tủy tắc hoặc gãy dụng cụ không lấy ra được, thủng chân răng.
- Chấn thương gãy chân răng.
- Tổn thương bệnh lý nội tiêu, ngoại tiêu chân răng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Răng lung lay độ 3 trở lên.
- Xương ổ răng không đảm bảo vững chắc cho phần chân răng còn lại.
- Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.
- Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép thực hiện thủ thuật.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có viêm nhiễm trong khoang miệng.
- Tổn thương các cấu trúc giải phẫu liên quan.
- Có các bệnh toàn thân chưa được kiểm soát như: tiểu đường, huyết áp cao, đang dùng thuốc chống đông.v.v..

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- a) Nhân lực trực tiếp: Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- b) Nhân lực hỗ trợ: Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.

5.3. Vật tư

- Băng, gạc vô khuẩn.
- Chỉ phẫu thuật không tiêu.
- Bột băng phẫu thuật.
- Nước súc miệng.
- Nước muối sinh lý.
- Cồn 70 độ.
- Oxy già.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Trang thiết bị

- Mũi khoan kim cương.
- Mũi khoan tungsten.
- Tay khoan các loại.

- Đầu cao răng trên lợi, dưới lợi
- Bộ dụng cụ khám.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật nha chu.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật trong miệng
- Bộ dụng cụ nhổ răng.
- Ghế máy nha khoa.
- Máy lấy cao răng siêu âm
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn..

5.5. Người bệnh

- Bác sĩ giải thích cho 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.
- Người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 1 giờ đến 1 giờ 30 phút.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng hoặc phòng phẫu thuật.

5.9. 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 theo quy định.
- c) Đặt tư thế BN: nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê tại chỗ kết hợp với tê vùng nếu cần.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Tạo vạt niêm mạc:

Rạch và bóc tách vạt niêm mạc màng xương, bộc lộ vùng phẫu thuật.

6.3. Bước 3: Lấy bỏ chân răng:

- Bộc lộ chân răng cần cắt.
- Chia cắt chân răng và phần thân răng tương ứng.
- Lấy bỏ phần thân và chân răng đã chia tách.
- Làm nhẵn bề mặt vừa cắt.
- Làm nhẵn bề mặt chân răng còn lại.

6.4. Bước 4: Khâu đóng vạt niêm mạc

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 và lấy hết chân răng bệnh lý.
- Dẫn dò người bệnh, hẹn cắt chỉ.
- 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: băng ép hoặc khâu cầm máu thêm nếu cần.
- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.

7.3. Biến chứng muộn: Không có.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2025). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Răng hàm mặt – Tập I. Quyết định 3634/QĐ-BYT ngày 24/11/2025 của Bộ Y tế.

225. PHẪU THUẬT NHỎ RĂNG/ THÂN RĂNG VĨNH VIỄN

1. ĐẠI CƯƠNG

- Phẫu thuật nhỏ răng/chân răng vĩnh viễn là kỹ thuật lấy bỏ những răng/chân răng bệnh lý không có khả năng bảo tồn hoặc bảo tồn thất bại hoặc khi cần phải phối hợp với các điều trị khác.

2. CHỈ ĐỊNH

- Răng/chân răng không có khả năng bảo tồn:
- + Viêm quanh răng nặng.
- + Răng sâu mất nhiều mô cứng do các nguyên nhân.
- + Răng lung lay độ 3, 4.
- Răng thừa.
- Răng mọc lạc chỗ.
- Răng có chỉ định nhỏ để nắn chỉnh răng, phục hình răng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.
- Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép thực hiện thủ thuật.

4. THẬN TRỌNG

- Hình thể răng hoặc chân răng bất thường có liên quan đến các cấu trúc giải phẫu lân cận.
- Có các bệnh toàn thân chưa được kiểm soát như: tiểu đường, huyết áp cao, đang dùng thuốc chống đông.v.v..

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- a) Nhân lực trực tiếp: Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- b) Nhân lực hỗ trợ: Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.

5.3. Vật tư

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.
- Bơm tiêm, kim tê, bông, gạc vô khuẩn.v.v.
- Vật liệu cầm máu.
- Chỉ phẫu thuật.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Trang thiết bị

- Bộ dụng cụ khám.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật.
- Mũi khoan (nếu cần).
- Kìm, bẫy nhổ răng.
- Tay khoan (nếu cần).
- Ghế máy nha khoa.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.5. Người bệnh

- Bác sĩ giải thích cho 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.

- Người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.

- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 30 phút đến 45 phút.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng.

5.9. 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 theo quy định.

c) Đặt tư thế BN: nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê tại chỗ kết hợp với tê vùng nếu cần.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn trong và ngoài miệng bằng dung dịch sát khuẩn thích hợp.

6.2. Bước 2: Tách dây chằng quanh răng.

6.3. Bước 3: Dùng bẫy tách chân răng với xương ổ răng.

6.4. Bước 4: Lấy răng ra khỏi ổ răng.

6.5. Bước 5: Kiểm soát huyết ổ răng.

6.6. Bước 6: Tạo hình huyết ổ răng (nếu cần).

6.7. Bước 7: Cầm máu.

6.8. Bước 8: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi kết thúc quy trình:

+ Toàn thân: các chỉ số sinh tồn ổn định.

+ Tại chỗ: không chảy máu, lấy hết răng/chân răng.

- Hướng dẫn người bệnh chăm sóc sau phẫu thuật, hẹn cắt chỉ nếu cần.

- Hẹn tái khám.

- Kê đơn thuốc.

- 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.

- Chảy máu: cầm máu.

- Gãy chân răng: lấy chân răng.

- Chân răng lọt vào xoang hàm hoặc thông đáy xoang: lấy chân răng và đóng lỗ thông xoang.

- Sang chấn tổ chức lân cận (răng hoặc dây thần kinh): theo dõi.

- Sai khớp thái dương hàm: nắn khớp.

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. Biện chứng muộn: Không có.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2025). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Răng hàm mặt – Tập I. Quyết định 3634/QĐ-BYT ngày 24/11/2025 của Bộ Y tế.

226. TRÁM BÍT HỐ RÃNH DỤ PHÒNG SÂU RĂNG

1. ĐẠI CƯƠNG

- Hố rãnh trên răng là những vị trí có nguy cơ sâu răng. Có nhiều phương pháp dự phòng sâu răng, trong đó trám bít hố rãnh răng là kỹ thuật sử dụng vật liệu thích hợp phủ kín các hố rãnh trên bề mặt răng nhằm để giảm nguy cơ gây sâu răng.

2. CHỈ ĐỊNH

- Răng mới mọc có cấu trúc hố rãnh phức tạp.
- Đốm trắng vùng hố rãnh răng.
- Người bệnh có nguy cơ sâu răng cao.
- Người bệnh mang khí cụ nắn chỉnh răng.
- Người bệnh cần chăm sóc đặc biệt.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.
- Dị ứng với các thành phần của vật liệu trám bít.
- Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép thực hiện thủ thuật.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có viêm nhiễm trong khoang miệng.
- Người bệnh có bệnh toàn thân chưa được kiểm soát.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- a) Nhân lực trực tiếp: Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- b) Nhân lực hỗ trợ: Điều dưỡng.

5.2. Thuốc: Không

5.3. Vật tư

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.
- Băng, gạc vô khuẩn.
- Ống hút nước bọt.
- Chổi đánh bóng răng.
- Vật liệu trám bít.
- Bột đánh bóng không có Fluor.
- Dung dịch xử lý bề mặt.

5.4. Trang thiết bị

- Bộ dụng cụ khám.
- Tay khoan.
- Mũi khoan các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.

- Ghế máy nha khoa.
- Đèn quang trùng hợp (nếu cần).
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.5. Người bệnh

- Bác sĩ giải thích cho 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.
- Người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 20 phút đến 40 phút.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng hoặc phòng phẫu thuật.

5.9. Kiểm tra hồ sơ

- 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.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật theo quy định.
- Đặt tư thế BN: nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê hoặc gây mê.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Làm sạch răng và chuẩn bị bề mặt :

- Dùng chổi làm sạch răng.

- Rửa sạch răng.

6.3. Bước 3: Cách ly răng:

Cách ly răng bằng phương tiện thích hợp.

6.4. Bước 4: Sửa soạn răng:

- Đối với chất trám bít là Glass ionomer cement:

- + Dùng chất xử lý conditioner.

- + Rửa sạch với nước.

- + Làm khô.

- Đối với vật liệu dán dính:

- + Xoi mòn men bằng acid phosphoric 37%.

- + Rửa sạch với nước.

- + Làm khô.

- + Bôi keo dán, chiếu đèn.1017

6.5. Bước 5: Đặt vật liệu trám bít :

- Đặt chất trám bít che phủ kín các bề mặt cần trám bít.

- Bôi chất cách ly bề mặt (nếu cần).

- Chiếu đèn quang trùng hợp (nếu cần).

- Rửa sạch miếng trám với nước trong 60 giây.

6.6. Bước 6: Kiểm tra và điều chỉnh khớp cắn

- Sử dụng giấy cắn kiểm tra khớp cắn.

- Sử dụng chỉ tơ nha khoa lấy đi vật liệu thừa giữa các răng.

6.7. Bước 7: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:
 - + Toàn thân: các chỉ số sinh tồn ổn định (mạch, nhiệt độ, huyết áp).
 - + Tại chỗ: vết trám kín khít, khớp cắn bình thường.
- Hướng dẫn, dặn dò người bệnh và người giám hộ.
- 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

- Sang chấn phần mềm: điều trị sang thương.
- Rơi dụng cụ vào đường tiêu hoá: theo dõi và xử trí phù hợp dị vật đường tiêu hoá.
- Rơi dụng cụ vào đường hô hấp: theo dõi và xử trí phù hợp dị vật đường thở.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: Bong/vỡ chất trám bít: trám bít lại.

7.3. Biến chứng muộn: Sâu răng: điều trị sâu răng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2025). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Răng hàm mặt – Tập I. Quyết định 3634/QĐ-BYT ngày 24/11/2025 của Bộ Y tế.

227. CHE TỦY RĂNG SỬA BẰNG VẬT LIỆU SINH HỌC

1. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh tủy răng là bệnh thường gặp do biến chứng của sâu răng và chấn thương răng trong đó viêm tủy hồi phục, viêm tủy không hồi phục giai đoạn sớm có khả năng điều trị bảo tồn. Che tủy răng sửa là kỹ thuật sử dụng vật liệu sinh học che kín và bảo vệ mô tủy khỏi môi trường nhiễm khuẩn, tạo môi trường sinh lý cho sự hồi phục của tủy răng.

2. CHỈ ĐỊNH

- Răng viêm tủy hồi phục, viêm tủy không hồi phục giai đoạn sớm.
- Răng sâu ngà sâu sát tủy.
- Răng bị hở tủy trong khi sửa soạn xoang trám.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân:

Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép thực hiện kỹ thuật.

3.2. Tại chỗ:

- Người bệnh đang điều trị tia xạ vùng hàm mặt.
- Nhiễm khuẩn cấp tính vùng miệng- hàm mặt
- Răng tủy đã hoại tử.
- Răng viêm quanh chóp.

4. THẬN TRỌNG

4.1 Toàn thân:

- Chảy máu đối với trường hợp chấn thương răng kèm theo chấn thương khác, người bệnh có rối loạn đông máu hoặc có bệnh toàn thân mạn tính như tiểu đường, tăng huyết áp, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, dị ứng, phụ nữ có thai .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:

- Sử dụng thuốc cần thiết trước khi đặt đê cao su cho người bệnh hen phế quản.

- Thời gian đông máu kéo dài trên người bệnh sử dụng thuốc chống đông và rối loạn đông máu.

- Người bệnh có tình trạng viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.

- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc:

- Thuốc tê.

- Thuốc sát khuẩn.

5.3. Vật tư

- Bơm tiêm, kim tiêm tê, bông, gạc vô khuẩn .v.v.

- Phương tiện, vật liệu cách ly răng.

- . - Dung dịch sát khuẩn xoang trám NaOCl (Natri hypochlorite).

- Vật liệu sinh học che tủy răng.
- Vật liệu hàn vĩnh viễn..
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn..

5.4. Trang thiết bị

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.
- Bộ dụng cụ khám.
- Bộ dụng cụ đưa vật liệu sinh học.
- Bộ dụng cụ hàn răng.
- Bộ dụng cụ khám.
- Mũi khoan các loại
- Tay khoan.
- Ghế máy nha khoa.
- Đèn quang trùng hợp.
- Máy X-quang răng/phim răng.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn

5.5. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Theo thời gian thực hiện thực tế.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng hoặc phòng phẫu thuật.

5.9. 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

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê tại chỗ hoặc gây mê.

6.1. Bước 1: Cách ly răng:

Đặt đê cao su hoặc phương tiện cách ly thay thế.

6.2. Bước 2: Sửa soạn xoang hàn:

- Làm sạch phần ngà sâu.
- Sát khuẩn xoang hàn bằng dung dịch NaOCl.
- Làm khô xoang hàn.

6.3. Bước 3: Đặt vật liệu sinh học che tủy:

- Đặt vật liệu sinh học vào vị trí hở tủy (chụp tủy trực tiếp) hoặc đáy xoang hàn (chụp tủy gián tiếp).

- Lèn nhẹ và làm phẳng bề mặt vật liệu sinh học..

6.4. Bước 4: Hàn phục hồi xoang hàn:

- Phục hồi phần còn lại của xoang hàn bằng Composite và GIC.
- Kiểm tra khớp cắn.

- Hoàn thiện phần phục hồi thân răng.

6.5. Bước 5: Chụp phim X-quang cận chóp kiểm tra.

6.6. Bước 6: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: răng không đau, vật liệu hàn kín khít trên phim X-quang.

- Dẫn 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.

- Chảy máu tủy: tủy không cầm máu sau 5-10 phút: chụp tủy chân răng hoặc điều trị nội nha.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

Viêm tủy không hồi phục: chụp tủy chân răng hoặc điều trị nội nha.

7.3. Biến chứng muộn: Tủy hoại tử, viêm quanh chóp răng: điều trị nội nha.

TÀI

LIỆU

THAM

KHẢO

Bộ Y tế (2025). “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Răng Hàm Mặt . Quyết định 3634/QĐ-BYT ngày 25/1/2025 của Bộ Y tế.

228. CHE TỦY CHÂN RĂNG SỮA BẰNG VẬT LIỆU SINH HỌC

1. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh tủy răng là bệnh thường gặp do biến chứng của sâu răng và chấn thương răng trong đó viêm tủy hồi phục, viêm tủy không hồi phục giai đoạn sớm có khả năng điều trị bảo tồn. Che tủy răng chân răng sữa là kỹ thuật loại bỏ một phần hoặc toàn bộ mô tủy buồng, sử dụng vật liệu sinh học che kín và bảo vệ mô tủy còn lại khỏi môi trường nhiễm khuẩn, tạo môi trường sinh lý cho sự hồi phục của tủy chân răng.

2. CHỈ ĐỊNH

- Răng viêm tủy có hồi phục hoặc không hồi phục nhưng giới hạn ở buồng tủy.
- Răng bị làm hở tủy trong khi sửa soạn xoan

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân:

Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép thực hiện kỹ thuật.

3.2. Tại chỗ:

- Răng tủy đã hoại tử.
- Răng viêm quanh chóp.

4. THẬN TRỌNG

4.1 Toàn thân:

- Chảy máu đối với trường hợp chấn thương răng kèm theo chấn thương khác, người bệnh có rối loạn đông máu hoặc có bệnh toàn thân mạn tính như tiểu đường, tăng huyết áp, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, dị ứng, phụ nữ có thai .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:

- Sử dụng thuốc cần thiết trước khi đặt đê cao su cho người bệnh hen phế quản.
- Thời gian đông máu kéo dài trên người bệnh sử dụng thuốc chống đông và rối loạn đông máu.
- Người bệnh có tình trạng viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc:

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.

5.3. Vật tư

- Bơm tiêm, kim tiêm tê, bông, gạc vô khuẩn .v.v.
- Phương tiện, vật liệu cách ly răng.
- Dung dịch sát khuẩn xoang trám NaOCl (Natri hypochlorite).
- Vật liệu sinh học che tủy răng.
- Vật liệu hàn vĩnh viễn..
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn..

5.4. Trang thiết bị

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.

- Bộ dụng cụ khám.
- Bộ dụng cụ đưa vật liệu sinh học.
- Bộ dụng cụ hàn răng.
- Bộ dụng cụ khám.
- Mũi khoan các loại
- Tay khoan.
- Ghế máy nha khoa.
- Đèn quang trùng hợp.
- Máy X-quang răng/phim răng.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn

5.5. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 1 giờ 30 phút đến 2 giờ.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng hoặc phòng phẫu thuật.

5.9. 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

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê tại chỗ hoặc gây mê.

6.1. Bước 1: Cách ly răng:

Đặt đê cao su hoặc phương tiện cách ly thay thế.

6.2. Bước 2:

- Mở tủy, lấy một phần hoặc toàn bộ mô tủy buồng.
- Xối rửa bằng dung dịch NaOCl.
- Làm khô buồng tủy.

6.3. Bước 3: Đặt vật liệu sinh học che tủy:

- Đưa vật liệu sinh học vào vị trí miệng ống tủy, che kín mô tủy chân răng.
- Lèn nhẹ và làm phẳng bề mặt vật liệu sinh học. Đặt từng lớp với độ dày từ 2-3 mm.
- Đặt bông ẩm, hàn tạm đối với vật liệu sinh học có thời gian đông cứng dài.

6.4. Bước 4: Hàn phục hồi xoang hàn:

- Phục hồi phần còn lại của xoang hàn bằng Composite và GIC.
- Kiểm tra khớp cắn.
- Hoàn thiện phần phục hồi thân răng.

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: răng không đau, vật liệu hàn kín khít trên phim X-quang.
- Dẫn 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.
- Chảy máu tủy: tủy không cầm máu sau 5-10 phút: điều trị nội nha.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

Viêm tủy không hồi phục: điều trị nội nha.

7.3. Biến chứng muộn: Tủy hoại tử, viêm quanh chóp răng: điều trị nội nha.

TÀI	LIỆU	THAM	KHẢO
Bộ Y tế (2025). “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Răng Hàm Mặt . Quyết định 3634/QĐ-BYT ngày 25/1/2025 của Bộ Y tế.			

229. TÁI KHOÁNG HÓA MEN RĂNG BẰNG THUỐC BÔI BỀ MẶT

1. ĐẠI CƯƠNG Tái khoáng hóa men răng bằng thuốc bôi bề mặt là kỹ thuật áp dụng fluoride nồng độ cao (thường dạng vecni, gel hoặc dung dịch) lên bề mặt men răng để thúc đẩy quá trình tái tạo khoáng chất (chủ yếu canxi và phosphate), giúp phục hồi vùng men răng bị mất khoáng sớm, tăng độ bền men răng, giảm nguy cơ sâu răng và ê buốt. Nguyên lý dựa trên khả năng fluoride kết hợp với hydroxyapatite tạo fluorapatite bền vững hơn, chống lại axit từ vi khuẩn. Mục đích chính là dự phòng và điều trị sớm sâu răng, đặc biệt ở trẻ em và nhóm nguy cơ cao.

2. CHỈ ĐỊNH

- Tồn thương sâu răng sớm (đốm trắng, mất khoáng men răng mà chưa hình thành lỗ sâu).
- Nguy cơ sâu răng cao (trẻ em, người có mảng bám nhiều, chế độ ăn nhiều đường, khô miệng...).
- Sau lấy cao răng, tẩy trắng răng hoặc chỉnh nha để bảo vệ men răng.
- Giảm ê buốt răng nhạy cảm do men răng mòn.
- Dự phòng sâu răng ở trẻ em và người lớn có nguy cơ cao.
- Một số chỉ định khác theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị do Bộ Y tế ban hành.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Dị ứng với fluoride hoặc thành phần của thuốc bôi.
- Người bệnh không hợp tác (trẻ nhỏ không há miệng hoặc nuốt thuốc).
- Tồn thương sâu răng đã hình thành lỗ sâu cần hàn trám hoặc điều trị xâm lấn.

4. THẬN TRỌNG

- Tránh nuốt thuốc, đặc biệt ở trẻ nhỏ (sử dụng lượng nhỏ, hướng dẫn nhỏ nước bọt).
- Không bôi cho trẻ dưới 6 tháng tuổi hoặc khi có nguy cơ nhiễm fluor.
- Theo dõi phản ứng dị ứng hoặc kích ứng niêm mạc miệng.

5. CHUẨN BỊ 5.1. Người thực hiện a) Nhân lực trực tiếp: Bác sĩ Răng Hàm Mặt hoặc kỹ thuật viên nha khoa được đào tạo. b) Nhân lực hỗ trợ: Điều dưỡng hoặc trợ thủ nha khoa (nếu cần hỗ trợ giữ trẻ hoặc chuẩn bị dụng cụ).

5.2. Thuốc

- Vecni fluoride 5% (hoạt chất sodium fluoride 5%, dạng vecni, đường dùng: bôi tại chỗ).
- Hoặc gel/dung dịch fluoride nồng độ cao (ví dụ: APF gel 1.23%). Số lượng: Theo nhu cầu, thường 0.3-0.5 ml mỗi hàm.

5.3. Vật tư

- Bông cuộn, gạc cách ly nước bọt.
- Tăm bông hoặc cọ chuyên dụng bôi vecni.
- Ống hút nước bọt (nếu có). Số lượng: Theo nhu cầu thực hiện.

5.4. Trang thiết bị

- Ghế nha khoa, đèn chiếu sáng miệng.
- Tay khoan chậm + chổi cước + bột đánh bóng (để làm sạch bề mặt răng).
- Máy xịt hơi/khô (air-water syringe).

5.5. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người nhà về mục đích (dự phòng sâu răng, tái khoáng men), các bước tiến hành, nguy cơ (ê buốt nhẹ tạm thời, nuốt thuốc ít), tiên lượng tốt nếu tuân thủ.
- Làm sạch răng miệng trước (nếu cần lấy cao răng).
- Không ăn uống trong 30-60 phút sau bôi (để thuốc bám chắc).

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật (thường 5-15 phút).

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật Tại phòng khám/thủ thuật nha khoa.

5.9. Kiểm tra hồ sơ a) Kiểm tra người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện (toàn hàm hoặc vùng tổn thương). b) Thực hiện bảng kiểm an toàn thủ thuật (nếu áp dụng). c) Đặt tư thế bệnh nhân: Ngồi thẳng, đầu hơi cúi về phía trước để tránh nuốt thuốc.

6. TIẾN HÀNH QTKT 6.1. Bước 1 Kiểm tra hồ sơ, xác nhận người bệnh, giải thích và lấy đồng thuận.

6.2. Bước 2 Đặt tư thế bệnh nhân, cách ly nước bọt bằng bông cuộn/gạc, hút nước bọt liên tục nếu cần.

6.3. Bước 3 Làm sạch bề mặt răng: Sử dụng tay khoan chậm với chổi cước và bột đánh bóng để loại bỏ mảng bám, cao răng nhẹ; xịt khô bề mặt răng.

6.4. Bước 4 Bôi thuốc: Dùng cọ/tăm bông lấy lượng thuốc vừa đủ (vecni fluoride), quét lớp mỏng đều lên tất cả bề mặt răng (mặt ngoài, trong, bên, kẽ); ưu tiên vùng tổn thương hoặc toàn hàm. Để khô tự nhiên 1-2 phút (vecni sẽ tạo màng).

6.5. Bước 5 Hướng dẫn bệnh nhân nhỏ nước bọt thừa (không súc miệng), không ăn uống trong 30-60 phút (với vecni: 4-6 giờ nếu có thể).

6.6. Bước cuối cùng. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật (kiểm tra ê buốt, dị ứng).
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo (hẹn tái khám nếu cần, thường 3-6 tháng/lần).

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN Thường không có tai biến nghiêm trọng nếu thực hiện đúng.

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Nuốt thuốc nhiều: Gây buồn nôn, theo dõi và hướng dẫn nhỏ.
- Kích ứng niêm mạc: Rửa sạch bằng nước muối.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Ê buốt nhẹ tạm thời: Hướng dẫn tránh thức ăn nóng/lạnh, thường tự hết.
- Phản ứng dị ứng (hiếm): Xử trí chống dị ứng nếu cần.

7.3. Biện chứng muộn Không thường gặp; theo dõi định kỳ để đánh giá hiệu quả tái khoáng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y tế (2015). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Răng Hàm Mặt. Quyết định 3108/QĐ-BYT ngày 28/7/2015 của Bộ Y tế.
- Bộ Y tế (2020). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Răng Hàm Mặt. Quyết định 2121/QĐ-BYT ngày 21/5/2020 của Bộ Y tế (và các cập nhật liên quan).

230. NHỎ RĂNG SỮA/ CHÂN RĂNG SỮA

1. ĐẠI CƯƠNG

- Răng sữa là bộ răng đầu tiên trong quá trình phát triển tăng trưởng ở người, răng sữa được thay thế bằng răng vĩnh viễn trong giai đoạn trẻ từ 5 tuổi đến 12 tuổi. Răng sữa/ chân răng sữa đến tuổi thay hoặc bệnh lý, chấn thương không có khả năng bảo tồn cần được nhổ nhằm tạo chỗ cho răng vĩnh viễn mọc đúng thời kỳ sinh lý và vị trí trên cung hàm, đảm bảo chức năng ăn nhai cho trẻ.

2. CHỈ ĐỊNH

Răng sữa/chân răng sữa:

- Đến tuổi thay.
- Gây cản trở sự mọc răng vĩnh viễn.
- Bệnh lý không có khả năng điều trị bảo tồn.
- Chấn thương không có khả năng điều trị bảo tồn.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.
- Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép thực hiện kỹ thuật.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có viêm nhiễm trong khoang miệng.
- Người bệnh có bệnh toàn thân chưa được kiểm soát.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- a) Nhân lực trực tiếp: Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- b) Nhân lực hỗ trợ: Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.

5.3. Vật tư

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.
- Bơm tiêm, kim tiêm tê, bông, gạc vô khuẩn.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Trang thiết bị

- Bộ dụng cụ khám.
- Bộ dụng cụ nhổ răng.
- Ghế máy nha khoa.

5.5. Người bệnh

- Bác sĩ giải thích cho 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.
- Người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 20 phút đến 30 phút.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng hoặc phòng phẫu thuật.

5.9. 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 theo quy định.

c) Đặt tư thế BN: nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê hoặc gây mê.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Nhổ răng sữa/ chân răng sữa:

- Tách lợi.
- Dùng kìm hoặc bẫy thích hợp lấy chân răng ra khỏi ổ răng.
- Kiểm soát huyết ổ răng.

6.3. Bước 3: Cẩn gạc cầm máu.

6.4. Bước 4: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:
 - + Toàn thân: các chỉ số sinh tồn ổn định (mạch, nhiệt độ, huyết áp).
 - + Tại chỗ: không đau không chảy máu.
- Dẫn dò người bệnh và người giám hộ.
- 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.
- Chảy máu: cầm máu.
- Gãy chân răng: lấy chân răng.
- Răng rơi vào đường thở: xử trí cấp cứu dị vật đường thở.
- Răng rơi vào đường tiêu hóa: theo dõi và xử trí phù hợp dị vật đường tiêu hoá.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Nhiễm trùng: dùng kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.

7.3. Biến chứng muộn: Không có.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2025). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Răng hàm mặt – Tập I. Quyết định 3634/QĐ-BYT ngày 24/11/2025 của Bộ Y tế.

231. MÀI CHỈNH NÚM PHỤ MẶT NHAİ RĂNG VĨNH VIỄN

1. ĐẠI CƯƠNG

- Núm phụ mặt nhai răng vĩnh viễn là một bất thường về cấu trúc hình thể răng, có thể gây biến chứng viêm tủy và viêm quanh chóp răng. Kỹ thuật mài chỉnh núm phụ mặt nhai răng vĩnh viễn nhằm loại bỏ núm phụ trên mặt răng tránh nguy cơ gây ra biến chứng.

2. CHỈ ĐỊNH

- Núm phụ mặt nhai răng vĩnh viễn.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.
- Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép thực hiện kỹ thuật.

4. THẬN TRỌNG

- Núm phụ lớn, việc mài chỉnh có thể gây tổn thương tủy răng.
- Người bệnh có bệnh toàn thân chưa được kiểm soát.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- a) Nhân lực trực tiếp: Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- b) Nhân lực hỗ trợ: Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.

5.3. Vật tư

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.
- Bơm tiêm, kim tiêm tê, bông, gạc vô khuẩn.
- Vật liệu bảo vệ bề mặt răng.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Trang thiết bị

- Bộ dụng cụ khám.
- Tay khoan.
- Mũi khoan các loại.
- Ghế máy nha khoa.

5.5. Người bệnh

- Bác sĩ giải thích cho 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.
- Người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 20 phút đến 40 phút.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng hoặc phòng phẫu thuật.

5.9. 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 theo quy định.

c) Đặt tư thế BN: nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê hoặc gây tê.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Mài chỉnh núm phụ:

- Hạ thấp dần núm phụ bằng mũi khoan.

- Làm nhẵn núm phụ bằng mũi khoan mịn.

- Nếu núm phụ lớn, việc mài chỉnh có thể gây nhạy cảm răng, cần chia ra thành hai đến ba lần mài, mỗi lần cách nhau tối thiểu 2 tuần, mỗi lần mài thực hiện lần lượt các bước như trên.

6.3. Bước 3: Bảo vệ bề mặt mài chỉnh.

6.4. Bước 4: Kết thúc quy trình

- Đánh giá kết quả điều trị:

- + Toàn thân: các chỉ số sinh tồn ổn định (mạch, nhiệt độ, huyết áp).

- + Tại chỗ: răng không ê buốt, khớp cắn ổn định.

- Dẫn dò người bệnh và người giám hộ.

- 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.
- Sang thương lợi, niêm mạc miệng: điều trị sang thương.
- Hở tử cung: che tử cung.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Viêm tử cung không hồi phục: điều trị nội khoa.
- Hoại tử tử cung: điều trị nội khoa.

7.3. Biến chứng muộn

- Sâu răng: hàn răng.
- Hoại tử tử cung: điều trị nội khoa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2025). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Răng hàm mặt – Tập I. Quyết định 3634/QĐ-BYT ngày 24/11/2025 của Bộ Y tế.

CẮT CHỈ SAU PHẪU THUẬT

1. ĐẠI CƯƠNG

Cắt chỉ sau phẫu thuật là kỹ thuật cơ bản trong chăm sóc hậu phẫu, nhằm lấy bỏ các sợi chỉ không tiêu (chỉ ngoại) được sử dụng để khâu đóng vết mổ sau khi tổ chức mô đã liền tốt. Nguyên lý dựa trên việc cắt và rút chỉ một cách nhẹ nhàng, tránh làm tổn thương mô hạt mới hình thành. Mục đích là giúp vết mổ hoàn thiện quá trình liền sẹo, ngăn ngừa phản ứng viêm kéo dài hoặc nhiễm trùng tại chỗ do chỉ tồn lưu, đồng thời đánh giá tình trạng liền vết thương.

2. CHỈ ĐỊNH

- Vết mổ sau phẫu thuật đã được khâu đóng bằng chỉ không tiêu (nylon, lanh, lụa, chỉ thép...).
- Thời gian cắt chỉ tùy thuộc vào vị trí và tính chất phẫu thuật:
 - + Vùng mặt, cổ: 5 - 7 ngày.
 - + Vùng da mi: 7 - 10 ngày.
 - + Vùng da đầu, thân mình, chi thể: 7 - 14 ngày.
 - + Phẫu thuật xương, khớp lớn hoặc người bệnh suy dinh dưỡng, có bệnh lý đi kèm làm chậm liền vết thương: 2 - 3 tuần hoặc theo chỉ định cụ thể.
- Một số chỉ định khác theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị do Bộ Y tế ban hành.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Vết mổ chưa liền hoàn toàn, mép vết mổ còn đỏ, ướt, phù nề hoặc có dấu hiệu toác mép.
- Vết mổ đang trong tình trạng nhiễm trùng cấp tính (sưng, nóng, đỏ, đau, chảy mủ). Trong trường hợp này, có thể chỉ cắt chỉ cách quãng để dẫn lưu mủ thay vì cắt toàn bộ.

4. THẬN TRỌNG

- Cần kiểm soát đau tốt, đặc biệt đối với bệnh nhi hoặc người bệnh nhạy cảm với đau.
- Thực hiện thao tác nhẹ nhàng, chính xác để tránh gây chảy máu chân chỉ, đứt chỉ sót lại trong da hoặc làm tổn thương mô hạt mới hình thành.
- Đối với vết mổ dài hoặc có nhiều mũi chỉ, có thể cắt chỉ cách quãng trong 2 lần để đảm bảo an toàn.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

a) *Nhân lực trực tiếp*: Bác sĩ điều trị hoặc điều dưỡng đã được đào tạo và thành thạo kỹ thuật chăm sóc vết thương, cắt chỉ.

b) *Nhân lực hỗ trợ*: Điều dưỡng hoặc kỹ thuật viên hỗ trợ chuẩn bị dụng cụ, trấn an người bệnh (đặc biệt là trẻ em).

5.2. Thuốc

- Dung dịch sát khuẩn da và vết mổ: PVP Iodine 10%, cồn 70 độ, nước muối sinh lý NaCl 0,9%.
- Thuốc giảm đau tại chỗ (dạng xịt hoặc kem) nếu cần.

5.3. Vật tư

- Bộ dụng cụ cắt chỉ vô khuẩn (khay quả đậu, nĩa có mẫu hoặc kẹp không mẫu, kéo cắt chỉ nhọn đầu cong).
- Găng tay vô trùng, bông, gạc miếng vô khuẩn, băng lố vô khuẩn.
- Băng dính, băng sạch để băng lại sau thủ thuật (nếu cần).

5.4. Trang thiết bị

- Bàn thủ thuật hoặc giường bệnh.
- Đèn chiếu sáng cục bộ (đèn gù).

5.5. Người bệnh

- *Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện:* Giải thích rõ về quy trình, mục đích, cảm giác có thể có (hơi cộm nhẹ) để người bệnh yên tâm phối hợp.
- Đặt tư thế phù hợp, thoải mái để bộc lộ rõ vùng vết mổ cần cắt chỉ.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại phòng thủ thuật hoặc tại buồng bệnh.

5.9. Kiểm tra hồ sơ

- Kiểm tra người bệnh:* Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí vết mổ cần cắt chỉ. Kiểm tra ngày phẫu thuật và y lệnh cắt chỉ.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.*
- Đặt tư thế BN:* Nằm ngửa, nghiêng hoặc ngồi tùy theo vị trí vết mổ, sao cho thuận lợi nhất để bộc lộ vết mổ và thao tác.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Chuẩn bị nhân viên y tế

- Rửa tay thường quy, đeo khẩu trang, đội mũ, mang găng tay vô trùng.

6.2. Bước 2: Bộc lộ và đánh giá vết mổ

- Tháo bỏ băng cũ. Quan sát, đánh giá tình trạng vết mổ: mép vết mổ phẳng, khô, không có dấu hiệu viêm nhiễm (sưng, đỏ, chảy mủ), không toác mép.

6.3. Bước 3: Sát khuẩn vùng da

- Sát khuẩn vết mổ và vùng da xung quanh (bán kính khoảng 5 cm) từ trong vết mổ ra ngoài bằng dung dịch sát khuẩn (thường là PVP Iodine 10% hoặc cồn 70 độ), để khô tự nhiên.

6.4. Bước 4: Cắt và rút chỉ

- Dùng nĩa có máu hoặc kẹp nâng nhẹ nút chỉ lên.
- Đưa lưỡi kéo cắt chỉ nhọn vào, cắt sợi chỉ ở một bên, sát ngay sát bề mặt da, đảm bảo phần chỉ nằm ngoài da (phần bản) không bị kéo ngược qua đường hầm dưới da.
- Dùng nĩa hoặc kẹp kéo nhẹ nhàng sợi chỉ theo hướng thẳng góc với đường da để rút chỉ ra.

6.5. Bước 5: Sát khuẩn lại và băng ép

- Sát khuẩn lại các lỗ chân chỉ bằng dung dịch sát khuẩn (PVP Iodine 10%), dùng gạc khô vô trùng thấm khô.
- Đặt một miếng gạc mỏng vô trùng lên vết mổ và dùng băng dính cố định lại, hoặc để hở nếu vết mổ khô tốt và ở vị trí thuận lợi.

6.6. Kết thúc quy trình

- *Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:* Hỏi cảm giác đau, kiểm tra xem có chảy máu nhẹ không.
- *Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ:* Ghi chép ngày giờ cắt chỉ, số lượng mũi chỉ đã cắt, tình trạng vết mổ trước và sau cắt chỉ, tên người thực hiện.
- *Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo hoặc hướng dẫn chăm sóc tại nhà:* Hướng dẫn người bệnh giữ vết mổ khô ráo, theo dõi các dấu hiệu bất thường và lịch tái khám nếu có.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- *Choáng, ngất do đau hoặc tâm lý (phản ứng vasovagal):* Tạm dừng thủ thuật, cho người bệnh nằm đầu thấp chân cao, đảm bảo đường thở thông thoáng, theo dõi mạch, huyết áp.
- *Chảy máu chân chỉ:* Dùng gạc vô trùng ép tại chỗ vài phút đến khi cầm máu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- *Toác vết mổ (dehiscence):* Thường do cắt chỉ quá sớm, vết mổ chưa đủ vững hoặc người bệnh vận động quá mạnh. Xử trí: Băng ép cố định mép vết mổ, hạn chế vận động vùng đó, báo bác sĩ để đánh giá khâu lại nếu cần thiết.
- *Nhiễm trùng vết mổ:* Biểu hiện sưng đỏ tăng, đau, chảy mủ sau cắt chỉ. Xử trí: Vệ sinh vết mổ, thay băng hàng ngày, cấy dịch nếu có mủ, dùng kháng sinh theo kháng sinh đồ.
- *Chỉ sót (chỉ bị đứt và còn lại một phần trong da):* Có thể gây kích ứng, tạo u hạt. Xử trí: Dùng kẹp lấy ra nếu phần chỉ lộ rõ, nếu không cần theo dõi hoặc can thiệp nhỏ.

7.3. Biến chứng muộn

- *Sẹo lồi, sẹo phì đại:* Liên quan đến cơ địa và vị trí vết mổ, không trực tiếp do kỹ thuật cắt chỉ. Cần tư vấn và điều trị chuyên khoa nếu cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2014). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa - Chấn thương chỉnh hình. Quyết định số **198/QĐ-BYT** ngày **16/01/2014** của Bộ Y tế.
2. Bộ Y tế (2013). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Bỏng. Quyết định số **635/QĐ-BYT** ngày 28/02/2013 của Bộ Y tế.

CẮT SẼO HOẶC BỆNH LÝ DA

1. ĐẠI CƯƠNG

Cắt sẹo hoặc bệnh lý da là kỹ thuật ngoại khoa nhằm loại bỏ các tổn thương bệnh lý của da hoặc mô sẹo bất thường để phục hồi hình thái, chức năng và thẩm mỹ vùng tổn thương. Nguyên lý của kỹ thuật là cắt bỏ triệt để tổ chức bệnh lý hoặc mô sẹo, bảo tồn tối đa mô lành xung quanh và xử trí che phủ vết thương phù hợp. Mục đích của kỹ thuật là điều trị tổn thương da, phòng ngừa biến chứng và cải thiện chất lượng sống cho người bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

Sẹo xấu, sẹo lồi, sẹo phì đại hoặc sẹo co kéo gây hạn chế chức năng hoặc ảnh hưởng thẩm mỹ. Các bệnh lý da lành tính hoặc nghi ngờ ác tính cần cắt bỏ để chẩn đoán hoặc điều trị. Tổn thương da mạn tính không đáp ứng điều trị nội khoa. Một số chỉ định khác theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị do Bộ Y tế ban hành.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có tình trạng toàn thân nặng không đủ điều kiện phẫu thuật. Nhiễm trùng lan rộng tại vùng tổn thương chưa được kiểm soát. Rối loạn đông máu chưa được điều chỉnh.

4. THẬN TRỌNG

Thận trọng với tổn thương da nghi ngờ ác tính cần đảm bảo diện cắt an toàn. Đánh giá kỹ vị trí tổn thương ở vùng chức năng hoặc thẩm mỹ quan trọng. Thận trọng ở người bệnh đái tháo đường, suy giảm miễn dịch hoặc bệnh lý mạch máu ngoại vi.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Ngoại hoặc Phẫu thuật tạo hình. Điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng vòng ngoài. Bác sĩ gây mê hồi sức khi cần thiết.

5.2. Thuốc

Thuốc sát khuẩn tại chỗ. Thuốc gây tê tại chỗ hoặc thuốc giảm đau theo chỉ định. Kháng sinh dự phòng khi cần.

5.3. Vật tư

Bộ dụng cụ phẫu thuật cắt da. Dao mổ, kéo, kẹp cầm máu. Chỉ khâu da và mô dưới da. Gạc vô khuẩn và băng vết thương.

5.4. Trang thiết bị

Bàn thủ thuật hoặc bàn mổ. Đèn chiếu sáng hoặc đèn mổ. Máy điện đốt khi cần thiết.

5.5. Người bệnh

Thầy thuốc giải thích cho người bệnh và người nhà về mục đích, quy trình thực hiện, nguy cơ và biến chứng có thể xảy ra, tiên lượng sau thủ thuật hoặc phẫu thuật để ký cam đoan. Người bệnh được vệ sinh vùng tổn thương và được đánh giá đầy đủ điều kiện trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.6. Hồ sơ bệnh án

Thực hiện theo đúng quy định của Bộ Y tế.

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật

Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

Tại phòng thủ thuật hoặc phòng mổ vô khuẩn tùy theo mức độ can thiệp.

5.9. Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra đúng người bệnh, đúng chẩn đoán và đúng vị trí tổn thương cần cắt bỏ. Thực hiện bảng kiểm an toàn thủ thuật hoặc phẫu thuật theo quy định. Đặt tư thế người bệnh phù hợp với vị trí tổn thương.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Vô cảm và sát khuẩn

Thực hiện gây tê tại chỗ hoặc gây mê tùy trường hợp. Sát khuẩn rộng vùng phẫu thuật và trải khăn vô khuẩn.

6.2. Cắt tổn thương

Tiến hành cắt bỏ toàn bộ mô sẹo hoặc tổ chức bệnh lý da theo diện cắt phù hợp. Cầm máu kỹ trong quá trình cắt.

6.3. Xử trí vết thương

Khâu phục hồi các lớp mô theo đúng kỹ thuật hoặc để hở vết thương tùy tình trạng tổn thương. Băng vô khuẩn vết mổ.

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 và bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo theo dõi.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

Chảy máu trong quá trình cắt. Xử trí bằng cầm máu triệt để.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

Nhiễm trùng vết mổ, tụ máu hoặc đau kéo dài. Cần xử trí bằng chăm sóc vết thương và điều trị phù hợp.

7.3. Biến chứng muộn

Sẹo xấu hoặc sẹo phì đại. Tái phát tổn thương da. Cần theo dõi và điều trị tiếp theo khi cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2017). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa. Ban hành kèm theo Quyết định số 4480/QĐ-BYT ngày 18/8/2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

CẮT SẼO HOẶC BỆNH LÝ DA VÀ KHÂU KÍN

1. ĐẠI CƯƠNG

Cắt sẹo hoặc bệnh lý da và khâu kín là kỹ thuật ngoại khoa nhằm loại bỏ mô sẹo hoặc tổ chức bệnh lý của da và phục hồi giải phẫu bằng cách khâu kín vết thương. Nguyên lý của kỹ thuật là cắt bỏ triệt để tổn thương, bảo tồn mô lành xung quanh và khâu phục hồi các lớp mô theo đúng giải phẫu. Mục đích của kỹ thuật là điều trị dứt điểm tổn thương da, đảm bảo liền vết mổ tốt, hạn chế sẹo xấu và cải thiện chức năng cũng như thẩm mỹ.

2. CHỈ ĐỊNH

Sẹo xấu, sẹo lồi, sẹo phì đại hoặc sẹo co kéo có thể khâu kín trực tiếp sau cắt. Các bệnh lý da lành tính cần cắt bỏ và có chỉ định khâu kín. Tổn thương da nghi ngờ ác tính cần cắt bỏ sinh thiết và đóng kín vết thương khi đủ điều kiện. Một số chỉ định khác theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị do Bộ Y tế ban hành.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có tình trạng toàn thân nặng không đủ điều kiện phẫu thuật. Nhiễm trùng lan rộng tại vùng tổn thương chưa được kiểm soát. Tổn thương da không thể khâu kín trực tiếp do mất mô lớn. Rối loạn đông máu chưa được điều chỉnh.

4. THẬN TRỌNG

Thận trọng khi cắt tổn thương ở vùng thẩm mỹ hoặc vùng chức năng quan trọng. Đánh giá kỹ hướng đường rạch và khả năng khâu kín để hạn chế sẹo xấu. Thận trọng ở người bệnh đái tháo đường, suy giảm miễn dịch hoặc có nguy cơ nhiễm trùng cao.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Ngoại hoặc Phẫu thuật tạo hình. Điều dưỡng dụng cụ và điều dưỡng vòng ngoài. Bác sĩ gây mê hồi sức khi cần thiết.

5.2. Thuốc

Thuốc sát khuẩn da. Thuốc gây tê tại chỗ hoặc thuốc giảm đau theo chỉ định. Kháng sinh dự phòng khi cần.

5.3. Vật tư

Bộ dụng cụ phẫu thuật cắt da và khâu vết thương. Dao mổ, kéo, kẹp cầm máu. Chỉ khâu mô dưới da và chỉ khâu da phù hợp. Gạc vô khuẩn và băng vết mổ.

5.4. Trang thiết bị

Bàn thủ thuật hoặc bàn mổ. Đèn chiếu sáng hoặc đèn mổ. Máy điện đốt khi cần thiết.

5.5. Người bệnh

Thầy thuốc giải thích cho người bệnh và người nhà về mục đích, quy trình thực hiện, nguy cơ và biến chứng có thể xảy ra, tiên lượng sau phẫu thuật để ký cam đoan. Người bệnh được vệ sinh vùng tổn thương, đánh giá đầy đủ tình trạng toàn thân trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.6. Hồ sơ bệnh án

Thực hiện theo đúng quy định của Bộ Y tế.

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật

Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

Tại phòng thủ thuật hoặc phòng mổ vô khuẩn tùy mức độ can thiệp.

5.9. Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra đúng người bệnh, đúng chẩn đoán và đúng vị trí tổn thương cần phẫu thuật. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật hoặc thủ thuật theo quy định. Đặt tư thế người bệnh phù hợp với vị trí tổn thương.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Vô cảm và sát khuẩn

Thực hiện gây tê tại chỗ hoặc gây mê tùy trường hợp. Sát khuẩn rộng vùng phẫu thuật và trải khăn vô khuẩn.

6.2. Cắt tổn thương

Tiến hành cắt bỏ toàn bộ mô sẹo hoặc tổ chức bệnh lý da theo diện cắt phù hợp. Cầm máu kỹ trong quá trình phẫu tích.

6.3. Khâu kín vết thương

Khâu phục hồi các lớp mô dưới da để giảm căng. Khâu da theo đúng kỹ thuật nhằm đảm bảo mép da khít, thẩm mỹ và hạn chế sẹo xấu.

6.4. Băng vết mổ

Sát khuẩn lại vùng khâu. Băng vô khuẩn bảo vệ vết mổ.

6.5. Kết thúc quy trình

Đánh giá tình trạng người bệnh sau phẫu thuật. Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án và bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo theo dõi.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

Chảy máu trong quá trình cắt hoặc khâu. Xử trí bằng cầm máu triệt để.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

Nhiễm trùng vết mổ, tụ máu hoặc bung chỉ. Cần xử trí bằng chăm sóc vết mổ, kháng sinh và khâu lại khi cần thiết.

7.3. Biến chứng muộn

Sẹo xấu, sẹo phì đại hoặc sẹo lồi. Tái phát bệnh lý da. Người bệnh cần được theo dõi và tư vấn điều trị tiếp theo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2017). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa. Ban hành kèm theo Quyết định số 4480/QĐ-BYT ngày 18/8/2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

CẮT, GỌT TỔN THƯƠNG DÀY SỪNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Cắt, gọt tổn thương dày sừng là thủ thuật ngoại khoa nhằm loại bỏ lớp sừng tăng sinh bất thường trên bề mặt da. Nguyên lý của kỹ thuật là sử dụng dụng cụ phù

hợp để cắt hoặc gọt dần lớp sừng đến mức mô lành hoặc lớp tổ chức bình thường bên dưới. Mục đích của kỹ thuật là giảm triệu chứng đau, khó chịu, cải thiện chức năng và thẩm mỹ, đồng thời phòng ngừa các biến chứng như nứt nẻ, nhiễm trùng hoặc loét.

2. CHỈ ĐỊNH

Tổn thương dày sừng khu trú gây đau hoặc ảnh hưởng sinh hoạt. Dày sừng do tì đè, ma sát kéo dài. Dày sừng lòng bàn tay, bàn chân hoặc các vị trí khác cần can thiệp để điều trị. Một số trường hợp khác theo chỉ định chuyên môn.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có rối loạn đông máu chưa được kiểm soát. Nhiễm trùng cấp tính tại vùng da tổn thương. Người bệnh không hợp tác hoặc tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện thủ thuật.

4. THẬN TRỌNG

Không cắt hoặc gọt quá sâu gây tổn thương mô lành bên dưới. Thận trọng ở người bệnh đái tháo đường, bệnh mạch máu ngoại vi do nguy cơ chậm liền vết thương. Đánh giá kỹ tổn thương để loại trừ khả năng ác tính trước khi thực hiện.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Ngoại hoặc Da liễu được đào tạo về thủ thuật da. Điều dưỡng phụ trợ.

5.2. Thuốc

Thuốc sát khuẩn tại chỗ. Thuốc gây tê tại chỗ khi cần thiết. Thuốc giảm đau sau thủ thuật nếu cần.

5.3. Vật tư

Dao mổ hoặc dao gọt chuyên dụng. Kéo nhỏ. Gạc vô khuẩn. Băng bảo vệ vùng tổn thương.

5.4. Trang thiết bị

Bàn thủ thuật. Đèn chiếu sáng đầy đủ. Phương tiện cầm máu khi cần.

5.5. Người bệnh

Thầy thuốc giải thích cho người bệnh và người nhà về mục đích, cách tiến hành, cảm giác trong và sau thủ thuật cũng như khả năng tái phát để người bệnh đồng ý thực hiện. Người bệnh được vệ sinh sạch vùng da tổn thương trước khi tiến hành.

5.6. Hồ sơ bệnh án

Thực hiện theo đúng quy định hiện hành của Bộ Y tế.

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật

Theo thời gian thực tế tiến hành thủ thuật.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

Tại phòng thủ thuật bảo đảm điều kiện vô khuẩn.

5.9. Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra đúng người bệnh, đúng vị trí tổn thương và chỉ định. Thực hiện bảng kiểm an toàn thủ thuật theo quy định.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Sát khuẩn và vô cảm

Sát khuẩn rộng vùng da có tổn thương. Gây tê tại chỗ nếu cần thiết.

6.2. Cắt, gọt tổn thương

Tiến hành cắt hoặc gọt từng lớp sừng dày từ ngoài vào trong, thao tác nhẹ nhàng, kiểm soát độ sâu để tránh tổn thương mô lành. Dừng lại khi đạt đến lớp da bình thường hoặc theo mục tiêu điều trị.

6.3. Cầm máu và băng bó

Nếu có chảy máu nhẹ, tiến hành cầm máu tại chỗ. Băng gạc vô khuẩn bảo vệ vùng da sau thủ thuật.

6.4. Kết thúc thủ thuật

Đánh giá lại vùng tổn thương sau cắt gọt. Ghi chép đầy đủ vào hồ sơ bệnh án và hướng dẫn người bệnh chăm sóc tại nhà.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong thủ thuật

Chảy máu tại chỗ. Xử trí bằng ép gạc hoặc cầm máu thích hợp.

7.2. Tai biến sau thủ thuật

Đau, nhiễm trùng hoặc chậm liền tổn thương. Điều trị theo nguyên nhân và mức độ.

7.3. Biến chứng muộn

Tái phát dày sừng nếu không loại bỏ được nguyên nhân. Người bệnh cần được tư vấn dự phòng và tái khám khi cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2017). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa. Ban hành kèm theo Quyết định số 4480/QĐ-BYT ngày 18/8/2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

CHẤM TẠI CHỖ DUNG DỊCH TRICHLORACETIC ACID (KỸ THUẬT CROSS) ĐIỀU TRỊ SẸO LỖM

1. ĐẠI CƯƠNG

Điều trị sẹo lõm bằng acidtrichloacetic (TCA) là kỹ thuật chấm acidtrichloacetic trực tiếp vào nền sẹo, nhằm phá nền sẹo, kích thích sự tăng sinh các sợi collagen và làm đầy tổ chức sẹo.

2. CHỈ ĐỊNH

- Sẹo lõm đã ổn định, kích thước dưới 3mm.
- Một số chỉ định khác theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị do Bộ Y tế ban hành

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh nhân không đồng ý hoặc không hợp tác điều trị.
- Sẹo chưa ổn định.
- Sẹo có kích thước lớn hơn 3mm.
- Vùng da điều trị đang nhiễm trùng cấp tính, lan toả.
- Bệnh toàn thể nặng, tăng huyết áp, đái tháo đường, suy tim, suy hô hấp...

4. THẬN TRỌNG

- Bệnh nhân đang điều trị bằng isotretinoine.
- Bệnh nhân có cơ địa sẹo lồi.
- Vùng da điều trị đang chiếu xạ.
- Suy giảm miễn dịch nặng.
- Phụ nữ có thai.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- a) Thủ thuật viên: 01người.
- b) Nhân lực hỗ trợ 01người

5.2. Thuốc: Natri clorua 0,9%, Povidin, cồn 70, TCA 100%

5.3. Vật tư Băng, gạc, găng vô trùng, kim chấm thuốc

5.4. Trang thiết bị Bàn thủ thuật

5.5. Người bệnh

- Được khám, xét nghiệm, hội chẩn để có chẩn đoán, chỉ định điều trị phù hợp.

- Được tư vấn về phương pháp, quy trình điều trị: sự cần thiết, hiệu quả, tai biến...

Tâm lý ổn định, sẵn sàng điều trị

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

- Chỉ định của bác sĩ, chuẩn bị của điều dưỡng, cam kết của bệnh nhân.

- Xét nghiệm: Công thức máu, Đường huyết, HBsAg, HIV, giang mai...

- Ảnh thương tổn bệnh nhân trước và sau thủ thuật.

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật:

Theo thời gian thực tế thủ thuật.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

Phòng thủ thuật.

5.9. 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 BN: nằm ngửa.

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Bước 1

Nhóm làm thủ thuật

Trang phục bảo hộ: Mặc áo, đội mũ, đeo kính, khẩu trang.

Rửa tay hoặc sát trùng tay nhanh, đi găng.

Kiểm tra người bệnh

Đúng bệnh nhân, đúng thương tổn cần điều trị

Người bệnh nằm trên bàn, che mắt bằng gạc ẩm, tư thế thoải mái, phù hợp

6.2. Bước 2

Lấy thuốc

Rót 1-3ml dung dịch TCA 60-100% ra cốc thủy tinh

Vô trùng

Sát trùng rộng vùng điều trị bằng povidin 10% hoặc chlorhexidin 2%, cồn 70

6.3. Bước 3

Chấm thuốc

Dùng kim vô khuẩn, chấm vào dung dịch TCA, sau đó thấm nhẹ lên nền sẹo

Chấm một đến hai lần, đến khi thấy thương tổn trắng thì dừng chấm thuốc.

...

6.X (bước cuối cùng). 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 30 phút. Nếu ổn định bệnh nhân có thể ra về
- Toàn trạng: phát hiện sớm sốc phản vệ, theo dõi chức năng sống và rối loạn khác
- Tại chỗ: tình trạng đau rát, ban đỏ, phù nề và các rối loạn khác

7.2 XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Báo bác sĩ ngay khi có tai biến.
- Sốc phản vệ: kiểm soát chức năng sống, xử trí ngay theo phác đồ sốc phản vệ
- Ban đỏ, phù nề: chườm lạnh
- Chấm thuốc ra vùng da lành: Lau sạch bằng gạc ẩm, đắp gạc lạnh

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 4790/QĐ-BYT ngày 25/10/2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành Tài liệu hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Da liễu.

ĐẶT DẪN LƯU VẾT THƯƠNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Đặt dẫn lưu vết thương là thủ thuật ngoại khoa nhằm dẫn lưu dịch, máu hoặc mủ từ ổ vết thương ra ngoài cơ thể. Nguyên lý của kỹ thuật là tạo đường thoát lưu thông liên tục để tránh ứ đọng dịch trong ổ tổn thương. Mục đích nhằm phòng ngừa nhiễm trùng, thúc đẩy liền thương và theo dõi tình trạng vết thương sau phẫu thuật hoặc chấn thương.

2. CHỈ ĐỊNH

Vết thương có nguy cơ ứ đọng máu, dịch hoặc mủ. Vết thương sau phẫu thuật cần theo dõi lượng dịch chảy ra. Áp xe hoặc ổ nhiễm trùng đã được mở cần dẫn lưu liên tục. Một số chỉ định khác theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị do Bộ Y tế ban hành.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối. Chống chỉ định tương đối trong trường hợp rối loạn đông máu chưa được kiểm soát hoặc tình trạng toàn thân người bệnh không cho phép thực hiện thủ thuật.

4. THẬN TRỌNG

Thận trọng khi đặt dẫn lưu gần mạch máu, thần kinh hoặc các cơ quan quan trọng. Đảm bảo vô khuẩn tuyệt đối trong quá trình thực hiện để tránh nhiễm trùng thứ phát. Theo dõi sát người bệnh sau đặt dẫn lưu.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Ngoại. Điều dưỡng phụ trợ.

5.2. Thuốc

Thuốc sát khuẩn dùng tại chỗ. Thuốc gây tê tại chỗ nếu cần. Thuốc giảm đau và kháng sinh theo chỉ định.

5.3. Vật tư

Ống dẫn lưu phù hợp. Gạc vô khuẩn. Chỉ khâu cố định dẫn lưu. Túi hoặc bình chứa dịch dẫn lưu.

5.4. Trang thiết bị

Bộ dụng cụ tiểu phẫu. Đèn chiếu sáng. Phương tiện cầm máu.

5.5. Người bệnh

Thầy thuốc giải thích cho người bệnh và người nhà về mục đích, cách tiến hành, thời gian lưu dẫn lưu và các nguy cơ có thể xảy ra. Người bệnh được vệ sinh sạch vùng đặt dẫn lưu và chuẩn bị tư thế phù hợp.

5.6. Hồ sơ bệnh án

Thực hiện đầy đủ theo quy định của Bộ Y tế.

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật

Theo thời gian thực tế thực hiện thủ thuật.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

Tại phòng thủ thuật hoặc buồng bệnh bảo đảm điều kiện vô khuẩn.

5.9. Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra đúng người bệnh, đúng vị trí cần đặt dẫn lưu và chỉ định. Thực hiện bảng kiểm an toàn thủ thuật theo quy định. Đặt tư thế người bệnh phù hợp với vị trí vết thương.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Chuẩn bị và sát khuẩn

Sát khuẩn rộng vùng vết thương và khu vực đặt dẫn lưu. Trải khăn vô khuẩn và gây tê tại chỗ nếu cần.

6.2. Đặt dẫn lưu

Mở hoặc kiểm tra lại ổ vết thương. Đưa ống dẫn lưu vào vị trí thấp nhất của ổ tổn thương để đảm bảo dẫn lưu hiệu quả. Điều chỉnh hướng và độ sâu của ống phù hợp.

6.3. Cố định dẫn lưu

Cố định ống dẫn lưu bằng chỉ khâu hoặc băng dính y tế. Nối đầu ngoài của ống dẫn lưu với túi hoặc bình chứa dịch.

6.4. Kết thúc thủ thuật

Băng gạc vô khuẩn vùng đặt dẫn lưu. Đánh giá tình trạng người bệnh sau thủ thuật. Ghi chép đầy đủ hồ sơ và bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo theo dõi.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

Chảy máu tại chỗ đặt dẫn lưu. Xử trí bằng cầm máu thích hợp.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

Nhiễm trùng vết thương hoặc tắc ống dẫn lưu. Cần xử trí kịp thời bằng thay dẫn lưu, làm sạch vết thương và điều trị theo chỉ định.

7.3. Biến chứng muộn

Dính mô, chậm liền vết thương hoặc sẹo xấu. Theo dõi và xử trí tùy từng trường hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2017). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa. Ban hành kèm theo Quyết định số 4480/QĐ-BYT ngày 18/8/2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

KHÂU CẦM MÁU, THẮT MẠCH MÁU CẤP CỨU CHẢY MÁU TRONG VẾT BỎNG SÂU HOẶC VẾT THƯƠNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Khâu cầm máu và thắt mạch máu là kỹ thuật ngoại khoa cấp cứu nhằm kiểm soát tình trạng chảy máu đang hoạt động từ các mạch máu bị tổn thương trong vết thương hoặc vết bỏng sâu. Nguyên lý là sử dụng các phương tiện cơ học (chỉ khâu, kẹp mạch) để bịt kín lòng mạch hoặc thắt lại đoạn mạch tổn thương, ngăn chặn sự tiếp tục mất máu. Mục đích là cầm máu tức thì, ổn định tình trạng người bệnh, phòng ngừa sốc mất máu và tạo điều kiện cho các bước xử trí tiếp theo.

2. CHỈ ĐỊNH

- Các vết thương hoặc vết bỏng sâu đang chảy máu ồ ạt không cầm được bằng các biện pháp băng ép thông thường.
- Tổn thương mạch máu ngoại vi trong các vết thương dập nát chi thể hoặc cụt chân thương.
- Chảy máu diện cắt trong quá trình cắt lọc tổ chức hoại tử hoặc nạo viêm xương.
- Các khối giả phòng động mạch do chấn thương hoặc tiêm chích bị vỡ, nhiễm trùng gây chảy máu.
- Một số chỉ định khác theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị do Bộ Y tế ban hành.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các vết thương chảy máu nhẹ có thể kiểm soát tốt bằng băng ép hoặc thuốc cầm máu tại chỗ.
- Tình trạng người bệnh quá nặng, sốc mất máu chưa bù đủ khối lượng tuần hoàn (trừ trường hợp thắt mạch là biện pháp duy nhất để cứu vãn hồi sức).
- Chi thể bị thiếu máu không hồi phục hoặc hoại tử hoàn toàn (xét chỉ định cắt cụt).

4. THẬN TRỌNG

- Khi thắt các mạch máu lớn (như động mạch cảnh, động mạch đùi), cần đánh giá kỹ khả năng tưới máu của các vòng nối để tránh hoại tử chi hoặc thiếu máu não.
- Luôn kiểm tra mạch ngoại vi và tình trạng tưới máu ngón chi ngay sau khi thực hiện khâu thắt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

a) *Nhân lực trực tiếp:* 01 Phẫu thuật viên chuyên khoa (Chấn thương chỉnh hình hoặc Mạch máu) và 01 - 02 phụ mổ.

b) *Nhân lực hỗ trợ:* Kíp gây mê (Bác sĩ và kỹ thuật viên), dụng cụ viên.

5.2. Thuốc

- *Dung dịch sát khuẩn*: Betadine, cồn 70 độ.
- *Kháng sinh dự phòng*.
- Dung dịch chống đông (Heparin) nếu cần bảo tồn lưu thông mạch.

5.3. Vật tư

- Bộ dụng cụ phẫu thuật mạch máu hoặc bộ đồ tiểu phẫu.
- Kim và chỉ khâu (chỉ Nylon, Prolene 4.0 - 6.0 cho mạch lớn, 7.0 - 10.0 cho mạch nhỏ; chỉ tiêu cho mô mềm).

5.4. Trang thiết bị

- Bàn mổ, đèn mổ, máy hút dịch, dao điện đơn cực hoặc lưỡng cực, bộ garo hơi.

5.5. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng: Được giải thích rõ tình trạng cấp bách, nguy cơ mất chi hoặc biến chứng.
- Vệ sinh vùng mổ; hồi sức tích cực chống sốc nếu có mất máu lớn.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Theo thời gian thực tế thực hiện phẫu thuật.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại phòng mổ thuộc khoa Gây mê hồi sức.

5.9. 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: Đảm bảo tính chính xác về tên tuổi, chẩn đoán và vị trí mạch máu cần xử trí.

b) *Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật*.

c) *Đặt tư thế BN*: Nằm ngửa hoặc nằm nghiêng phù hợp để bộc lộ rõ đường đi của mạch máu bị tổn thương.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Vô cảm và chuẩn bị phẫu trường

- Tiến hành gây tê đám rối (chi trên), gây tê tủy sống (chi dưới) hoặc gây mê nội khí quản tùy mức độ tổn thương.
- Sát trùng rộng vùng mổ và đặt garo gốc chi (nếu vị trí cho phép) để tạo phẫu trường khô sạch.

6.2. Bước 2: Bộc lộ mạch máu

- Mở rộng vết thương hoặc rạch da theo đường định hướng giải phẫu của mạch máu.
- Phẫu tích tách cơ, bộc lộ động mạch/tĩnh mạch ở trên và dưới vị trí tổn thương để kiểm soát chảy máu.

6.3. Bước 3: Kiểm soát và xử trí mạch máu

- Dùng kẹp mạch máu (clamp) kẹp tạm thời hai đầu tổn thương.
- *Với mạch máu nhỏ*: Dùng dao điện đốt cầm máu hoặc kẹp thắt bằng chỉ không tiêu

một lần.

- *Với mạch máu lớn*: Tiến hành thắt hai lần bằng chỉ chắc hoặc khâu xuyên (mũi chữ X) để đảm bảo không tuột mối thắt.
- *Với vết thương thành mạch*: Khâu phục hồi bằng chỉ Prolene mũi rời hoặc khâu vắt tùy kích thước lỗ rách.

6.4. Bước 4: Kiểm tra và đóng vết mổ

- Tháo garo và kẹp mạch để kiểm tra tình trạng cầm máu và lưu thông mạch máu (nếu khâu phục hồi).
- Bơm rửa kỹ ổ mổ bằng nước muối sinh lý ấm và Betadine pha loãng.
- Đặt dẫn lưu kín nếu diện bóc tách rộng hoặc vết thương bẩn.
- Khâu phục hồi các lớp giải phẫu và đóng da.

6.5. Bước cuối cùng: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật: Đánh giá tình trạng mạch ngoại vi, màu sắc và nhiệt độ da đầu chi.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo: Bàn giao người bệnh về khu vực hậu phẫu.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Thường không có tai biến đặc thù trong khi thực hiện nếu tuân thủ đúng kỹ thuật.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- *Chảy máu lại/Tụ máu móm cụt*: Băng ép có trọng điểm; nếu không hiệu quả phải mở lại vết mổ để tìm điểm chảy và thắt lại mạch.
- *Thiếu máu chi sau thắt*: Nếu ngón chi tím lạnh, mất mạch, cần xét phẫu thuật làm cầu nối mạch máu hoặc cắt cụt chi nếu có dấu hiệu nhiễm độc.
- *Nhiễm trùng vết mổ*: Thay băng hàng ngày, dùng kháng sinh theo kháng sinh đồ; nếu nhiễm trùng sâu gây bục mủ mỗi thắt mạch phải xử trí cầm máu khẩn cấp.

7.3. Biến chứng muộn

- Thường không có biến chứng muộn đặc thù.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2017). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa, chuyên khoa Phẫu thuật Tim mạch - Lồng ngực. Quyết định số 5732/QĐ-BYT ngày 21/12/2017 của Bộ Y tế.

KỸ THUẬT XOAY CHUYỂN NGƯỜI BỆNH DỰ PHÒNG LOÉT TỖ ĐÈ

1. ĐẠI CƯƠNG

Kỹ thuật xoay chuyển người bệnh là phương pháp thay đổi tư thế định kỳ nhằm phân phối lại áp lực lên bề mặt da và tổ chức dưới da. Mục đích của kỹ thuật là ngăn chặn tình trạng thiếu máu cục bộ kéo dài, kích thích tuần hoàn ngoại vi, từ đó dự phòng hình thành loét tỳ đè và các biến chứng nhiễm trùng phổi, tiết niệu do nằm lâu, đặc biệt là ở người cao tuổi. Loét tỳ đè là tổn thương hoại tử da và tổ chức do áp lực kéo dài, thường xảy ra ở các vị trí xương nhô ra khi người bệnh nằm hoặc ngồi một tư thế quá lâu.

2. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh bị hạn chế vận động hoặc bất động hoàn toàn tại giường.
- Người bệnh sau phẫu thuật lớn (cột sống, khớp, tim mạch...) cần nằm điều trị lâu ngày.
- Người bệnh cao tuổi, suy liệt, hôn mê hoặc có rối loạn tri giác.
- Một số chỉ định khác theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị do Bộ Y tế ban hành.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh đang trong tình trạng sốc hoặc huyết động không ổn định chưa cho phép di chuyển.
- Các trường hợp chấn thương cột sống chưa được cố định vững (chỉ thực hiện khi có sự giám sát của bác sĩ chuyên khoa).

4. THẬN TRỌNG

- Khi xoay trở người bệnh phẫu thuật cột sống, phải thực hiện kỹ thuật “lăn gỗ” (log rolling) để giữ trục cột sống luôn thẳng, tránh xoắn vặn.
- Cần chú ý bảo vệ các ống dẫn lưu, sonde tiểu, đường truyền để tránh bị tuột hoặc gập tắc trong quá trình xoay trở.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

a) *Nhân lực trực tiếp*: 01 đến 02 điều dưỡng hoặc kỹ thuật viên tùy thuộc vào trọng lượng và tình trạng bệnh lý của người bệnh.

5.2. Thuốc

Các dung dịch sát khuẩn hoặc kem dưỡng ẩm, dung dịch xoa bóp (nếu có chỉ định lâm sàng).

5.3. Vật tư

- Gối kê đầu, đệm hơi, đệm nước hoặc các tấm lót chuyên dụng để giảm áp lực lên

các vùng xương lồi.

- Gạc sạch và băng dính y tế để bảo vệ các vùng da có nguy cơ cao.

5.4. Trang thiết bị

- Giường bệnh có thanh chắn bảo vệ; các phương tiện hỗ trợ nâng nhắc người bệnh nếu cần thiết.

5.5. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng: Thầy thuốc giải thích kỹ cho người bệnh (nếu tỉnh) hoặc người nhà về tầm quan trọng của việc thay đổi tư thế thường xuyên để phòng loét và các tai biến khác.

- Vệ sinh sạch sẽ thân thể người bệnh; kiểm tra tình trạng da vùng chằm, bả vai, xương cụt và gót chân trước khi thực hiện. Việc giữ cho da luôn khô thoáng là rất quan trọng để phòng ngừa loét.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Thực hiện định kỳ 1 - 2 giờ/lần tùy theo mức độ nguy cơ loét.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại buồng bệnh.

5.9. 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: Đảm bảo đúng người bệnh và thực hiện theo đúng kế hoạch chăm sóc.

b) *Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.*

c) *Đặt tư thế BN:* ghi tư thế bệnh nhân: Ban đầu người bệnh nằm ngửa ở tư thế thoải mái.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Đánh giá

Điều dưỡng rửa tay, mang găng. Kiểm tra lại các thiết bị y tế đang gắn trên người bệnh để đảm bảo an toàn khi di chuyển.

6.2. Bước 2: Kỹ thuật xoay nghiêng

Di chuyển người bệnh sang sát mép giường đối diện hướng định xoay. Đặt tay người bệnh chéo trước ngực. Một tay điều dưỡng đặt vào vai, một tay đặt vào vùng hông, nhẹ nhàng lật người bệnh về phía mình sao cho cả khối cơ thể xoay đồng nhất.

6.3. Bước 3: Đặt vật liệu hỗ trợ

Sử dụng gối kê dọc sau lưng để giữ tư thế nghiêng. Đặt thêm gối mềm giữa hai đầu gối và giữa hai mắt cá chân để loại bỏ áp lực tỳ đè trực tiếp giữa các mấu xương.

6.4. Bước 4: Chăm sóc vùng da

Xoa bóp nhẹ nhàng các vùng da mới được giải phóng khỏi áp lực tỳ đè để tăng cường

tươi máu. Kết hợp vỗ rung lồng ngực để hỗ trợ dẫn lưu tư thế nếu người bệnh có ứ đọng đờm rãi.

6.5. Bước cuối cùng: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật: Đánh giá tình trạng da và sự thoải mái của người bệnh.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ: Hoàn thiện ghi chép thời gian xoay trở và vị trí tư thế mới vào hồ sơ chăm sóc.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo: Bàn giao tình trạng cho bộ phận tiếp theo hoặc kíp trực sau.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Thường không có tai biến đặc thù trong khi thực hiện nếu tuân thủ đúng kỹ thuật.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- *Tuột ống dẫn lưu hoặc đường truyền*: Tiến hành băng ép cầm máu tại chỗ và báo bác sĩ hỗ trợ đặt lại nếu cần thiết.
- *Người bệnh bị khó thở hoặc huyết động không ổn định khi xoay trở*: Nhanh chóng đưa người bệnh về tư thế nằm ngửa ban đầu và áp dụng các biện pháp hỗ trợ hô hấp, tuần hoàn cấp cứu.

7.3. Biến chứng muộn

- Nếu không được xoay chuyển đều đặn và đúng cách, người bệnh có nguy cơ cao hình thành loét tỳ đè, bắt đầu từ da đỏ không biến mất khi ấn (Giai đoạn 1) và có thể tiến triển nặng thành các vết loét sâu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. (2019). *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Clinical Practice Guideline. The International Guideline.*

Link: <https://www.internationalguideline.com/>

LÀM SẠCH, LOẠI BỎ TỔN THƯƠNG DA, PHỤC HỒI DA BỆNH LÝ

1. ĐẠI CƯƠNG

Đây là kỹ thuật chuyên sâu nhằm làm sạch diện tích da tổn thương, loại bỏ các dị vật, tổ chức hoại tử và dịch tiết bệnh lý. Nguyên lý dựa trên việc cắt lọc mô hoại tử, giả mạc và làm sạch triệt để nhằm loại bỏ ổ nhiễm khuẩn, kích thích hình thành mô hạt lành tính. Mục đích là tạo điều kiện tối ưu cho quá trình biểu mô hóa, phục hồi cấu trúc và chức năng của da ở những người bệnh mắc các bệnh lý da nặng.

2. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có thương tổn da nặng do bệnh lý miễn dịch hoặc dị ứng thuốc (hội chứng Stevens-Johnson, hội chứng Lyell).
- Vết thương da bệnh lý, vết thương mạn tính có tổ chức hoại tử lan tỏa.
- Bỏng diện rộng, bỏng sâu giai đoạn mô hạt đang bị giả mạc bao phủ.
- Một số chỉ định khác theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị do Bộ Y tế ban hành.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh đang trong tình trạng sốc, suy hô hấp hoặc rối loạn tuần hoàn cấp tính chưa được kiểm soát ổn định.
- Các trường hợp có bệnh lý đông máu nặng chưa được điều chỉnh bù đắp.

4. THẬN TRỌNG

- Thận trọng với nguy cơ hạ thân nhiệt và rối loạn điện giải khi thực hiện làm sạch trên diện tích da lớn.
- Cần kiểm soát đau tốt để tránh sốc phản vệ hoặc choáng do đau trong quá trình thực hiện.
- Đối với bong nước, chỉ chọc tháo khi kích thước lớn, cần bảo tồn vòm bong nước để che chở nền thương tổn.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Nhân lực trực tiếp:* 01 bác sĩ chuyên khoa (Ngoại, Da liễu hoặc Bỏng).
- Nhân lực hỗ trợ:* 02 điều dưỡng chuyên khoa đã được đào tạo kỹ thuật chăm sóc vết thương. Kịp gây mê nếu trường hợp tổn thương phức tạp cần vô cảm sâu.

5.2. Thuốc

- *Dung dịch sát khuẩn:* NaCl 0,9%, PVP Iodine 3%, dung dịch Berberin 1%.
- *Thuốc phục hồi da tại chỗ:* Kem Silver Sulfadiazin 1%, mỡ Maduxin, Eupoline.
- *Thuốc giảm đau hoặc thuốc tê (Lidocain)* theo y lệnh.

5.3. Vật tư

- *Dụng cụ cắt lọc:* Kéo (cong, thẳng), nĩa có máu và không máu, kẹp phẫu tích.

- *Vật liệu che phủ*: Gạc mỡ chống dính (Vaseline, Urgotul), gạc thấm hút dịch, băng vô khuẩn, găng tay.

5.4. Trang thiết bị

- Bàn thủ thuật hoặc giường bệnh chuyên dụng, đèn sưởi hoặc máy thổi khí ấm để duy trì thân nhiệt.

- Hệ thống hút dịch, monitor theo dõi dấu hiệu sinh tồn (Mạch, huyết áp, SpO2).

5.5. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng: Được giải thích rõ mục đích, các bước tiến hành và rủi ro có thể gặp để hợp tác.

- Vệ sinh sạch vùng da lành xung quanh và nhịn ăn ít nhất 6 giờ nếu có chỉ định gây mê.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại phòng thủ thuật hoặc tại buồng bệnh (đối với người bệnh nặng).

5.9. 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: Đánh giá đúng tên tuổi, chẩn đoán và diện tích da tổn thương cần làm sạch.

b) *Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật*.

c) *Đặt tư thế BN*: Nằm ngửa hoặc nằm nghiêng thuận lợi nhất để bộc lộ vùng tổn thương.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Vô cảm

- Thực hiện giảm đau toàn thân hoặc tại chỗ theo y lệnh để người bệnh an tâm phối hợp.

6.2. Bước 2: Bộc lộ tổn thương

- Tháo bỏ băng cũ (lớp gạc ngoài).

- Dùng nước muối sinh lý vô trùng làm ẩm lớp gạc trong cùng để tránh gây đau và chảy máu khi bóc tách.

6.3. Bước 3: Làm sạch bề mặt

- Xịt rửa nhẹ nhàng bề mặt tổn thương bằng dung dịch NaCl 0,9%.

- Loại bỏ các chất bẩn, mủ ứ đọng và lớp giả mạc mỏng, lỏng lẻo.

6.4. Bước 4: Loại bỏ tổ chức hoại tử

- Cắt bỏ có chọn lọc các vùng da, tổ chức dưới da đã bị hoại tử hoàn toàn.

- Nếu có bọt nước lớn (> 2cm), dùng kim nhọn vô trùng chọc tháo dịch tại vùng thấp nhưng vẫn bảo tồn vòm bọt nước để che chở nền.

6.5. Bước 5: Phục hồi da

- Bôi thuốc điều trị (Kem SSD, mỡ Maduxin) hoặc đắp gạc thuốc theo chỉ định.
- Phủ lớp gạc chống dính (Vaseline/Urgotul) trực tiếp lên bề mặt thương tổn để bảo vệ và không làm tổn thương lớp biểu mô mới tái tạo khi thay băng sau.

6.6. Bước 6: Băng bó bảo vệ

- Đắp thêm lớp gạc khô thấm hút dịch lên trên.
- Băng ép nhẹ nhàng bằng băng cuộn hoặc băng lưới để cố định các lớp thuốc phía trong.

6.7. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật: Kiểm tra mạch, huyết áp, SpO₂, ủ ấm và đưa người bệnh về giường nằm nghỉ.
- 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, ngất do đau*: Tạm dừng thủ thuật, cho thở oxy, đặt nằm đầu thấp và dùng thuốc trợ tim nếu cần.
- *Chảy máu*: Đắp gạc nước muối ẩm, băng ép hoặc khâu cầm máu tại chỗ.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- *Nhiễm trùng tiến triển*: Thay băng hàng ngày, dùng kháng sinh mạnh theo kháng sinh đồ.
- *Tụt băng*: Tiến hành băng bó bổ sung để che kín vết thương.

7.3. Biến chứng muộn

- Thường không có biến chứng muộn đặc thù nếu kỹ thuật được thực hiện đúng và chăm sóc sau thủ thuật tốt. Các biến chứng chung của vết thương lớn (như sẹo xấu, co kéo) cần được theo dõi và xử trí phù hợp về sau.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2016). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Hồi sức, cấp cứu và chống độc. Quyết định số 4825/QĐ-BYT ngày 07/09/2016 của Bộ Y tế.
2. Bộ Y tế (2013). Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Bỏng. Quyết định số 635/QĐ-BYT ngày 28/02/2013 của Bộ Y tế.

RẠCH HOẠI TỬ GIẢI THOÁT CHÈN ÉP

1. ĐẠI CƯƠNG

Rạch hoại tử giải thoát chèn ép là thủ thuật ngoại khoa nhằm rạch mở tổ chức hoại tử và khoang mô bị chèn ép để giải phóng áp lực mô. Nguyên lý của kỹ thuật là tạo đường rạch đủ rộng qua da và cân cơ nhằm làm giảm áp lực trong khoang, cải thiện tưới máu tổ chức. Mục đích nhằm ngăn ngừa hoại tử lan rộng, bảo tồn chức năng chi và phòng biến chứng nặng.

2. CHỈ ĐỊNH

Hội chứng chèn ép khoang do chấn thương, bỏng, nhiễm trùng hoặc phù nề nặng. Hoại tử phần mềm gây tăng áp lực khoang kèm đau nhiều, rối loạn cảm giác hoặc vận động. Trường hợp nguy cơ thiếu máu tổ chức tiến triển cần can thiệp khẩn cấp. Một số chỉ định khác theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị do Bộ Y tế ban hành.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối. Chống chỉ định tương đối trong trường hợp tình trạng toàn thân người bệnh quá nặng không cho phép can thiệp hoặc rối loạn đông máu chưa được kiểm soát.

4. THẬN TRỌNG

Thận trọng khi rạch tại các vùng có mạch máu và thần kinh lớn. Đánh giá kỹ mức độ hoại tử và phạm vi chèn ép trước khi tiến hành. Theo dõi sát người bệnh sau thủ thuật để phát hiện sớm biến chứng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Ngoại. Điều dưỡng phụ trợ.

5.2. Thuốc

Thuốc gây mê hoặc gây tê theo chỉ định. Thuốc sát khuẩn dùng tại chỗ. Thuốc giảm đau, kháng sinh và thuốc cầm máu theo chỉ định.

5.3. Vật tư

Bộ dụng cụ phẫu thuật phần mềm. Gạc vô khuẩn. Chỉ khâu. Băng vô khuẩn. Dẫn lưu nếu cần.

5.4. Trang thiết bị

Bàn mổ hoặc bàn thủ thuật. Đèn mổ. Máy hút dịch. Dao điện nếu cần.

5.5. Người bệnh

Thầy thuốc giải thích cho người bệnh và người nhà về mục đích, các bước tiến hành, nguy cơ và biến chứng có thể xảy ra cũng như tiên lượng sau can thiệp. Người bệnh được chuẩn bị vùng mổ sạch sẽ, đặt tư thế phù hợp và đánh giá đầy đủ tình trạng toàn thân trước thủ thuật.

5.6. Hồ sơ bệnh án

Thực hiện theo đúng quy định của Bộ Y tế.

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật

Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

Tại phòng mổ thuộc khoa Gây mê hồi sức hoặc phòng thủ thuật trong trường hợp cấp cứu.

5.9. Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra đúng người bệnh, đúng chẩn đoán và đúng vị trí cần rạch giải thoát chèn ép. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật theo quy định. Đặt tư thế người bệnh phù hợp với vùng can thiệp.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Vô cảm và sát khuẩn

Thực hiện gây mê hoặc gây tê theo chỉ định. Sát khuẩn rộng vùng can thiệp và trải khăn vô khuẩn.

6.2. Rạch giải thoát chèn ép

Rạch da và tổ chức dưới da theo trục giải phẫu phù hợp. Mở cân cơ để giải phóng áp lực khoang. Loại bỏ tổ chức hoại tử nếu có.

6.3. Kiểm tra và xử trí tổn thương

Đánh giá mức độ tưới máu tổ chức sau rạch. Cầm máu kỹ. Đặt dẫn lưu nếu cần.

6.4. Kết thúc quy trình

Che phủ vết mổ bằng gạc vô khuẩn hoặc để hở theo chỉ định. Đánh giá tình trạng người bệnh sau thủ thuật. Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án và bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo theo dõi.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

Chảy máu do tổn thương mạch máu. Xử trí bằng cầm máu kịp thời.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

Nhiễm trùng vết mổ hoặc hoại tử lan rộng. Cần điều trị kháng sinh, chăm sóc vết thương và can thiệp bổ sung khi cần.

7.3. Biến chứng muộn

Sẹo xấu, hạn chế vận động chi hoặc rối loạn cảm giác. Cần theo dõi lâu dài và phục hồi chức năng phù hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2017). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa. Ban hành kèm theo Quyết định số 4480/QĐ-BYT ngày 18/8/2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

THAY BĂNG ĐIỀU TRỊ VẾT BỎNG $\geq$ 60% DIỆN TÍCH CƠ THỂ Ở TRẺ EM

1. ĐẠI CƯƠNG

Thay băng bỏng là kỹ thuật làm sạch vết bỏng, loại bỏ dịch mủ ứ đọng, cắt lọc hoại tử hoặc chuẩn bị nền ghép da nhằm hỗ trợ vết thương nhanh liền. Nguyên lý sử dụng thuốc điều trị tại chỗ để chống nhiễm khuẩn, kích thích hình thành mô hạt. Mục đích bổ sung chẩn đoán diện tích, độ sâu và theo dõi diễn biến tại vết bỏng của trẻ.

2. CHỈ ĐỊNH

- Thay băng vết thương bông mới để xử trí kỳ đầu.
- Thay băng điều trị định kỳ: Hàng ngày hoặc 2 lần/ngày nếu vết thương ô nhiễm nặng; thay băng cách ngày nếu vết bông sạch, ít tiết dịch.
- Một số chỉ định khác theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị do Bộ Y tế ban hành.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Trẻ đang có các dấu hiệu đe dọa chức năng sống như suy hô hấp, trụy tim mạch, sốc.
- Cần ưu tiên hồi sức tổng hợp, khi kiểm soát được các chức năng sống mới tiến hành thay băng.

4. THẬN TRỌNG

- Trẻ em bị bỏng trên 60% thường diễn biến toàn thân rất nặng, nguy cơ tử vong cao ngay trong khi thực hiện kỹ thuật.
- Cần đảm bảo giảm đau toàn thân và hồi sức tổng hợp tốt trong suốt quá trình thay băng.
- Thao tác phải nhẹ nhàng, tỉ mỉ để tránh gây đau đớn, chảy máu hoặc làm bong mảnh da ghép.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

a) Nhân lực trực tiếp: Kíp thay băng tối thiểu 05 người, gồm 01 bác sĩ điều trị và 04 điều dưỡng (03 điều dưỡng vô trùng, 01 điều dưỡng hữu trùng giúp ngoài).

b) Nhân lực hỗ trợ : Kíp gây mê (Bác sĩ và kỹ thuật viên gây mê) nếu cần.

5.2. Thuốc

- Dung dịch sát khuẩn: NaCl 0,9%, Becberin 1%, PVP iodine 10%, hoặc Nitrat bạc 0,5%.
- Thuốc bông tại chỗ: Silver sulfadiazin (SSD) 1%, mỡ Maduxin, Eupoline, Biafine, các vật liệu sinh học hoặc màng tế bào nuôi cấy.

- Thuốc cầm máu tại chỗ: Adrenalin 1/200.000, spongel.

5.3. Vật tư

- Khay quả đậu, bông, gạc vô khuẩn.
- Nỉa (có máu và không máu), kéo thẳng/cong.
- Găng tay vô trùng.

5.4. Trang thiết bị

- Buồng thay băng đạt chuẩn vô khuẩn hoặc buồng bệnh hồi sức có đầy đủ máy thở, nguồn oxy, máy hút.
- Monitor theo dõi dấu hiệu sinh tồn.

5.5. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng: Giải thích, động viên trẻ và gia đình.
- Nhịn ăn ít nhất 6 giờ nếu phải gây mê; kiểm tra các chỉ số mạch, nhiệt độ, huyết áp, hô hấp trước khi tiến hành.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

Nếu là phẫu thuật: ghi tại phòng mổ thuộc khoa Gây mê hồi sức;

Nếu là các thủ thuật khác: ghi tại phòng thủ thuật hoặc tại buồng bệnh: Tại phòng thủ thuật hoặc tại buồng bệnh (đối với người bệnh nặng).

5.9. 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: Đánh giá tính chính xác về đúng người bệnh, đúng chẩn đoán và đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c) Đặt tư thế BN: Tùy theo vị trí vết bỏng.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Vô cảm

- Sử dụng thuốc giảm đau toàn thân hoặc gây mê theo quy trình chuyên khoa.

6.2. Bước 2: Tháo bỏ băng cũ

- Điều dưỡng hữu trùng cắt bỏ băng cũ và lớp gạc ngoài.
- Dùng nước muối sinh lý vô trùng làm ẩm lớp gạc trong cùng trước khi gỡ.

6.3. Bước 3: Làm sạch vết bỏng

- Điều dưỡng vô trùng bóc bỏ lớp gạc trong cùng song song với mặt da.
- Dùng gạc mềm tẩm dung dịch rửa sạch giả mạc, dị vật và cắt lọc hoại tử đang rụng.

6.4. Bước 4: Xử trí nốt phỏng

- Trích rạch, tháo dịch và giữ lại vòm nốt phỏng nếu sạch.
- Cắt bỏ nếu đã nhiễm khuẩn.

6.5. Bước 5: Sử dụng thuốc tại chỗ

- Bôi thuốc trực tiếp hoặc đắp gạc tẩm thuốc/vật liệu thay thế da lên nền vết bỏng.
- Đắp tiếp lớp gạc mỡ vaseline và 4 - 6 lớp gạc khô ngoài cùng theo kiểu lợp ngói.

6.6. Bước 6: Băng bó

- Điều dưỡng giúp ngoài băng lại bằng băng cuộn hoặc băng lưới, chú ý không băng quá chặt.

6.7. Bước cuối cùng: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật: Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật (mạch, nhịp thở, tri giác).
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo: Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo (điều dưỡng buồng bệnh).

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Choáng, ngất: Tạm dừng thay băng, cho nằm đầu thấp, thở oxy và dùng thuốc trợ tim.

- Ngừng thở, ngừng tim: Thường do nôn trớ khi gây mê; cần lau hút sạch đờm dãi, hỗ trợ hô hấp và hồi sức cấp cứu ngay lập tức.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: Mở băng kiểm tra, đắp gạc nước muối ấm hoặc khâu cầm máu nếu cần.
- Chèn ép khoang: Do băng quá chặt; cần nới lỏng băng hoặc rạch hoại tử nếu có chỉ định.
- Nhiễm khuẩn tiến triển: Thay băng hàng ngày, dùng kháng sinh theo kháng sinh đồ.

7.3. Biến chứng muộn

- Thường không có tai biến đặc thù muộn ghi nhận riêng cho thủ thuật này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2013). Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Bỏng. Quyết định số 635/QĐ-BYT ngày 28/02/2013 của Bộ Y tế.

THAY BĂNG ĐIỀU TRỊ VẾT BỎNG TỪ 40% - DƯỚI 60% DIỆN TÍCH CƠ THỂ Ở TRẺ EM

1. ĐẠI CƯƠNG

Thay băng bỏng là kỹ thuật làm sạch vết bỏng, loại bỏ dịch mủ ứ đọng, cắt lọc hoại tử hoặc chuẩn bị nền ghép da nhằm hỗ trợ vết thương nhanh liền. Kỹ thuật sử dụng các thuốc điều trị tại chỗ để chống nhiễm khuẩn, kích thích hình thành mô hạt và biểu mô hóa. Mục đích còn nhằm bổ sung chẩn đoán diện tích, độ sâu và theo dõi sát diễn biến tại vết bỏng của trẻ.

2. CHỈ ĐỊNH

- Thay băng vết thương bỏng mới để xử trí kỳ đầu.
- Thay băng điều trị định kỳ: Hàng ngày hoặc 2 lần/ngày nếu vết thương ô nhiễm nặng; thay băng cách ngày nếu vết bỏng sạch, ít tiết dịch.
- Một số chỉ định khác theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị do Bộ Y tế ban hành.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Trẻ đang có các dấu hiệu đe dọa chức năng sống như suy hô hấp, trụy tim mạch, sốc.
- Cần ưu tiên hồi sức tổng hợp, khi kiểm soát được các chức năng sống mới tiến hành thay băng.

4. THẬN TRỌNG

- Trẻ em bị bỏng diện rộng (40-60%) thường diễn biến toàn thân rất nặng, có nguy cơ tử vong ngay trong quá trình thực hiện kỹ thuật.
- Phải đảm bảo giảm đau toàn thân và hồi sức tổng hợp, luôn theo dõi chặt chẽ dấu hiệu sinh tồn trong suốt quá trình thay băng.
- Thao tác phải nhẹ nhàng, tỉ mỉ để tránh gây đau đớn, chảy máu hoặc làm bong mảnh da ghép.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

a) *Nhân lực trực tiếp*: Kíp thay băng từ 4 - 5 người, gồm 01 bác sĩ điều trị và các điều dưỡng chuyên khoa đã được đào tạo (01 hữu trùng giúp ngoài, 02 - 3 vô trùng).

b) Nhân lực hỗ trợ : Bác sĩ và kỹ thuật viên gây mê (do trẻ bỏng rộng thường bắt buộc phải gây mê).

5.2. Thuốc

- Dung dịch sát khuẩn: NaCl 0,9%, Becberin 1%, PVP iodine 10%, hoặc Nitrat bạc 0,5%.

- Thuốc bỏng tại chỗ: Silver sulfadiazin (SSD) 1%, mỡ Maduxin, Eupoline, các vật liệu sinh học hoặc màng tế bào nuôi cấy.

- Thuốc cầm máu: Adrenalin 1/200.000, spongel.

5.3. Vật tư

- khay quả đậu, bông, gạc vô khuẩn, nỉ (có máu và không máu), kéo thẳng/cong, găng tay vô trùng, xô đựng đồ bẩn.

5.4. Trang thiết bị

- Buồng thay băng đạt chuẩn vô khuẩn hoặc buồng bệnh hồi sức có đầy đủ máy thở, nguồn oxy, máy hút, monitor theo dõi dấu hiệu sinh tồn.

5.5. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng: Giải thích, động viên trẻ và gia đình.

- Nhịn ăn ít nhất 6 giờ nếu phải gây mê; kiểm tra các chỉ số mạch, nhiệt độ, huyết áp, hô hấp trước khi tiến hành.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

Nếu là phẫu thuật: ghi tại phòng mổ thuộc khoa Gây mê hồi sức;

Nếu là các thủ thuật khác: ghi tại phòng thủ thuật hoặc tại buồng bệnh: Tại phòng thủ thuật hoặc tại buồng bệnh (đối với người bệnh nặng).

5.9. 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: Đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán và đúng diện tích bỏng cần thay băng.

b) *Thực hiện băng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật*.

c) *Đặt tư thế BN*: Nằm trên bàn thay băng hoặc giường bệnh thuận lợi cho việc bọc lộ tổn thương.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Vô cảm

- Sử dụng thuốc giảm đau toàn thân hoặc gây mê theo quy trình chuyên khoa.

6.2. Bước 2: Tháo bỏ băng cũ

- Điều dưỡng hữu trùng tháo bỏ lớp băng ngoài; dùng nước muối sinh lý vô trùng làm ẩm lớp gạc trong cùng trước khi gỡ để giảm đau và tránh chảy máu.

6.3. Bước 3: Làm sạch vết bỏng

- Điều dưỡng vô trùng bóc bỏ lớp gạc trong cùng song song với mặt da; dùng gạc mềm tẩm dung dịch rửa sạch giả mạc, dị vật và cắt lọc hoại tử đang rụng.

6.4. Bước 4: Xử trí nốt phỏng

- Trích rạch tháo dịch, cố gắng giữ lại vòm nốt phỏng nếu sạch; cắt bỏ nếu đã nhiễm khuẩn. Sát khuẩn lại và thấm khô.

6.5. Bước 5: Sử dụng thuốc tại chỗ

- Bôi thuốc (SSD, Maduxin...) hoặc đắp vật liệu thay thế da lên nền vết bỏng; đắp tiếp lớp gạc mỡ vaseline và 4 - 6 lớp gạc khô theo kiểu lợp ngói.

6.6. Bước 6: Băng bó

- Điều dưỡng giúp ngoài băng lại bằng băng cuộn hoặc băng lưới, chú ý không băng quá chặt gây cản trở tuần hoàn.

6.7. Bước cuối cùng: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật: Đánh giá lại tình trạng người bệnh (mạch, nhịp thở, tri giác).

- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo: Bàn giao người bệnh cho bộ phận điều dưỡng buồng bệnh để theo dõi tiếp.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Choáng, ngất: Tạm dừng kỹ thuật, cho nằm đầu thấp, thở oxy và dùng thuốc trợ tim.

- Ngừng thở, ngừng tim: Thường do nôn trớ khi gây mê; cần lau hút đờm dãi, hỗ trợ hô hấp và hồi sức cấp cứu ngay lập tức.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: Mở băng kiểm tra, đắp gạc nước muối ấm hoặc khô cầm máu.

- Chèn ép khoang: Do băng quá chặt hoặc phù nề; cần nới lỏng băng kịp thời.

- Nhiễm khuẩn tiến triển: Thay băng hàng ngày, dùng kháng sinh theo kháng sinh đồ.

7.3. Biến chứng muộn

- Thường không có tai biến đặc thù muộn ghi nhận riêng cho thủ thuật này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2013). Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Bỏng. Quyết định số 635/QĐ-BYT ngày 28/02/2013 của Bộ Y tế.

THAY BĂNG ĐIỀU TRỊ VẾT BỎNG TỪ 20% - DƯỚI 40% DIỆN TÍCH CƠ THỂ Ở TRẺ EM

1. ĐẠI CƯƠNG

Thay băng bỏng là kỹ thuật làm sạch vết bỏng, loại bỏ dịch mủ, cắt lọc tổ chức hoại tử hoặc chuẩn bị nền ghép da nhằm hỗ trợ vết thương nhanh liền. Nguyên lý sử dụng các thuốc điều trị tại chỗ để chống nhiễm khuẩn, kích thích hình thành mô hạt và tạo điều kiện biểu mô hóa. Mục đích là bổ sung chẩn đoán diện tích, độ sâu và theo dõi sát diễn biến tại vết bỏng của trẻ.

2. CHỈ ĐỊNH

- Thay băng xử trí kỳ đầu cho vết thương bỏng mới.
- Thay băng điều trị định kỳ: Hàng ngày hoặc 2 lần/ngày nếu vết thương ô nhiễm nặng; thay băng cách ngày nếu vết bỏng sạch, ít tiết dịch.
- Một số chỉ định khác theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị do Bộ Y tế ban hành.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Trẻ đang có các dấu hiệu đe dọa chức năng sống như suy hô hấp, trụy tim mạch, sốc.
- Cần ưu tiên hồi sức tổng hợp, chỉ tiến hành thay băng khi các chức năng sống đã được kiểm soát cơ bản.

4. THẬN TRỌNG

- Trẻ em bị bỏng từ 20% - 39% thường diễn biến toàn thân nặng, có nguy cơ tử vong ngay trong quá trình thực hiện kỹ thuật.
- Phải đảm bảo giảm đau toàn thân và hồi sức tốt, luôn theo dõi chặt chẽ dấu hiệu sinh tồn.
- Thao tác phải nhẹ nhàng, tỉ mỉ để tránh gây đau đớn, chảy máu hoặc làm bong mảnh da ghép.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

a) Nhân lực trực tiếp: Kíp thay băng tối thiểu 04 người gồm 01 bác sĩ điều trị và 03 điều dưỡng (01 người giúp ngoài, 02 người vô trùng).

b) Nhân lực hỗ trợ: Kíp gây mê hỗ trợ nếu cần.

5.2. Thuốc

- Dung dịch sát khuẩn: NaCl 0.9%, Becberin 1%, PVP iodine 10%, Acid boric 2-4% hoặc Nitrat bạc 0.5%.

- Thuốc bỏng tại chỗ: Silver sulfadiazin (SSD) 1%, mỡ Maduxin, Eupoline, Biafine, các vật liệu sinh học hoặc màng tế bào nuôi cấy.

- Thuốc cầm máu: Adrenalin 1/200.000, spongel.

5.3. Vật tư

- Khay quả đậu, bông, băng, gạc, vải vô khuẩn, nĩa (có máu/không máu), kéo, găng tay vô trùng.

- Xô đựng đồ bẩn.

5.4. Trang thiết bị

- Buồng thay băng hoặc buồng bệnh hồi sức có đầy đủ máy thở, nguồn oxy, máy hút, monitor theo dõi dấu hiệu sinh tồn.

5.5. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng: Giải thích cho gia đình về mục đích kỹ thuật.

- Nhịn ăn ít nhất 6 giờ nếu phải gây mê. Kiểm tra mạch, huyết áp, hô hấp trước khi tiến hành.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

Nếu là phẫu thuật: ghi tại phòng mổ thuộc khoa Gây mê hồi sức;

Nếu là các thủ thuật khác: ghi tại phòng thủ thuật hoặc tại buồng bệnh: Tại phòng thủ thuật hoặc tại buồng bệnh (đối với người bệnh nặng).

5.9. 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: Đánh giá đúng người bệnh, đúng chẩn đoán và đúng diện tích bỏng.

b) *Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.*

c) *Đặt tư thế BN:* Đặt tư thế nằm ngửa hoặc tư thế phù hợp để bộc lộ rõ vùng bỏng.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Vô cảm

- Sử dụng thuốc giảm đau toàn thân hoặc gây mê theo quy trình chuyên khoa.

6.2. Bước 2: Tháo bỏ băng cũ

- Điều dưỡng hữu trùng cắt bỏ băng và các lớp gạc ngoài; dùng nước muối sinh lý vô trùng làm ẩm lớp gạc trong cùng trước khi gỡ để giảm đau và tránh làm tổn thương mô mới.

6.3. Bước 3: Làm sạch vết bỏng

- Điều dưỡng vô trùng bóc bỏ lớp gạc trong cùng song song với mặt da.
- Dùng gạc mềm tẩm dung dịch rửa sạch giả mạc, dị vật và cắt lọc hoại tử đang rụng.

6.4. Bước 4: Xử trí nốt phỏng

- Trích rạch, tháo dịch và giữ lại vòm nốt phỏng nếu sạch; cắt bỏ nếu đã nhiễm khuẩn.

- Cầm máu bằng gạc tẩm adrenalin hoặc đốt điện nếu cần.

6.5. Bước 5: Sử dụng thuốc tại chỗ

- Bôi thuốc trực tiếp hoặc đắp gạc thuốc/vật liệu thay thế da lên nền vết bỏng.
- Đắp tiếp lớp gạc mỡ vaseline và 4-6 lớp gạc khô theo kiểu lợp ngói.

6.6. Bước 6: Băng bó

- Điều dưỡng giúp ngoài băng lại bằng băng cuộn hoặc băng lưới, chú ý không băng quá chặt để tránh gây chèn ép tuần hoàn.

6.7. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật: Đánh giá lại tình trạng

- mạch, nhịp thở, tri giác của trẻ.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
 - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo: Bàn giao trẻ cho bộ phận điều dưỡng buồng bệnh để tiếp tục theo dõi.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Choáng, ngất: Tạm dừng kỹ thuật, cho nằm đầu thấp, thở oxy và dùng thuốc trợ tim.
- Ngừng thở, ngừng tim: Thường do nôn trớ khi gây mê; cần lau hút sạch đờm dãi, hỗ trợ hô hấp và hồi sức cấp cứu ngay lập tức.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: Mở băng kiểm tra, đắp gạc nước muối ấm hoặc khô cầm máu.
- Chèn ép khoang: Do băng quá chặt hoặc phù nề tiến triển; cần nới lỏng băng kịp thời.
- Nhiễm khuẩn tiến triển: Thay băng hàng ngày, dùng kháng sinh theo kháng sinh đồ.

7.3. Biến chứng muộn

- Thường không có tai biến đặc thù muộn ghi nhận riêng cho thủ thuật này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2013). Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Bỏng. Quyết định số 635/QĐ-BYT ngày 28/02/2013 của Bộ Y tế.

THAY BĂNG ĐIỀU TRỊ VẾT BỎNG TỪ 10% - DƯỚI 20% DIỆN TÍCH CƠ THỂ Ở TRẺ EM

1. ĐẠI CƯƠNG

Thay băng bỏng là kỹ thuật làm sạch vết bỏng, loại bỏ dịch mủ ứ đọng, cắt lọc hoại tử hoặc chuẩn bị nền ghép da nhằm hỗ trợ vết thương nhanh liền. Nguyên lý của kỹ thuật là sử dụng các thuốc điều trị tại chỗ để chống nhiễm khuẩn, kích thích hình thành mô hạt và tạo điều kiện cho biểu mô hóa. Mục đích của quy trình còn nhằm bổ sung chẩn đoán về diện tích, độ sâu và theo dõi sát diễn biến tại vết bỏng của trẻ.

2. CHỈ ĐỊNH

- Thay băng vết thương bỏng mới để xử trí kỳ đầu.
- Thay băng điều trị định kỳ: hàng ngày hoặc 2 lần/ngày nếu vết thương ô nhiễm nặng; thay băng cách ngày nếu vết bỏng sạch, ít tiết dịch.
- Một số chỉ định khác theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị do Bộ Y tế ban hành.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Trẻ đang có các dấu hiệu đe dọa chức năng sống như suy hô hấp, trụy tim mạch hoặc đang trong tình trạng sốc.
- Cần ưu tiên hồi sức tổng hợp, khi kiểm soát được các chức năng sống mới tiến hành thay băng.

4. THẬN TRỌNG

- Trẻ bị bỏng từ 10% - 19% thuộc nhóm bỏng mức độ vừa nhưng vẫn có thể có diễn biến nặng.
- Quá trình thay băng đòi hỏi theo dõi chặt chẽ và nên được thực hiện dưới tác dụng của thuốc giảm đau hoặc gây mê.

- Thao tác thực hiện phải nhẹ nhàng, tỉ mỉ để tránh gây đau đớn, chảy máu hoặc làm bong mảnh da ghép.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

a) Nhân lực trực tiếp: Kíp thay bằng tối thiểu 03 người gồm 01 bác sĩ điều trị và 02 điều dưỡng chuyên khoa (01 người giúp ngoài, 01 người vô trùng).

b) Nhân lực hỗ trợ : Kíp gây mê hỗ trợ nếu trẻ cần vô cảm sâu.

5.2. Thuốc

- Dung dịch sát khuẩn: NaCl 0,9%, PVP iodine 10%, berberin 1%.

- Thuốc bông tại chỗ: SSD 1%, mỡ Maduxin, Eupoline, Biafine.

5.3. Vật tư

- Khay quả đậu, bông, gạc, vải vô khuẩn, nĩa, kéo và găng tay vô trùng.

5.4. Trang thiết bị

- Buồng thay bằng đạt chuẩn vô khuẩn, có đầy đủ máy thở, nguồn oxy, máy hút và monitor theo dõi dấu hiệu sinh tồn.

5.5. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng: Được giải thích cho gia đình về mục đích kỹ thuật.

- Trẻ cần nhịn ăn ít nhất 6 giờ nếu có chỉ định gây mê.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

Nếu là phẫu thuật: ghi tại phòng mổ thuộc khoa Gây mê hồi sức;

Nếu là các thủ thuật khác: ghi tại phòng thủ thuật hoặc tại buồng bệnh: Tại phòng thủ thuật hoặc tại buồng bệnh (đối với người bệnh nặng).

5.9. 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: Đánh giá tính chính xác về đúng người bệnh, đúng chẩn đoán và diện tích bỏng.

b) *Thực hiện băng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật*.

c) *Đặt tư thế BN*: Trẻ được đặt ở tư thế nằm ngửa hoặc tư thế phù hợp để bộc lộ rõ vùng bỏng.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Vô cảm

- Sử dụng thuốc giảm đau hoặc gây mê theo đúng quy trình chuyên khoa.

6.2. Bước 2: Tháo bỏ băng cũ

- Điều dưỡng hữu trùng cắt bỏ băng và các lớp gạc ngoài; dùng nước muối sinh lý vô trùng làm ẩm lớp gạc trong cùng trước khi gỡ.

6.3. Bước 3: Làm sạch vết bỏng

- Điều dưỡng vô trùng bóc gạc trong cùng song song với mặt da; dùng gạc mềm tẩm dung dịch rửa sạch giả mạc, dị vật và cắt lọc hoại tử.

6.4. Bước 4: Xử trí nốt phỏng

- Trích rạch tháo dịch, giữ lại vòm nốt phỏng nếu sạch; cắt bỏ nếu đã nhiễm khuẩn và thấm khô vết thương.

6.5. Bước 5: Sử dụng thuốc tại chỗ

- Bôi thuốc trực tiếp hoặc đắp gạc thuốc lên nền vết bỏng; đắp tiếp gạc vaseline và 4-6 lớp gạc khô theo kiểu lợp ngói.

6.6. Bước 6: Băng bó

- Điều dưỡng giúp ngoài băng lại bằng băng cuộn hoặc băng lưới, chú ý không băng quá chặt.

6.7. Bước cuối cùng: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật: Đánh giá lại tình trạng mạch, nhịp thở và tri giác của trẻ.

- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo: Bàn giao trẻ cho bộ phận điều dưỡng buồng bệnh để tiếp tục theo dõi.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Choáng, ngất: Tạm dừng kỹ thuật, cho trẻ nằm đầu thấp, thở oxy và dùng thuốc trợ tim.

- Ngừng tim, ngừng thở: Thường do nôn trớ khi gây mê; cần lau hút đờm dãi, hỗ trợ hô hấp và hồi sức cấp cứu ngay lập tức.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: Mở băng kiểm tra, đắp gạc nước muối ấm hoặc khâu cầm máu nếu cần.

- Băng quá chặt: Nới bớt băng nếu thấy dấu hiệu chèn ép khoang hoặc phù nề.

- Nhiễm khuẩn tiến triển: Thay băng hàng ngày và dùng kháng sinh theo kháng sinh đồ.

7.3. Biến chứng muộn

- Thường không có tai biến đặc thù muộn ghi nhận riêng cho thủ thuật này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2013). Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Bỏng. Quyết định số 635/QĐ-BYT ngày 28/02/2013 của Bộ Y tế.

THAY BĂNG VẾT THƯƠNG, VẾT MỎ NHIỄM TRÙNG CHIỀU DÀI < 15 CM

1. ĐẠI CƯƠNG

Thay băng vết thương, vết mổ nhiễm trùng là kỹ thuật ngoại khoa cơ bản nhằm làm sạch tại chỗ, loại bỏ dịch tiết, mủ và tổ chức hoại tử. Nguyên lý là sử dụng các dung dịch sát khuẩn và vật liệu vô trùng để ngăn chặn sự phát triển của vi khuẩn, tạo môi trường thuận lợi cho quá trình liền thương. Mục đích là kiểm soát nhiễm trùng tại chỗ, theo dõi diễn biến vết thương và ngăn ngừa các biến chứng nặng hơn.

2. CHỈ ĐỊNH

- Vết mổ hoặc vết thương chiều dài < 15 cm có các dấu hiệu nhiễm trùng: sưng tấy, nóng, đau, chảy mủ hoặc dịch có mùi hôi.
- Vết mổ không liền miệng hoặc băng bị thấm bẩn bởi dịch tiết.
- Một số chỉ định khác theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị do Bộ Y tế ban hành.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh đang trong tình trạng bệnh lý quá nặng, đe dọa chức năng sống như suy hô hấp, trụy tim mạch hoặc đang trong tình trạng sốc cần ưu tiên hồi sức tổng hợp trước.

4. THẬN TRỌNG

- Tuyệt đối tuân thủ nguyên tắc vô khuẩn để tránh lây nhiễm chéo và nhiễm khuẩn bệnh viện.
- Thao tác nhẹ nhàng, tỉ mỉ để tránh gây đau đớn dữ dội hoặc làm tổn thương thêm các mô lành xung quanh.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

a) *Nhân lực trực tiếp*: 01 Bác sĩ và 01 Điều dưỡng chuyên khoa đã được đào tạo kỹ thuật chăm sóc vết thương.

b) *Nhân lực hỗ trợ*: (Theo dữ liệu người dùng cung cấp).

5.2. Thuốc

- Dung dịch sát khuẩn: PVP Iodine 10%, nước muối sinh lý 0,9%.
- Thuốc kháng khuẩn tại chỗ: Thuốc mỡ kháng sinh hoặc kem Silver sulfadiazin 1% (nếu có y lệnh).

5.3. Vật tư

- Bộ dụng cụ thay băng vô khuẩn (pince, kéo, phẫu tích).
- Găng tay vô trùng, gạc miếng, bông, băng cuộn hoặc băng dính.
- Túi đựng rác y tế, tấm lót không thấm nước.

5.4. Trang thiết bị

- Bàn thủ thuật, đèn gù có độ sáng tốt.

- khay đựng dụng cụ (khay chữ nhật, khay quả đậu).

5.5. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng: Được giải thích rõ mục đích và quy trình để an tâm phối hợp.
- (Các nội dung chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật theo dữ liệu người dùng cung cấp).

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại phòng thủ thuật hoặc tại buồng bệnh.

5.9. 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 BN:* Đặt người bệnh nằm tư thế thuận lợi nhất để bộc lộ rõ vết mổ.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Tháo băng cũ và đánh giá ban đầu

- Mang găng tay sạch. Đặt tấm lót dưới vùng vết thương.
- Nhẹ nhàng tháo băng, gạc cũ bằng kẹp sạch. Nếu gạc dính vào vết thương, làm ẩm bằng nước muối sinh lý 0,9% trước khi gỡ.
- Quan sát, đánh giá sơ bộ tình trạng vết thương: lượng và tính chất dịch, mủ, mô hoại tử.
- Tháo găng tay sạch, rửa hoặc sát khuẩn tay.

6.2. Bước 2: Rửa và làm sạch vết thương

- Mở gói dụng cụ vô khuẩn, mang găng tay vô khuẩn mới.
- Sử dụng pince vô khuẩn và gạc thấm nước muối sinh lý 0,9% để rửa bên trong vết thương, theo nguyên tắc từ trong ra ngoài, từ vùng sạch đến vùng bẩn.
- Rửa nhiều lần cho đến khi dịch mủ được lấy đi sạch sẽ.
- Cắt lọc nhẹ nhàng các tổ chức hoại tử, giả mạc mủn nát bằng kéo vô khuẩn.
- Với vết thương có khâu nhiễm trùng: cần cắt bỏ các mô chỉ bị nhiễm khuẩn (chỉ nằm trên da) và tách nhẹ mép vết thương để dẫn lưu mủ triệt để.

6.3. Bước 3: Vệ sinh vùng da xung quanh

- Dùng gạc vô khuẩn thấm dung dịch sát khuẩn (PVP Iodine 10%) để rửa vùng da lành xung quanh vết thương, rộng ra ngoài ít nhất 5 cm.
- Lau khô vùng da xung quanh bằng gạc khô.

6.4. Bước 4: Đắp thuốc và băng mới

- Nếu có y lệnh, đắp thuốc kháng khuẩn (gạc tẩm thuốc hoặc kem) lên bề mặt vết thương.
- Đặt gạc miếng vô khuẩn che kín vết thương, phủ rộng ra ngoài mép vết thương từ 3-5 cm.
- Cố định băng bằng băng dính hoặc băng cuộn, đảm bảo vừa phải, không quá chặt.

6.5. Bước cuối cùng: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Giúp người bệnh trở về tư thế thoải mái, thông báo hoàn thành thủ thuật.
- Thu dọn, phân loại dụng cụ và chất thải đúng quy định.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ: Ghi rõ ngày giờ, tình trạng vết thương, dung dịch và thuốc đã sử dụng.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- *Choáng, ngất do đau*: Tạm dừng thủ thuật, đặt người bệnh nằm đầu thấp, thở oxy nếu cần.
- *Chảy máu nhiều*: Dùng gạc vô khuẩn ép chặt tại chỗ, báo bác sĩ xử trí.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- *Nhiễm trùng tiến triển*: Vết thương sưng đau tăng, chảy mủ nhiều hơn. Xử trí: Tăng tần suất thay băng, lấy mẫu dịch cấy vi khuẩn và điều trị kháng sinh toàn thân theo kháng sinh đồ.
- *Băng quá chặt*: Gây đau, phù nề, tím đầu chi. Xử trí: Nới lỏng hoặc thay lại băng.

7.3. Biến chứng muộn

- Thường không có biến chứng muộn đặc thù nếu tuân thủ đúng kỹ thuật và kiểm soát tốt nhiễm trùng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2013). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh. Quyết định số 1119/QĐ-BYT ngày 05/4/2013 của Bộ Y tế.

THAY BĂNG VẾT THƯƠNG, VẾT MỖ NHIỄM TRÙNG CHIỀU DÀI TỪ 15 CM ĐẾN 30 CM

1. ĐẠI CƯƠNG

Thay băng vết mổ nhiễm trùng là kỹ thuật làm sạch vết thương, loại bỏ dịch tiết, mủ, giả mạc và các tổ chức hoại tử tại vị trí phẫu thuật. Nguyên lý sử dụng các dung dịch sát khuẩn và thuốc điều trị tại chỗ để ức chế vi khuẩn, kích thích hình thành mô hạt. Mục đích là

ngăn ngừa nhiễm khuẩn lan rộng, đánh giá mức độ tổn thương thực thể và giúp vết mổ nhanh liền.

2. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có vết mổ chiều dài từ 15 cm đến 30 cm có các dấu hiệu nhiễm trùng: sưng tấy, cảm giác nóng, đau tức xung quanh.

- Vết mổ chảy mủ, dịch tiết có mùi hôi hoặc vết mổ không liền miệng.

- Người bệnh có biểu hiện toàn thân như sốt cao, ớn lạnh, bạch cầu tăng do nhiễm khuẩn tại chỗ.

- Một số chỉ định khác theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị do Bộ Y tế ban hành.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh đang trong tình trạng sốc, trụy tim mạch hoặc suy hô hấp nặng đe dọa chức năng sống (cần ưu tiên hồi sức tổng hợp trước).

- Tình trạng người bệnh quá nặng, không cho phép thực hiện thủ thuật tại chỗ.

4. THẬN TRỌNG

- Tuyệt đối tuân thủ nguyên tắc vô khuẩn để tránh lây nhiễm chéo và nhiễm khuẩn bệnh viện.

- Thao tác thực hiện phải nhẹ nhàng, tỉ mỉ, tránh gây đau đớn dữ dội hoặc làm tổn thương các mô lành xung quanh.

- Thận trọng với những vết mổ nhiễm trùng sâu, có nhiều góc ngách hoặc đường rò.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- a) *Nhân lực trực tiếp*: 01 Bác sĩ điều trị trực tiếp chỉ đạo và đánh giá vết thương.
b) *Nhân lực hỗ trợ*: 02 Điều dưỡng chuyên khoa (01 người vô trùng thực hiện kỹ thuật, 01 người hữu trùng giúp ngoài).

5.2. Thuốc

- Dung dịch sát khuẩn: NaCl 0,9%, PVP Iodine 10%, nước oxy già, dung dịch Berberin 1%.
- Thuốc điều trị tại chỗ: Thuốc mỡ kháng sinh, kem Silver Sulfadiazin 1%, hoặc vật liệu sinh học theo y lệnh.
- Thuốc giảm đau toàn thân hoặc thuốc tê tại chỗ Lidocain 1%.

5.3. Vật tư

- Bộ dụng cụ thay băng vô khuẩn: khay quả đậu, nĩa có máu và không máu, kéo thẳng/cong, pince, kim mang kim.
- Băng, băng cuộn, gạc vuông, vải vô khuẩn, găng tay vô trùng, xô đựng đồ bẩn.

5.4. Trang thiết bị

- Bàn thủ thuật hoặc giường bệnh, đèn gù có độ sáng tốt.
- Máy hút dịch (nếu vết mổ nhiều mủ), hệ thống monitor theo dõi sinh hiệu (nếu cần).

5.5. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng: Được giải thích rõ về mục đích và quy trình để an tâm phối hợp.
- Thực hiện vệ sinh sạch sẽ vùng xung quanh vết mổ.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

Nếu là phẫu thuật: ghi tại phòng mổ thuộc khoa Gây mê hồi sức;
Nếu là các thủ thuật khác: ghi tại phòng thủ thuật hoặc tại buồng bệnh: Tại phòng thủ thuật hoặc tại buồng bệnh (đối với người bệnh nặng).

5.9. 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: Đảm bảo đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, xác định chính xác vị trí và chiều dài vết mổ nhiễm trùng (15-30 cm).
- b) *Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.*
- c) *Đặt tư thế BN:* Nằm ngửa hoặc tư thế phù hợp nhất để bộc lộ rõ toàn bộ diện tích vết mổ.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Vô cảm

- Sử dụng thuốc giảm đau toàn thân hoặc tại chỗ theo y lệnh để hỗ trợ người bệnh chịu đựng được quá trình thay băng.

6.2. Bước 2: Tháo bỏ băng cũ

- Điều dưỡng giúp ngoài tháo bỏ băng và các lớp gạc ngoài; dùng nước muối sinh lý vô trùng làm ẩm lớp gạc trong cùng trước khi gỡ để tránh gây chảy máu.

6.3. Bước 3: Làm sạch xung quanh

- Rửa sạch vùng da lành xung quanh vết mổ (từ mép ra ngoài khoảng 5 cm) bằng cồn 70 độ hoặc dung dịch sát khuẩn.

6.4. Bước 4: Xử lý nhiễm trùng

- Bóc bỏ lớp gạc trong cùng; rửa vết mổ từ trung tâm ra mép bằng nước muối sinh lý và dung dịch sát khuẩn cho đến khi sạch hoàn toàn dịch mủ.
- Cắt lọc tổ chức hoại tử, giả mạc mủn nát; phá bỏ các góc ngách, đường rò để dẫn lưu mủ triệt để.
- Bơm rửa kỹ lại nhiều lần bằng oxy già và nước muối sinh lý.

6.5. Bước 5: Đưa thuốc và băng bó

- Đắp gạc tẩm thuốc kháng sinh hoặc vật liệu sinh học lên nền vết mổ; phủ 4-6 lớp gạc khô vô trùng theo kiểu lợp ngói dọc theo vết mổ.

6.6. Bước 6: Cố định

- Băng ép vừa phải bằng băng cuộn hoặc băng dán, đảm bảo không gây chèn ép tuần hoàn.

6.7. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật: Đánh giá lại tình trạng người bệnh

- (mạch, nhịp thở, tri giác).
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ: Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án (vị trí mổ, tính chất dịch mủ, loại thuốc đã dùng), lưu hồ sơ.
 - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo: Bàn giao người bệnh cho bộ phận điều dưỡng buồng bệnh để theo dõi tiếp.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Choáng, ngất do đau: Tạm dừng thủ thuật, đặt người bệnh nằm đầu thấp, thở oxy và dùng thuốc trợ tim nếu cần.
- Chảy máu: Đắp gạc nước muối ấm hoặc tẩm Adrenalin ép tại chỗ; nếu cần thì khâu cầm máu bổ sung.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Nhiễm trùng tiến triển: Vết mổ sưng tấy tăng lên, chảy dịch hôi thối. Xử trí: Thay băng nhiều lần/ngày, cấy dịch làm kháng sinh đồ và điều chỉnh kháng sinh toàn thân.
- Băng quá chặt: Gây phù nề, xanh tím đầu chi. Xử trí: Nới bớt băng kịp thời.

7.3. Biến chứng muộn

- Thường không có tai biến muộn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2017). *Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa*. Quyết định số 5590/QĐ-BYT ngày 13/12/2017 của Bộ Y tế.

THAY BĂNG VẾT THƯƠNG, VẾT MỎ NHIỄM TRÙNG CHIỀU DÀI > 50CM

1. ĐẠI CƯƠNG

Thay băng vết mổ nhiễm trùng là kỹ thuật ngoại khoa nhằm làm sạch vết thương, loại bỏ dịch tiết, mủ, giả mạc và các tổ chức hoại tử. Nguyên lý sử dụng dung dịch sát khuẩn và vật liệu vô trùng để ngăn chặn sự phát triển của vi khuẩn, kích thích hình thành mô hạt. Mục đích giúp vết thương nhanh liền, theo dõi sát diễn biến tại chỗ để bổ sung chẩn đoán và ngăn ngừa nhiễm khuẩn huyết.

2. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có vết thương hoặc vết mổ chiều dài lớn (> 50cm) có dấu hiệu nhiễm trùng (sưng, nóng, đỏ, đau, chảy mủ).
- Vết mổ không liền miệng, dịch tiết có mùi hôi hoặc băng bị thấm bẩn.
- Một số chỉ định khác theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị do Bộ Y tế ban hành.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh đang trong tình trạng sốc, trụy tim mạch hoặc suy hô hấp nặng đe dọa tính mạng (cần ưu tiên hồi sức tổng hợp trước khi thực hiện kỹ thuật).

4. THẬN TRỌNG

- Đảm bảo quy trình vô khuẩn tuyệt đối để tránh lây nhiễm chéo và nhiễm khuẩn bệnh viện.
- Thao tác nhẹ nhàng, tỉ mỉ do vết thương dài dễ gây chảy máu hoặc tổn thương thêm mô lành.
- Cần thực hiện giảm đau tốt cho người bệnh trước khi tiến hành vì diện tích thay băng lớn gây đau đớn dữ dội.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

a) *Nhân lực trực tiếp*: Kíp thay băng tối thiểu 05 người gồm 01 bác sĩ điều trị và 04 điều dưỡng (03 người vô trùng, 01 người hữu trùng giúp ngoài).

b) *Nhân lực hỗ trợ* : Kíp gây mê nếu người bệnh cần thực hiện vô cảm sâu để thay băng.

5.2. Thuốc

- Dung dịch sát khuẩn: PVP Iodine 10%, nước muối sinh lý 0,9%, Becberin 1%, nước oxy già.
- Thuốc điều trị tại chỗ: Thuốc mỡ kháng sinh, kem Silver sulfadiazin 1%, adrenalin 1/200.000 cầm máu tại chỗ.

5.3. Vật tư

- Bộ dụng cụ thay băng vô khuẩn: khay quả đậu, nia (có máu và không máu), kéo, pince, kìm mang kim.
- Găng tay vô trùng, bông, gạc miếng, vải vô khuẩn, xô đựng đồ bẩn.

5.4. Trang thiết bị

- Bàn thủ thuật hoặc giường bệnh hồi sức, đèn gù có độ sáng tốt.
- Máy hút dịch, máy monitor theo dõi sinh hiệu, hệ thống cung cấp oxy.

5.5. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng: Được giải thích rõ mục đích, quy trình và các tai biến có thể xảy ra để phối hợp.

- Nhịn ăn uống ít nhất 6 giờ nếu có chỉ định thực hiện dưới gây mê.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

Nếu là phẫu thuật: ghi tại phòng mổ thuộc khoa Gây mê hồi sức;

Nếu là các thủ thuật khác: ghi tại phòng thủ thuật hoặc tại buồng bệnh: Tại phòng thủ thuật hoặc tại buồng bệnh (đối với người bệnh nặng).

5.9. 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: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí vết mổ cần thay băng.

b) *Thực hiện băng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.*

c) *Đặt tư thế BN:* Nằm ngửa hoặc nằm nghiêng thuận lợi nhất để bộc lộ toàn bộ chiều dài vết mổ.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Vô cảm

- Thực hiện gây tê tại chỗ hoặc gây mê theo y lệnh để người bệnh không bị choáng do đau.

6.2. Bước 2: Tháo bỏ băng cũ

- Điều dưỡng hữu trùng cắt bỏ băng cũ; dùng nước muối sinh lý làm ẩm lớp gạc trong cùng trước khi gỡ để tránh gây đau và chảy máu.

6.3. Bước 3: Làm sạch

- Rửa sạch vùng da lành xung quanh (cách mép 5cm). Điều dưỡng vô trùng bóc gạc trong cùng, rửa vết mổ từ trung tâm ra mép bằng dung dịch sát khuẩn cho đến khi sạch hết mủ.

6.4. Bước 4: Xử lý tổn thương

- Cắt lọc sạch tổ chức hoại tử, giả mạc mủn nát; phá bỏ các góc ngách, đường rò để dẫn lưu mủ triệt để. Bơm rửa kỹ lại bằng nước muối sinh lý.

6.5. Bước 5: Đưa thuốc và băng bó

- Đắp gạc tẩm thuốc kháng sinh hoặc vật liệu sinh học che phủ vết mổ theo chỉ định. Đắp 4-6 lớp gạc khô dọc theo vết mổ và băng ép vừa phải bằng băng cuộn hoặc băng lưới.

6.6. Bước cuối cùng: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật: Đánh giá lại mạch, nhịp thở, tri giác của người bệnh.

- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo: Bàn giao người bệnh cho bộ phận điều dưỡng tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Choáng, ngất do đau: Tạm dừng kỹ thuật, nằm đầu thấp, thở oxy, thuốc trợ tim.
- Chảy máu: Dùng gạc tẩm adrenalin ép tại chỗ hoặc khâu cầm máu bổ sung.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Băng quá chặt: Gây phù nề, chèn ép tuần hoàn; xử trí: nới bớt băng kịp thời.
- Nhiễm trùng tiến triển: Vết mổ sưng tấy, dịch mủ hôi; xử trí: thay băng hàng ngày, dùng kháng sinh theo kháng sinh đồ.

7.3. Biến chứng muộn

- Thường không có tai biến

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2017). *Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa*. Quyết định số 5590/QĐ-BYT ngày 13/12/2017 của Bộ Y tế.

THAY BĂNG VẾT THƯƠNG, VẾT MỎ CHIỀU DÀI < 15CM

1. ĐẠI CƯƠNG

Thay băng là kỹ thuật làm sạch vết thương hoặc vết mổ, loại bỏ dịch tiết, mủ ứ đọng, giả mạc và các tổ chức hoại tử. Nguyên lý sử dụng các dung dịch sát khuẩn và vật liệu vô trùng để che chở vết thương, ngăn ngừa nhiễm khuẩn lan rộng từ môi trường bên ngoài. Mục đích là kích thích hình thành mô hạt, tạo điều kiện thuận lợi cho quá trình biểu mô hóa giúp vết thương nhanh liền và hỗ trợ bác sĩ theo dõi diễn biến tại chỗ để bổ sung chẩn đoán.

2. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có vết thương hoặc vết mổ sau phẫu thuật với chiều dài dưới 15cm.
- Vết thương định kỳ cần được chăm sóc và thay mới lớp băng.
- Băng bị thấm bẩn bởi dịch tiết, máu hoặc các tác nhân bên ngoài.
- Vết thương có dấu hiệu nhiễm trùng như sưng, nóng, đỏ, đau hoặc chảy dịch mủ.
- Một số chỉ định khác theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị do Bộ Y tế ban hành.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh đang trong tình trạng bệnh lý quá nặng, đe dọa chức năng sống như suy hô hấp, trụy tim mạch hoặc đang trong tình trạng sốc chưa được kiểm soát ổn định.

4. THẬN TRỌNG

- Tuân thủ nghiêm ngặt quy trình vô khuẩn để tránh lây nhiễm chéo và nhiễm khuẩn bệnh viện.
- Thao tác thực hiện phải nhẹ nhàng, tỉ mỉ để tránh gây đau đớn, chảy máu hoặc làm tổn thương mô hạt mới hình thành.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

a) *Nhân lực trực tiếp*: 01 Điều dưỡng hoặc bác sĩ đã được đào tạo kỹ thuật chăm sóc vết thương.

b) *Nhân lực hỗ trợ*: (theo dữ liệu người dùng cung cấp).

5.2. Thuốc

- Dung dịch sát khuẩn: Natriclorid 0,9%, PVP Iodine (3% - 10%), nước oxy già (nếu cần), cồn 70 độ.
- Thuốc điều trị tại chỗ: Thuốc mỡ kháng sinh hoặc các vật liệu sinh học giữ ẩm (như Vaseline, Urgotul) theo y lệnh của bác sĩ điều trị.

5.3. Vật tư

- Bộ dụng cụ thay băng vô khuẩn: khay quả đậu, nĩa (có máu và không máu), kéo thẳng/cong, pince cầm máu.
- Găng tay vô trùng, găng tay sạch, băng lố vô khuẩn, bông gạc vuông, băng dính hoặc băng cuộn.

5.4. Trang thiết bị

- Bàn mổ hoặc bàn thủ thuật, đèn gù hoặc nguồn sáng đủ độ sáng.
- Máy hút dịch (nếu vết thương nhiều dịch mủ), xô đựng đồ bẩn.

5.5. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng: Được giải thích rõ mục đích và các bước thực hiện để an tâm phối hợp.
- Kiểm tra các chỉ số sinh tồn (mạch, huyết áp, nhiệt độ) trước khi tiến hành.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

Nếu là phẫu thuật: ghi tại phòng mổ thuộc khoa Gây mê hồi sức;

Nếu là các thủ thuật khác: ghi tại phòng thủ thuật hoặc tại buồng bệnh: Tại phòng thủ thuật hoặc tại buồng bệnh (đối với người bệnh nặng).

5.9. 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: 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, thủ thuật*.

c) *Đặt tư thế BN*: Nằm ngửa hoặc tư thế phù hợp để bộc lộ rõ nhất diện tích vết thương.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Chuẩn bị nhân viên

- Nhân viên y tế rửa tay vô khuẩn, đội mũ, đeo khẩu trang và đi găng tay.

6.2. Bước 2: Tháo bỏ băng cũ

- Nhẹ nhàng tháo bỏ lớp băng cũ và gạc phía ngoài; dùng nước muối sinh lý làm ẩm lớp gạc trong cùng trước khi gỡ để tránh gây đau và chảy máu.

6.3. Bước 3: Nhận định vết thương

- Nhận định tình trạng vết thương: diện tích, tình trạng dịch tiết, mủ, mùi và sự tiến triển của mô hạt.

6.4. Bước 4: Làm sạch vùng xung quanh

- Rửa sạch vùng da lành xung quanh vết thương (từ mép ra ngoài khoảng 5cm) bằng dung dịch sát khuẩn.

6.5. Bước 5: Rửa vết thương

- Rửa vết thương từ trung tâm ra mép bằng dung dịch nước muối sinh lý hoặc dung dịch sát khuẩn loãng cho đến khi sạch hoàn toàn dịch mủ và giả mạc.

6.6. Bước 6: Xử lý tổn thương

- Loại bỏ các tổ chức hoại tử đã bong rụng ; nếu có nốt phỏng to > 2cm thì trích tháo dịch tại vùng thấp nhưng cần bảo tồn vòm nốt phỏng.

6.7. Bước 7: Đưa thuốc và che phủ

- Bôi thuốc hoặc đắp gạc tẩm thuốc/vật liệu sinh học (Vaseline, Urgotul) lên nền vết thương theo y lệnh; phủ 4-6 lớp gạc khô lên trên.

6.8. Bước 8: Cố định

- Cố định lớp gạc bằng băng dính hoặc băng cuộn với áp lực vừa phải.

6.9. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật: Đánh giá lại tình trạng người bệnh (tri giác, cảm giác tại chỗ).

- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ: Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, ghi rõ tình trạng vết thương và loại thuốc đã dùng.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo: Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo theo dõi.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- *Choáng, ngất do đau hoặc tâm lý*: Tạm dừng, đặt người bệnh nằm đầu thấp, thở oxy và dùng thuốc trợ tim nếu cần.
- *Chảy máu*: Đắp gạc nước muối ẩm hoặc tấm Adrenalin ép tại chỗ để cầm máu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- *Nhiễm trùng tiến triển*: Vết thương sưng tấy, chảy dịch hôi. Xử trí: Thay băng hàng ngày, cấy dịch làm kháng sinh đồ và dùng kháng sinh toàn thân.
- *Băng quá chặt*: Gây chèn ép tuần hoàn ngón chi. Xử trí: Nới bớt băng kịp thời.
- *Tụt băng*: Tiến hành băng bó bổ sung để đảm bảo che kín vết thương.

7.3. Biện chứng muộn

- Thường không có tai biến đặc thù muộn ghi nhận riêng cho thủ thuật này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2013). *Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Bỏng*. Quyết định số 635/QĐ-BYT ngày 28/02/2013 của Bộ Y tế.
2. Bộ Y tế (2016). *Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Hồi sức, cấp cứu và chống độc*. Quyết định số 4825/QĐ-BYT năm 2016 của Bộ Y tế.

THAY BĂNG VẾT THƯƠNG, VẾT MỒ CHIỀU DÀI TỪ 15CM ĐẾN 30CM

1. ĐẠI CƯƠNG

Thay băng là kỹ thuật làm sạch vết mổ hoặc vết thương, loại bỏ dịch tiết, mủ ứ đọng, máu tụ và các tổ chức hoại tử. Nguyên lý sử dụng các dung dịch sát khuẩn và vật liệu vô khuẩn để che chở vết thương, ngăn ngừa nhiễm trùng lan rộng. Mục đích là kích thích hình thành mô hạt, tạo điều kiện thuận lợi cho biểu mô hóa giúp vết thương nhanh liền và hỗ trợ bác sĩ đánh giá tiến triển của vết mổ.

2. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có vết mổ sau phẫu thuật (như phẫu thuật cột sống, kết hợp xương đùi...) có chiều dài từ 15cm đến 30cm.
- Vết thương có hiện tượng thấm dịch, máu hoặc băng bị bẩn.

- Vết thương có dấu hiệu nhiễm trùng (sưng, nóng, đỏ, đau hoặc chảy mủ).
- Thay băng điều trị định kỳ theo y lệnh của bác sĩ điều trị.
- Một số chỉ định khác theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị do Bộ Y tế ban hành.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh đang trong tình trạng sốc, trụy tim mạch hoặc suy hô hấp nặng đe dọa tính mạng (cần ưu tiên hồi sức tổng hợp trước).

4. THẬN TRỌNG

- Tuân thủ nghiêm ngặt quy trình vô khuẩn để tránh nhiễm khuẩn chéo và nhiễm khuẩn bệnh viện.
- Thao tác nhẹ nhàng, tỉ mỉ để tránh gây đau đớn, chảy máu hoặc làm tổn thương mô hạt mới hình thành.
- Thận trọng với các vết thương ở vùng mạch máu lớn hoặc có nguy cơ chảy máu thứ phát.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

a) Nhân lực trực tiếp: 01 Bác sĩ điều trị hoặc 02 điều dưỡng (01 người vô trùng, 01 người hữu trùng giúp ngoài) đã được đào tạo kỹ thuật chăm sóc vết thương.

5.2. Thuốc

- Dung dịch sát khuẩn: NaCl 0,9%, PVP Iodine 3-10%, nước oxy già, cồn 70 độ.
- Thuốc mỡ kháng sinh hoặc vật liệu sinh học tùy theo chỉ định.

5.3. Vật tư

- Bộ dụng cụ thay băng vô khuẩn (khay quả đậu, nia có máu và không máu, kéo, pince), găng tay vô trùng, bông gạc vuông, vải vô khuẩn, băng cuộn hoặc băng dính.

5.4. Trang thiết bị

- Buồng thay băng đạt chuẩn hoặc buồng bệnh sạch sẽ; nguồn oxy, máy hút, monitor theo dõi sinh hiệu (đối với người bệnh nặng).

5.5. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng: Được giải thích rõ mục đích và quy trình để phối hợp.

- Kiểm tra các chỉ số mạch, huyết áp, nhiệt độ trước khi thực hiện.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

Nếu là phẫu thuật: ghi tại phòng mổ thuộc khoa Gây mê hồi sức;

Nếu là các thủ thuật khác: ghi tại phòng thủ thuật hoặc tại buồng bệnh: Tại phòng thủ thuật hoặc tại buồng bệnh (đối với người bệnh nặng).

5.9. 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: Đảm bảo tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí vết mổ cần thay băng.

b) *Thực hiện băng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật*.

c) *Đặt tư thế BN*: Nằm ngửa hoặc nằm nghiêng thuận lợi nhất để bộc lộ toàn bộ chiều dài vết mổ (15-30cm).

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Vô cảm

- Sử dụng thuốc giảm đau toàn thân hoặc tại chỗ nếu vết thương rộng và người bệnh đau nhiều.

6.2. Bước 2: Tháo bỏ băng cũ

- Dùng nĩa tháo bỏ lớp băng ngoài; dùng nước muối sinh lý làm ẩm lớp gạc trong cùng trước khi gỡ để tránh gây chảy máu và đau đớn.

6.3. Bước 3: Làm sạch vết mổ

- Rửa sạch vùng da lành xung quanh vết mổ (cách mép khoảng 5cm).
- Sau đó rửa vết mổ từ trung tâm ra mép bằng dung dịch sát khuẩn cho đến khi sạch hết dịch mủ và giả mạc.

6.4. Bước 4: Xử lý tổn thương

- Cắt bỏ tổ chức hoại tử, giả mạc hoặc lấy bỏ máu tụ; bơm rửa lại nhiều lần bằng dung dịch nước muối sinh lý vô khuẩn.

6.5. Bước 5: Đưa thuốc và che phủ

- Bôi thuốc sát khuẩn hoặc đắp gạc tẩm thuốc theo y lệnh; đắp tiếp 4 - 6 lớp gạc khô vô trùng theo kiểu lợp ngói dọc theo chiều dài vết mổ.

6.6. Bước 6: Cố định

- Băng lại bằng băng cuộn hoặc băng dính với áp lực vừa phải, không băng quá chặt gây cản trở tuần hoàn.

6.7. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật: Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện (mạch, nhịp thở, tri giác).
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ: Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án (tình trạng vết mổ, dịch tiết, loại thuốc đã dùng), lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo: Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo theo dõi.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Choáng, ngất do đau hoặc tâm lý: Tạm dừng, đặt người bệnh nằm đầu thấp, thở oxy và dùng thuốc trợ tim nếu cần.
- Chảy máu: Thay băng lại, đắp gạc nước muối ấm hoặc khô cầm máu tại chỗ.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Nhiễm trùng tiến triển: Vết mổ sưng tấy, chảy dịch mủ. Xử trí: thay băng hàng ngày, cấy dịch làm kháng sinh đồ và dùng kháng sinh toàn thân.
- Băng quá chặt: Gây chèn ép tuần hoàn ngón chi (xanh tím, lạnh ngón tay/chân). Xử trí: nới bớt băng kịp thời.

7.3. Biến chứng muộn

- Thường không có tai biến đặc thù muộn ghi nhận riêng cho thủ thuật này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2013). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Nội tiết. Quyết định số 1119/QĐ-BYT ngày 05/04/2013 của Bộ Y tế.

THAY BĂNG VẾT THƯƠNG, VẾT MỎ CHIỀU DÀI > 50 CM

1. ĐẠI CƯƠNG

Thay băng là kỹ thuật làm sạch vết mổ/vết thương, loại bỏ dịch tiết, mủ ứ đọng và các tổ chức hoại tử. Nguyên lý sử dụng các dung dịch sát khuẩn và thuốc điều trị tại chỗ để ngăn ngừa nhiễm trùng, kích thích hình thành mô hạt và biểu mô hóa giúp vết mổ nhanh liền. Mục đích là theo dõi sát diễn biến tại vị trí tổn thương, đánh giá tình trạng ổn định của vết mổ dài và hỗ trợ bổ sung chẩn đoán kịp thời.

2. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có vết mổ dài (> 50 cm) sau các phẫu thuật lớn như phẫu thuật cột sống, chỉnh hình chi hoặc ghép da diện rộng.

- Vết thương có hiện tượng thấm dịch, máu hoặc bị bẩn băng.

- Vết thương có dấu hiệu nhiễm trùng (sưng, nóng, đỏ, đau, chảy mủ).

- Một số chỉ định khác theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị do Bộ Y tế ban hành.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh đang trong tình trạng bệnh lý quá nặng, đe dọa chức năng sống như suy hô hấp, trụy tim mạch hoặc đang trong tình trạng sốc chưa kiểm soát được.

4. THẬN TRỌNG

- Vết mổ dài > 50 cm cần đảm bảo vô khuẩn tuyệt đối để tránh nhiễm khuẩn chéo và nhiễm khuẩn bệnh viện.

- Cần kiểm soát đau tốt cho người bệnh trước khi tiến hành vì diện tích thay băng lớn có thể gây đau đớn dữ dội.

- Thao tác nhẹ nhàng, tỉ mỉ để tránh gây chảy máu hoặc làm tổn thương mô hạt mới hình thành.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

a) Nhân lực trực tiếp: 01 Bác sĩ điều trị.

b) Nhân lực hỗ trợ: Tối thiểu 02 - 03 điều dưỡng (phân chia người vô trùng và người hữu trùng giúp ngoài).

5.2. Thuốc

- Dung dịch sát khuẩn: Natriclorid 0,9%, Becberin 1%, PVP Iodine (3% - 10%), nước oxy già.

- Thuốc điều trị tại chỗ: Thuốc mỡ kháng sinh, mỡ Vaseline giữ ẩm hoặc các vật liệu sinh học theo y lệnh.

- Thuốc giảm đau toàn thân hoặc thuốc tê tại chỗ nếu cần.

5.3. Vật tư

- Bộ dụng cụ thay băng vô khuẩn (khay quả đậu, nĩa, kéo thẳng/cong, pince), găng tay vô trùng, bông gạc vuông, vải vô khuẩn, băng cuộn hoặc băng dính.

5.4. Trang thiết bị

- Bàn thủ thuật hoặc giường bệnh, đèn gù hoặc nguồn sáng tốt, hệ thống monitor theo dõi sinh hiệu đối với người bệnh nặng.

5.5. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng: Được giải thích rõ mục đích và các bước tiến hành.

- Nhịn ăn ít nhất 6 giờ nếu có chỉ định gây mê/an thần sâu.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

Nếu là phẫu thuật: ghi tại phòng mổ thuộc khoa Gây mê hồi sức;

Nếu là các thủ thuật khác: ghi tại phòng thủ thuật hoặc tại buồng bệnh: Tại phòng thủ thuật hoặc tại buồng bệnh (đối với người bệnh nặng).

5.9. 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: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí vết mổ cần thay băng.

b) *Thực hiện băng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.*

c) *Đặt tư thế BN:* Nằm ngửa hoặc nằm nghiêng thuận lợi để bộc lộ toàn bộ chiều dài vết mổ.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Vô cảm

- Sử dụng thuốc giảm đau toàn thân hoặc tại chỗ theo y lệnh bác sĩ.

6.2. Bước 2: Tháo bỏ băng cũ

- Điều dưỡng giúp ngoài tháo bỏ lớp băng ngoài; dùng nước muối sinh lý vô trùng làm ẩm lớp gạc trong cùng trước khi gỡ để tránh gây chảy máu.

6.3. Bước 3: Làm sạch vùng xung quanh

- Rửa sạch vùng da lành xung quanh vết mổ từ mép ra ngoài khoảng 5 cm bằng dung dịch sát khuẩn.

6.4. Bước 4: Rửa vết mổ

- Dùng dung dịch nước muối sinh lý rửa sạch từ trung tâm ra mép; loại bỏ giả mạc, dịch mủ và tổ chức hoại tử; bơm rửa các góc ngách đối với vết thương hở dài.

6.5. Bước 5: Đưa thuốc và băng bó

- Bôi thuốc kháng khuẩn hoặc đắp gạc tẩm thuốc/vật liệu thay thế da; đắp lớp gạc mỡ vaseline và 4 - 6 lớp gạc khô theo kiểu lợp ngói dọc theo toàn bộ vết mổ.

6.6. Bước 6: Cố định

- Băng ép vừa phải bằng băng cuộn hoặc băng lưới, chú ý không băng quá chặt gây cản trở tuần hoàn.

6.7. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật: Đánh giá lại tình trạng người bệnh

(mạch, huyết áp, nhịp thở, tri giác).
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo: Bàn giao người bệnh cho bộ phận điều dưỡng buồng bệnh tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Choáng, ngất do đau: Tạm dừng, đặt nằm đầu thấp, thở oxy và dùng thuốc trợ tim nếu cần.
- Ngừng thở, ngừng tim (nếu gây mê): Hút sạch đờm dãi, hỗ trợ hô hấp và hồi sức cấp cứu ngay.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: Đắp gạc nước muối ẩm, băng ép có trọng điểm hoặc khâu cầm máu bổ sung.
- Nhiễm trùng tiến triển: Vết mổ sưng tấy, mủ hôi. Xử trí: Thay băng hàng ngày, cấy dịch làm kháng sinh đồ và điều chỉnh kháng sinh.
- Băng quá chặt: Gây chèn ép tuần hoàn hoặc phù nề ngón chi. Xử trí: Nới bớt băng kịp thời.

7.3. Biến chứng muộn

- Thường không có tai biến đặc thù muộn ghi nhận riêng cho thủ thuật này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2013). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Bỏng. Quyết định số 635/QĐ-BYT ngày 28/02/2013 của Bộ Y tế.

THAY BĂNG ĐIỀU TRỊ VẾT LOÉT, HOẠI TỬ CHI DƯỚI DIỆN TÍCH < 50 CM² DO ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Thay băng là kỹ thuật ngoại khoa nhằm làm sạch vết loét, loại bỏ dịch tiết, mủ ứ đọng và tổ chức hoại tử. Nguyên lý sử dụng các dung dịch sát khuẩn và thuốc điều trị tại chỗ để ngăn ngừa nhiễm khuẩn, kích thích hình thành mô hạt và quá trình biểu mô hóa. Mục đích là giúp vết loét nhanh liền, hỗ trợ theo dõi diễn biến tổn thương và bổ sung chẩn đoán cho bác sĩ điều trị.

2. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh đái tháo đường có vết loét, hoại tử chi dưới (thường từ độ 2 đến độ 4 theo Wagner).

- Giai đoạn ổ loét đã được cắt lọc sạch hoại tử hoặc đang bắt đầu lên tổ chức hạt.

- Vết loét thâm dịch nhiều, băng bị bẩn hoặc có dấu hiệu nhiễm trùng tại chỗ.

- Một số chỉ định khác theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị do Bộ Y tế ban hành.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh đang trong tình trạng bệnh lý quá nặng đe dọa chức năng sống như suy hô hấp, truy tim mạch hoặc đang bị sốc.

4. THẬN TRỌNG

- Tuân thủ nghiêm ngặt nguyên tắc vô khuẩn để tránh lây nhiễm chéo và nhiễm khuẩn bệnh viện.

- Thao tác thay băng phải nhẹ nhàng, tỉ mỉ để tránh gây đau đớn, chảy máu hoặc làm tổn thương các mô hạt mới hình thành.

- Cần kiểm soát tốt đường huyết (thường < 10 mmol/l) trước và trong quá trình điều trị để tăng hiệu quả liền vết thương.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

a) *Nhân lực trực tiếp*: 01 Điều dưỡng hoặc bác sĩ đã được đào tạo về kỹ thuật chăm sóc vết thương.

b) *Nhân lực hỗ trợ*: (theo dữ liệu người dùng cung cấp).

5.2. Thuốc

- Dung dịch sát khuẩn: NaCl 0,9%, PVP Iodine 3-10%, Berberin 1%.

- Thuốc điều trị tại chỗ: Silver Sulfadiazin, mỡ Maduxin, Vaseline.

- Thuốc gây tê Lidocain 1% (nếu cần).

5.3. Vật tư

- Bộ dụng cụ thay băng vô khuẩn (pince, kéo, phẫu tích), găng tay vô trùng, bông gạc, băng cuộn hoặc băng dính.

5.4. Trang thiết bị

- Bàn thủ thuật hoặc giường bệnh, đèn gù có độ sáng tốt, xô đựng chất thải y tế.

5.5. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng: Được giải thích rõ mục đích kỹ thuật.

- Kiểm tra các chức năng sống cơ bản.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

Nếu là phẫu thuật: ghi tại phòng mổ thuộc khoa Gây mê hồi sức;

Nếu là các thủ thuật khác: ghi tại phòng thủ thuật hoặc tại buồng bệnh: Tại phòng thủ thuật hoặc tại buồng bệnh (đối với người bệnh nặng).

5.9. 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: Đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí vết loét cần thay băng.

b) *Thực hiện băng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.*

c) *Đặt tư thế BN:* Đặt người bệnh nằm tư thế thuận lợi nhất để bộc lộ rõ vết loét.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Đặt tư thế

- Đặt người bệnh nằm tư thế thuận lợi nhất để bộc lộ rõ vết loét.

6.2. Bước 2: Tháo bỏ băng cũ

- Điều dưỡng mang găng sạch, nhẹ nhàng tháo bỏ lớp băng cũ; nhận định tình trạng dịch mủ và sự tiến triển của vết loét.

6.3. Bước 3: Làm sạch vùng xung quanh

- Rửa sạch vùng da lành xung quanh vết loét (cách mép khoảng 5cm) bằng cồn 70 độ hoặc dung dịch sát khuẩn.

6.4. Bước 4: Rửa vết loét

- Dùng dung dịch NaCl 0,9% hoặc thuốc sát khuẩn nhẹ rửa vết loét từ trung tâm ra mép cho đến khi sạch hết dịch mủ và giả mạc.

6.5. Bước 5: Xử lý tổn thương

- Cắt bỏ nhẹ nhàng các mảnh hoại tử nhỏ còn sót; nếu có bọt nước > 2cm thì chích tháo dịch ở vùng thấp nhưng bảo tồn vòm bọt nước.

6.6. Bước 6: Đưa thuốc và che phủ

- Bôi thuốc điều trị tại chỗ hoặc đắp gạc tẩm thuốc theo y lệnh; đắp gạc Vaseline hoặc Urgotul chống dính.

6.7. Bước 7: Băng kín

- Phủ 4-6 lớp gạc khô lên trên và cố định bằng băng cuộn hoặc băng dính với áp lực vừa phải.

6.8. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật: Đánh giá tình trạng người bệnh và khả năng lưu thông mạch máu sau băng ép.

- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ: Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án (tình

trạng vết loét, loại thuốc đã dùng), 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, ngất do đau: Tạm dừng thủ thuật, đặt nằm đầu thấp, thở oxy và dùng thuốc trợ tim nếu cần.
- Chảy máu: Đắp gạc nước muối ấm hoặc tẩm Adrenalin ép tại chỗ để cầm máu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Nhiễm trùng tiến triển: Vết loét sưng tấy, dịch mủ hôi. Xử trí: Thay băng hàng ngày, cấy dịch làm kháng sinh đồ và điều chỉnh kháng sinh.
- Băng quá chặt: Gây chèn ép tuần hoàn đầu chi (xanh tím, lạnh ngón chi). Xử trí: Nới bớt băng ngay lập tức.

7.3. Biện chứng muộn

- Thường không có tai biến đặc thù muộn ghi nhận riêng cho thủ thuật này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2013). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Nội tiết. Quyết định số 1119/QĐ-BYT ngày 05/04/2013 của Bộ Y tế.

THAY BĂNG ĐIỀU TRỊ VẾT LOÉT, HOẠI TỬ CHI DƯỚI ĐIỆN TÍCH TỪ 50 CM2 ĐẾN DƯỚI 100 CM2 DO ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Vết loét chi dưới ở người bệnh đái tháo đường là hệ quả của bệnh lý thần kinh ngoại biên và thiếu máu do xơ vữa mạch máu. Thay băng là kỹ thuật làm sạch vết thương, loại bỏ dịch tiết, mủ và tổ chức hoại tử nhằm ngăn chặn nhiễm trùng lan rộng. Mục đích là kích thích hình thành mô hạt, tạo điều kiện biểu mô hóa giúp vết loét nhanh liền và bổ sung chẩn đoán mức độ tổn thương.

2. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh đái tháo đường có vết loét, hoại tử chi dưới diện tích từ 50 cm² đến dưới 100 cm².

- Vết loét ở giai đoạn đã được cắt lọc hoặc đang bắt đầu lên tổ chức hạt.

- Băng bị thấm bẩn, thấm dịch mủ nhiều hoặc cần chăm sóc định kỳ hàng ngày.

- Một số chỉ định khác theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị do Bộ Y tế ban hành.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh đang trong tình trạng bệnh lý quá nặng đe dọa tính mạng như suy hô hấp, trụy tim mạch hoặc sốc.

- Người bệnh có rối loạn đông máu nặng chưa được kiểm soát ổn định.

4. THẬN TRỌNG

- Đảm bảo quy trình vô khuẩn tuyệt đối để tránh lây nhiễm chéo và nhiễm khuẩn bệnh viện.

- Thao tác nhẹ nhàng, tỉ mỉ để tránh gây đau đớn hoặc làm tổn thương mô hạt mới hình thành.

- Cần kiểm soát tốt đường huyết (thường < 10 mmol/l) trước và trong quá trình điều trị để tăng khả năng liền vết thương.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

a) *Nhân lực trực tiếp*: 01 Bác sĩ điều trị và 02 điều dưỡng (01 điều dưỡng vô trùng, 01 điều dưỡng hữu trùng hỗ trợ) đã được đào tạo chuyên môn.

b) *Nhân lực hỗ trợ*: (theo dữ liệu người dùng cung cấp).

5.2. Thuốc

- Dung dịch sát khuẩn: NaCl 0,9%, PVP Iodine 10%, nước oxy già.

- Thuốc mỡ kháng sinh hoặc vật liệu sinh học theo chỉ định.

5.3. Vật tư

- Bộ dụng cụ thay băng vô khuẩn (nếu có mẫu và không mẫu, kéo, pince), găng tay vô trùng, bông gạc miếng, băng cuộn hoặc băng dính.

5.4. Trang thiết bị

- Bàn thủ thuật hoặc giường bệnh, đèn gù, máy hút dịch (nếu cần), hệ thống monitor theo dõi sinh hiệu cho người bệnh nặng.

5.5. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng: Được giải thích rõ mục đích quy trình để yên tâm phối hợp.

- Vệ sinh sạch sẽ vùng chi không bị tổn thương.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

Nếu là phẫu thuật: ghi tại phòng mổ thuộc khoa Gây mê hồi sức;

Nếu là các thủ thuật khác: ghi tại phòng thủ thuật hoặc tại buồng bệnh: Tại phòng thủ thuật hoặc tại buồng bệnh đối với người bệnh nặng.

5.9. 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: Đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí vết loét cần thay băng.

b) *Thực hiện băng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.*

c) *Đặt tư thế BN:* Đặt tư thế người bệnh nằm ngửa hoặc tư thế phù hợp để bộc lộ rõ vết loét.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Chuẩn bị nhân viên

- Điều dưỡng rửa tay vô khuẩn, mặc quần áo mũ khẩu trang và đi găng vô trùng.

6.2. Bước 2: Tháo bỏ băng cũ

- Tháo bỏ băng cũ và các lớp gạc ngoài; dùng nước muối sinh lý làm ẩm lớp gạc trong cùng trước khi gỡ để tránh đau và chảy máu.

6.3. Bước 3: Nhận định vết loét

- Nhận định tình trạng vết loét (diện tích, độ sâu, dịch tiết, mủ, tổ chức hoại tử và tình trạng mô hạt).

6.4. Bước 4: Làm sạch vùng xung quanh

- Rửa sạch vùng da lành xung quanh vết loét (từ mép ra ngoài khoảng 5cm) bằng cồn 70 độ hoặc dung dịch sát khuẩn.

6.5. Bước 5: Rửa và làm sạch vết loét

- Rửa vết loét bằng nước muối sinh lý và dung dịch sát khuẩn từ trung tâm ra mép đến khi sạch dịch và mủ; loại bỏ giả mạc, dị vật và cắt lọc nhẹ nhàng các tổ chức hoại tử đã bong rời.

6.6. Bước 6: Xử trí bọt nước

- Chích tháo dịch bọt nước to > 2cm tại vùng thấp nhưng bảo tồn vòm bọt nước; thấm hút khô bằng gạc sạch.

6.7. Bước 7: Đưa thuốc và băng bó

- Bôi thuốc kháng khuẩn hoặc đắp vật liệu thay thế da (Urgotul, Vaseline) chống dính; đắp 4-6 lớp gạc khô thấm hút dịch và băng ép vừa phải bằng băng cuộn.

6.8. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật: Đánh giá lại tình trạng người bệnh (mạch, huyết áp, tưới máu ngọn chi).
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ: Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án (tình

trạng dịch mủ, diện tích loét), lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo: Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo chăm sóc.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Choáng, ngất: Do đau đớn hoặc tâm lý hoảng sợ. Xử trí: Tạm dừng thay băng, nằm đầu thấp, thở oxy và dùng thuốc trợ tim nếu cần.
- Chảy máu: Đắp gạc nước muối ấm hoặc tẩm adrenalin ép tại chỗ cầm máu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Nhiễm trùng tiến triển: Vết loét sưng tấy, dịch hôi. Xử trí: Thay băng hàng ngày, dùng kháng sinh mạnh theo kháng sinh đồ.
- Băng quá chặt: Gây chèn ép tuần hoàn, xanh tím đầu chi. Xử trí: Nới bớt băng kịp thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2013). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Nội tiết. Quyết định số 1119/QĐ-BYT ngày 05/04/2013 của Bộ Y tế.

THAY BĂNG ĐIỀU TRỊ VẾT LOÉT, HOẠI TỬ CHI DƯỚI DIỆN TÍCH TỪ 100 ĐẾN 200CM² DO ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Vết loét bàn chân và chi dưới là biến chứng phổ biến ở người bệnh đái tháo đường, thường do bệnh lý thần kinh ngoại biên, rối loạn thần kinh tự động và thiếu máu do xơ vữa mạch máu. Thay băng là kỹ thuật làm sạch vết loét, loại bỏ dịch tiết, mủ ứ đọng và tổ chức hoại tử nhằm ngăn chặn nhiễm trùng lan rộng và kích thích hình thành mô hạt. Mục đích là tạo môi trường thuận lợi cho quá trình biểu mô hóa, hỗ trợ vết loét nhanh liền và theo dõi sát diễn biến tổn thương.

2. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh đái tháo đường có vết loét chi dưới diện tích từ 100 đến 200cm².
- Giai đoạn các ổ loét đã được cắt lọc hết tổ chức hoại tử và bắt đầu lên tổ chức hạt.
- Vết loét có hiện tượng tiết dịch nhiều, nhiễm trùng tại chỗ hoặc băng bị thấm bẩn.
- Một số chỉ định khác theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị do Bộ Y tế ban hành.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh đang trong tình trạng sốc, trụy tim mạch hoặc suy hô hấp nặng cần ưu tiên hồi sức tổng hợp.
- Tình trạng toàn thân quá yếu không cho phép thực hiện thủ thuật kéo dài.

4. THẬN TRỌNG

- Tuyệt đối tuân thủ nguyên tắc vô khuẩn để tránh lây nhiễm chéo và nhiễm khuẩn bệnh viện.
- Thao tác thay băng phải nhẹ nhàng, tỉ mỉ để tránh gây đau đớn, chảy máu hoặc làm tổn thương mô hạt mới hình thành.
- Cần kiểm soát tốt đường huyết (thường $< 10 \text{ mmol/l}$) trước và trong quá trình điều trị để đảm bảo vết thương có khả năng liền.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

a) *Nhân lực trực tiếp*: 01 bác sĩ và 02 điều dưỡng đã được đào tạo về kỹ thuật thay băng và chăm sóc vết thương ĐTD.

b) *Nhân lực hỗ trợ*: (theo dữ liệu người dùng cung cấp).

5.2. Thuốc

- Dung dịch sát khuẩn: NaCl 0,9%, PVP Iodine 10%, nước oxy già.
- Thuốc mỡ kháng sinh hoặc các vật liệu sinh học theo chỉ định của bác sĩ.

5.3. Vật tư

- Bộ dụng cụ thay băng vô khuẩn (nĩa có máu và không máu, kéo, kẹp phẫu tích), găng tay vô trùng, bông gạc miếng, băng cuộn hoặc băng thun.

5.4. Trang thiết bị

- Bàn thủ thuật, đèn gù có độ sáng tốt, các dụng cụ và thuốc cấp cứu cần thiết.

5.5. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng: Được giải thích rõ về quy trình kỹ thuật để an tâm phối hợp.

- Kiểm tra các chỉ số sinh tồn và tình trạng đường huyết trước khi tiến hành.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

Nếu là phẫu thuật: ghi tại phòng mổ thuộc khoa Gây mê hồi sức;

Nếu là các thủ thuật khác: ghi tại phòng thủ thuật hoặc tại buồng bệnh: Tại phòng thủ thuật hoặc tại buồng bệnh đối với người bệnh nặng.

5.9. 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: Đánh giá tính chính xác của người bệnh, đúng chẩn đoán và đúng vị trí cần thay băng.

b) *Thực hiện băng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật*.

c) *Đặt tư thế BN*: Đặt người bệnh nằm tư thế thuận lợi, bộc lộ rõ vùng chi có vết loét cần thay băng.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Đặt tư thế

- Đặt người bệnh nằm tư thế thuận lợi, bộc lộ rõ vùng chi có vết loét cần thay băng.

6.2. Bước 2: Tháo bỏ băng cũ

- Điều dưỡng mang găng sạch, tháo bỏ lớp băng cũ, nhận định tình trạng dịch tiết và sự tiến triển của tổ chức hạt.

6.3. Bước 3: Làm sạch vùng xung quanh

- Rửa sạch vùng da lành xung quanh vết loét (từ mép vết thương ra ngoài khoảng 5cm) bằng cồn 70 độ hoặc dung dịch sát khuẩn.

6.4. Bước 4: Rửa vết loét

- Dùng dung dịch nước muối sinh lý hoặc sát khuẩn rửa từ giữa vết loét ra mép cho đến khi sạch hoàn toàn dịch mủ và giả mạc.

6.5. Bước 5: Xử lý hoại tử và bong nước

- Cắt bỏ vùng da hoại tử (nếu còn sót); nếu có bong nước to > 2cm cần chích tháo dịch tại vùng thấp nhưng bảo tồn vòm bong nước.

6.6. Bước 6: Đưa thuốc và che phủ

- Bôi thuốc sát khuẩn hoặc đắp gạc tẩm thuốc theo y lệnh; đắp các lớp gạc khô thấm hút dịch lên trên.

6.7. Bước 7: Băng ép

- Dùng băng cuộn hoặc băng thun cố định các lớp gạc với áp lực vừa phải, đảm bảo không gây cản trở tuần hoàn ngón chi.

6.8. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật: Đánh giá lại tình trạng người bệnh và khả năng lưu thông mạch máu sau băng ép.

- 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, ngất do đau: Tạm dừng thủ thuật, đặt người bệnh nằm đầu thấp, cho thở oxy và dùng thuốc trợ tim nếu cần.

- *Chảy máu*: Dùng gạc tẩm nước muối ấm hoặc adrenalin ép tại chỗ để cầm máu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Nhiễm trùng tiến triển: Vết loét sưng tấy, chảy mủ hôi. Xử trí: Thay băng hàng ngày, cấy dịch làm kháng sinh đồ và điều chỉnh kháng sinh.

- Băng quá chặt: Gây phù nề, xanh tím ngón chi. Xử trí: Nới bớt băng ngay lập tức.

7.3.

Biến

chứng

muộn

- Thường không có tai biến đặc thù muộn ghi nhận riêng cho thủ thuật này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2013). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Nội tiết. Quyết định số 1119/QĐ-BYT ngày 05/04/2013 của Bộ Y tế.

THAY BĂNG ĐIỀU TRỊ VẾT LOÉT, HOẠI TỬ CHI DƯỚI ĐIỆN TÍCH TỪ 200CM2 ĐẾN 400CM2 DO ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Loét bàn chân, chi dưới là biến chứng thường gặp ở người bệnh đái tháo đường, kết quả của bệnh lý thần kinh ngoại biên và thiếu máu cục bộ do xơ vữa mạch máu. Thay băng là kỹ thuật làm sạch vết loét, loại bỏ dịch tiết, mủ ứ đọng và tổ chức hoại tử nhằm ngăn chặn nhiễm trùng lan rộng. Mục đích là kích thích hình thành mô hạt, tạo môi trường thuận lợi để vết thương biểu mô hóa và theo dõi sát diễn biến tổn thương.

2. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh ĐTĐ có vết loét, hoại tử chi dưới (độ 2 trở lên theo Wagner: loét sâu đến gân, xương hoặc áp xe).

- Vết loét có diện tích từ 200cm² đến 400cm² cần chăm sóc định kỳ hoặc xử trí khi băng thấm dịch, mủ.

- Một số chỉ định khác theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị do Bộ Y tế ban hành.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh đang trong tình trạng sốc, trụy tim mạch hoặc suy hô hấp nặng (cần ưu tiên hồi sức tổng hợp).

- Người bệnh có rối loạn đông máu nặng chưa được kiểm soát.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh ĐTĐ thường có thể trạng yếu, dinh dưỡng kém, cần kiểm soát tốt đường huyết (< 10 mmol/l) trước và trong quá trình điều trị.

- Thao tác thay băng phải nhẹ nhàng, tỉ mỉ để tránh gây đau đớn hoặc làm tổn thương mô hạt mới hình thành.

- Tuyệt đối tuân thủ nguyên tắc vô khuẩn để tránh nhiễm khuẩn chéo và nhiễm khuẩn bệnh viện.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

a) *Nhân lực trực tiếp*: 01 bác sĩ chuyên khoa và 02 điều dưỡng (01 vô trùng, 01 hữu trùng giúp ngoài) đã được đào tạo về chăm sóc vết thương ĐTĐ.

b) *Nhân lực hỗ trợ*: (theo dữ liệu người dùng cung cấp).

5.2. Thuốc

- Dung dịch sát khuẩn: PVP Iodine 10%, nước oxy già, nước muối sinh lý 0,9%.

- Thuốc mỡ kháng sinh hoặc vật liệu sinh học (nếu có chỉ định).

5.3. Vật tư

- Bộ dụng cụ thay băng vô khuẩn (kìm, kéo, phẫu tích), găng tay vô trùng, bông gạc, băng cuộn hoặc băng thun.

5.4. Trang thiết bị

- Bàn thủ thuật hoặc giường bệnh chuyên dụng, đèn gù, máy hút dịch (nếu cần).

5.5. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng: Giải thích quy trình.

- Kiểm tra các chỉ số sinh tồn (mạch, huyết áp, đường huyết); vệ sinh sạch sẽ vùng chi không bị thương tổn.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

Nếu là phẫu thuật: ghi tại phòng mổ thuộc khoa Gây mê hồi sức;

Nếu là các thủ thuật khác: ghi tại phòng thủ thuật hoặc tại buồng bệnh: Tại phòng thủ thuật hoặc tại buồng bệnh (đối với người bệnh nặng).

5.9. 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: Đánh giá đúng người bệnh, đúng chẩn đoán và diện tích vết loét cần thay băng.

b) *Thực hiện bằng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật*.

c) *Đặt tư thế BN*: Nằm. Tùy theo vị trí vết loét

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Vô cảm

- Sử dụng thuốc giảm đau toàn thân hoặc tại chỗ nếu vết loét rộng và người bệnh đau nhiều.

6.2. Bước 2: Tháo bỏ băng cũ

- Điều dưỡng hữu trùng tháo bỏ lớp băng ngoài; dùng nước muối sinh lý làm ẩm lớp gạc trong cùng trước khi gỡ để tránh chảy máu.

6.3. Bước 3: Làm sạch vết loét

- Rửa sạch vùng da lành xung quanh (từ mép ra ngoài 5cm).
- Rửa vết loét bằng nước muối sinh lý và dung dịch sát khuẩn từ giữa ra mép đến khi sạch dịch, mủ.

6.4. Bước 4: Xử lý tổn thương

- Lấy bỏ giả mạc, dị vật và cắt lọc tổ chức hoại tử đến vùng mô lành rớm máu.
- Nếu có bọt nước to > 2cm, chích tháo dịch tại vùng thấp nhưng bảo tồn vòm bọt nước.

6.5. Bước 5: Đưa thuốc và băng bó

- Đắp gạc tẩm thuốc kháng sinh hoặc vật liệu sinh học che phủ vết loét; đắp tiếp lớp gạc khô dày (4-6 lớp) và băng ép vừa phải bằng băng thun hoặc băng cuộn.

6.6. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật: Đánh giá tình trạng người bệnh.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ: Hoàn thiện ghi chép hồ sơ (diện tích loét, tình trạng mô hạt).
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo: Bàn giao theo dõi hậu phẫu.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Choáng, ngất do đau: Tạm dừng, đặt nằm đầu thấp, thở oxy và dùng thuốc trợ tim nếu cần.
- Chảy máu: Đắp gạc nước muối ẩm hoặc khâu cầm máu tại chỗ.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Nhiễm trùng tiến triển: Vết loét sưng tấy, chảy dịch hôi. Xử trí: Thay băng hàng ngày,

dùng kháng sinh theo kháng sinh đồ.
- Băng quá chặt: Gây chèn ép tuần hoàn ngón chi. Xử trí: Nới bớt băng kịp thời.

7.3. Biện chứng muộn
- Không có biến chứng muộn đáng kể.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2013). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Nội tiết. Quyết định số 1119/QĐ-BYT ngày 05/04/2013 của Bộ Y tế.

THAY BĂNG ĐIỀU TRỊ VẾT BỎNG TỪ 20% - DƯỚI 40% DIỆN TÍCH CƠ THỂ Ở NGƯỜI LỚN

1. ĐẠI CƯƠNG

Thay băng bỏng là kỹ thuật làm sạch vết bỏng, loại bỏ dịch mủ ứ đọng, cắt lọc tổ chức hoại tử hoặc chuẩn bị nền ghép da nhằm hỗ trợ vết thương nhanh liền. Nguyên lý sử dụng các thuốc điều trị tại chỗ để chống nhiễm khuẩn, kích thích hình thành mô hạt và tạo điều kiện tốt cho biểu mô hóa. Mục đích là bổ sung chẩn đoán diện tích, độ sâu và theo dõi sát diễn biến tại vết bỏng của người bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

- Thay băng vết thương bỏng mới để xử trí kỳ đầu.
- Thay băng điều trị thường kỳ:
- Vết thương ô nhiễm nặng (nhiều dịch, mủ...): Thay băng 1 - 2 lần/ngày hoặc hàng ngày.
- Vết bỏng sạch, ít tiết dịch: Thay băng cách ngày.
- Một số chỉ định khác theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị do Bộ Y tế ban hành.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh đang có các dấu hiệu đe dọa chức năng sống như suy hô hấp, trụy tim mạch, sốc.

- Trường hợp này cần ưu tiên hồi sức tổng hợp, chỉ tiến hành thay băng khi các chức năng sống đã được kiểm soát cơ bản.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh bỏng từ 20% - 39% diện tích cơ thể thường diễn biến toàn thân nặng, cần đảm bảo nhân lực tối thiểu 4 người và sẵn sàng hồi sức tổng hợp.

- Thao tác thay băng phải nhẹ nhàng, tỉ mỉ để tránh gây đau đớn, chảy máu hoặc làm bong mảnh da ghép.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- a) Nhân lực trực tiếp:* Kíp thay băng tối thiểu 4 người: 01 bác sĩ điều trị, 03 điều dưỡng (01 hữu trùng giúp ngoài, 02 vô trùng).

- b) Nhân lực hỗ trợ :* Kíp gây mê hỗ trợ nếu người bệnh có chỉ định vô cảm sâu.

5.2. Thuốc

- Dung dịch sát khuẩn: NaCl 0,9%, Becberin 1%, PVP iodine 10%, Acid Boric 2-4%, Nitrat bạc 0,5%.

- Thuốc điều trị tại chỗ: Silver sulfadiazin (SSD) 1%, mỡ Maduxin, Eupoline, Biafine, Vaseline.

- Thuốc cầm máu tại chỗ: Spongel, dung dịch Adrenalin.

5.3. Vật tư

- Bộ dụng cụ thay băng vô khuẩn: Khay quả đậu, bông, băng, gạc, vải vô khuẩn, nĩa, kéo, găng tay, kim cầm máu.

- Xô đựng đồ bẩn.

5.4. Trang thiết bị

- Thực hiện tại buồng thay băng vô khuẩn hoặc buồng bệnh hồi sức có đầy đủ máy thở, nguồn oxy, máy hút, monitor theo dõi sinh hiệu.

5.5. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng: Giải thích, động viên người bệnh.

- Nhịn ăn ít nhất 6 giờ nếu phải gây mê; kiểm tra các chỉ số mạch, nhiệt độ, huyết áp, hô hấp trước khi tiến hành.

- 5.6. Hồ sơ bệnh án:** Theo quy định của Bộ Y tế.

- 5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

Nếu là phẫu thuật: ghi tại phòng mổ thuộc khoa Gây mê hồi sức;

Nếu là các thủ thuật khác: ghi tại phòng thủ thuật hoặc tại buồng bệnh: Tại phòng thủ thuật (buồng thay băng) hoặc tại buồng bệnh (đối với người bệnh nặng).

5.9. 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: Đánh giá đúng tên tuổi, chẩn đoán và vị trí bỏng cần thay băng.

b) *Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật*.

c) *Đặt tư thế BN*: Nằm trên bàn thay băng hoặc giường bệnh thuận lợi cho việc bộc lộ tổn thương.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Vô cảm

- Sử dụng thuốc giảm đau toàn thân hoặc gây mê theo quy trình chuyên khoa.

6.2. Bước 2: Tháo bỏ băng cũ

- Điều dưỡng hữu trùng cắt bỏ băng cũ; dùng nước muối sinh lý vô trùng làm ẩm lớp gạc trong cùng trước khi gỡ để tránh đau và chảy máu.

6.3. Bước 3: Làm sạch vết bỏng

- Điều dưỡng vô trùng bóc gạc trong cùng theo chiều song song mặt da.
- Rửa vết bỏng bằng dung dịch sát khuẩn; lấy bỏ giả mạc, dị vật và cắt lọc hoại tử đang rụng.

6.4. Bước 4: Xử trí nốt phỏng

- Trích tháo dịch nốt phỏng; giữ lại vòm nếu sạch, cắt bỏ nếu nhiễm khuẩn; thấm khô vết thương.

6.5. Bước 5: Sử dụng thuốc tại chỗ

- Bôi thuốc trực tiếp hoặc đắp gạc thuốc lên nền vết bỏng.
- Đắp tiếp gạc vaseline và phủ 4 - 6 lớp gạc khô ngoài cùng theo kiểu lợp ngói.

6.6. Bước 6: Băng bó

- Điều dưỡng giúp ngoài băng lại bằng băng cuộn hoặc băng lưới, chú ý không băng quá chặt làm ảnh hưởng tuần hoàn.

6.7. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật: Đánh giá lại tình trạng mạch, nhịp thở, huyết áp của người bệnh.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo: Bàn giao người bệnh cho bộ phận điều dưỡng buồng bệnh.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Choáng, ngất: Tạm dừng thủ thuật, cho nằm đầu thấp, thở oxy và dùng thuốc trợ tim.

- Ngừng thở, ngừng tim: Do tác dụng phụ của thuốc hoặc sốc; cần hồi sức cấp cứu ngay lập tức.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: Thay băng lại vùng chảy máu, đắp nước muối ấm hoặc khâu cầm máu nếu cần.
- Băng quá chặt: Gây phù nề, chèn ép; cần nới lỏng băng kịp thời.
- Nhiễm khuẩn tiến triển: Tăng cường thay băng vô khuẩn và dùng kháng sinh theo kháng sinh đồ.

7.3. Biến chứng muộn

- Thường không có tai biến đặc thù muộn ghi nhận riêng cho thủ thuật này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2013). Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Bỏng. Quyết định số 635/QĐ-BYT ngày 28/02/2013 của Bộ Y tế.

THAY BĂNG ĐIỀU TRỊ VẾT BỎNG TỪ 40% - DƯỚI 60% DIỆN TÍCH CƠ THỂ Ở NGƯỜI LỚN

1. ĐẠI CƯƠNG

Thay băng bỏng là kỹ thuật làm sạch vết bỏng, loại bỏ dịch mủ ứ đọng và tổ chức hoại tử nhằm giúp vết bỏng nhanh liền. Nguyên lý sử dụng thuốc điều trị tại chỗ để chống nhiễm khuẩn, kích thích hình thành mô hạt và biểu mô hóa. Mục đích là theo dõi sát diễn biến tại vết bỏng và hỗ trợ bổ sung chẩn đoán diện tích, độ sâu.

2. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có vết thương bỏng mới cần được xử trí kỳ đầu.
- Thay băng điều trị thường kỳ cho người bệnh bỏng nặng (1-2 lần/ngày nếu nhiễm khuẩn nặng hoặc cách ngày nếu vết bỏng sạch).
- Một số chỉ định khác theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị do Bộ Y tế ban hành.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh đang có các dấu hiệu đe dọa chức năng sống như suy hô hấp, trụy tim mạch hoặc đang trong tình trạng sốc chưa kiểm soát được.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh bỏng diện rộng 40% - 60% thường diễn biến toàn thân nặng và rất nặng, cần hồi sức tổng hợp tốt.

- Thao tác thay băng phải nhẹ nhàng, tỉ mỉ để tránh gây đau đớn, chảy máu hoặc làm tổn thương mảnh da ghép.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

a) *Nhân lực trực tiếp*: Kíp thay băng: 01 bác sĩ điều trị và 03 - 04 điều dưỡng chuyên khoa (01 người hữu trùng giúp ngoài, 02 - 03 người vô trùng).

b) *Nhân lực hỗ trợ*: Kíp gây mê: Bác sĩ và kỹ thuật viên gây mê hỗ trợ nếu cần.

5.2. Thuốc

- Dung dịch sát khuẩn: NaCl 0,9%, Becberin 1%, PVP Iodine 10%, Acid Boric 2-4% hoặc Nitrat bạc 0,5%.

- Thuốc điều trị tại chỗ: SSD 1%, mỡ Maduxin, mỡ Eupoline, Vaseline hoặc vật liệu thay thế da tạm thời.

- Thuốc cầm máu: Spongel hoặc dung dịch Adrenalin 1/200.000.

5.3. Vật tư

- Khay quả đậu, bông, băng, gạc, vải vô khuẩn, nia, kéo, găng tay vô trùng và xô đựng đồ bẩn.

5.4. Trang thiết bị

- Thực hiện tại buồng thay băng vô khuẩn hoặc buồng bệnh hồi sức có đầy đủ máy thở, oxy, máy hút và monitor theo dõi sinh hiệu.

5.5. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng: Được giải thích, đồng ý.

- Nhịn ăn ít nhất 6 giờ nếu có chỉ định gây mê; kiểm tra các chỉ số mạch, huyết áp, hô hấp trước khi tiến hành.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

Nếu là phẫu thuật: ghi tại phòng mổ thuộc khoa Gây mê hồi sức;

Nếu là các thủ thuật khác: ghi tại phòng thủ thuật hoặc tại buồng bệnh: Tại phòng thủ thuật hoặc tại buồng bệnh (đối với người bệnh nặng).

5.9. 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: Đảm bảo đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán và diện tích bỏng.

b) *Thực hiện băng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật*.

c) *Đặt tư thế BN*: Nằm trên bàn thay băng hoặc giường bệnh sao cho bộc lộ rõ nhất vùng tổn thương.

6. TIỀN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Vô cảm

- Sử dụng thuốc giảm đau toàn thân hoặc gây mê theo quy trình chuyên khoa.

6.2. Bước 2: Tháo bỏ băng cũ

- Điều dưỡng hữu trùng tháo bỏ băng ngoài; dùng nước muối sinh lý vô trùng làm ẩm lớp gạc trong cùng trước khi gỡ để giảm đau và tránh chảy máu.

6.3. Bước 3: Làm sạch vết bỏng

- Điều dưỡng vô trùng bóc gạc trong cùng theo chiều song song với mặt da.
- Rửa vết bỏng bằng dung dịch sát khuẩn, loại bỏ giả mạc, dị vật và cắt lọc hoại tử đang rụng.

6.4. Bước 4: Xử trí nốt phỏng

- Trích tháo dịch nốt phỏng; giữ lại vòm nếu sạch, cắt bỏ nếu đã nhiễm khuẩn. Thấm khô vết thương.

6.5. Bước 5: Sử dụng thuốc tại chỗ

- Bôi thuốc trực tiếp hoặc đắp gạc thuốc lên nền vết bỏng.
- Đắp tiếp một lớp gạc mỡ vaseline và 4 - 6 lớp gạc khô ngoài cùng theo kiểu lợp ngói.

6.6. Bước 6: Băng bó

- Băng lại bằng băng cuộn hoặc băng lưới (không băng quá chặt).

6.7. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật: Đưa người bệnh về giường, đánh giá lại tình trạng mạch, nhiệt độ, huyết áp, hô hấp.
- 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, ngất: Tạm dừng kỹ thuật, đặt nằm đầu thấp, cho thở oxy và dùng thuốc trợ tim.
- Tác dụng phụ thuốc mê: Theo dõi tình trạng nôn, ngừng thở để xử trí cấp cứu kịp thời.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: Băng ép có trọng điểm, đắp nước muối ấm hoặc khâu cầm máu bổ sung.
- Băng quá chặt: Nới bớt băng nếu thấy biểu hiện chèn ép tuần hoàn hoặc phù nề mạnh.
- Nhiễm khuẩn tiến triển: Tăng cường thay băng vô khuẩn hàng ngày và sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ.

7.3.

Biến

chứng

muộn

- Thường không có tai biến đặc thù muộn ghi nhận riêng cho thủ thuật này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2013). Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Bỏng. Quyết định số 635/QĐ-BYT ngày 28/02/2013 của Bộ Y tế.

THAY BĂNG ĐIỀU TRỊ VẾT BÔNG $\geq 60\%$ DIỆN TÍCH CƠ THỂ Ở NGƯỜI LỚN

1. ĐẠI CƯƠNG

Thay băng bông là kỹ thuật làm sạch vết bông, loại bỏ dịch mủ ứ đọng, cắt lọc hoại tử hoặc chuẩn bị nền ghép da nhằm hỗ trợ vết thương nhanh liền. Nguyên lý là sử dụng thuốc điều trị tại chỗ để chống nhiễm khuẩn, kích thích hình thành mô hạt và tạo điều kiện cho biểu mô hóa. Mục đích còn nhằm bổ sung chẩn đoán diện tích, độ sâu và theo dõi diễn biến tại vết bông.

2. CHỈ ĐỊNH

- Thay băng vết thương bông mới để xử trí kỳ đầu.
- Thay băng điều trị thường kỳ: Thay băng 1-2 lần/ngày nếu vết thương ô nhiễm nặng; thay băng cách ngày nếu vết bông sạch, ít tiết dịch.
- Một số chỉ định khác theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị do Bộ Y tế ban hành.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh đang có các dấu hiệu đe dọa chức năng sống như suy hô hấp, trụy tim mạch, sốc.

- Cần ưu tiên hồi sức tổng hợp, chỉ tiến hành thay băng khi đã kiểm soát cơ bản được các chức năng sống.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh bỏng trên 60% thường diễn biến toàn thân rất nặng, nguy cơ tử vong cao.

- Công tác thay băng đòi hỏi đảm bảo nhân lực, giảm đau toàn thân và hồi sức tổng hợp tốt.

- Thao tác phải nhẹ nhàng, tỉ mỉ, tránh gây đau đớn, chảy máu hoặc làm bong mảnh da ghép.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

a) *Nhân lực trực tiếp*: Kíp thay băng tối thiểu 05 người (01 bác sĩ điều trị, 03 điều dưỡng vô trùng, 01 điều dưỡng hữu trùng giúp ngoài).

b) *Nhân lực hỗ trợ*: Kíp gây mê nếu cần.

5.2. Thuốc

- Dung dịch sát khuẩn: NaCl 0,9%, Becberin 1%, PVP Iodine 10%, Acid Boric 2-4%, Nitrat bạc 0,5%.

- Thuốc bỏng tại chỗ: SSD 1%, mỡ Maduxin, Eupoline, Biafine, Vaseline, các vật liệu thay thế da tạm thời (da đồng loại, dị loại, màng sinh học...).

5.3. Vật tư

- khay quả đậu, bông, băng, gạc, vải vô khuẩn, nĩa, kéo, găng tay vô trùng.

- Dụng cụ cầm máu (pince, kim cầm kim), xô đựng đồ bẩn.

5.4. Trang thiết bị

- Máy thở, nguồn oxy, máy hút, monitor theo dõi người bệnh, máy sốc tim, các dụng cụ và thuốc cấp cứu.

5.5. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng: Được giải thích đồng viên.

- Nhịn ăn ít nhất 6 giờ nếu phải gây mê; kiểm tra các chỉ số sinh tồn (mạch, nhiệt độ, huyết áp, hô hấp).

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

Nếu là phẫu thuật: ghi tại phòng mổ thuộc khoa Gây mê hồi sức;

Nếu là các thủ thuật khác: ghi tại phòng thủ thuật hoặc tại buồng bệnh: Tại phòng thủ thuật (buồng thay băng) hoặc tại buồng bệnh hồi sức cấp cứu.

5.9. 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: Đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thay băng.

b) *Thực hiện băng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.*

c) *Đặt tư thế BN*: Nằm trên bàn thay băng hoặc giường bệnh phù hợp để bộc lộ vùng bỏng.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Vô cảm

- Sử dụng thuốc giảm đau toàn thân hoặc gây mê theo quy trình chuyên khoa.

6.2. Bước 2: Tháo bỏ băng cũ

- Điều dưỡng hữu trùng tháo bỏ lớp băng và gạc ngoài; dùng nước muối sinh lý vô trùng làm ẩm lớp gạc trong cùng trước khi gỡ để tránh gây đau và tổn thương mô mới.

6.3. Bước 3: Làm sạch vết bỏng

- Điều dưỡng vô trùng bóc gạc trong cùng (gỡ song song mặt da).
- Rửa vết bỏng bằng dung dịch sát khuẩn; loại bỏ giả mạc, dị vật, cắt lọc hoại tử đang rụng.

6.4. Bước 4: Xử trí nốt phỏng

- Trích rạch tháo dịch nốt phỏng; giữ lại vòm nếu sạch, cắt bỏ nếu nhiễm khuẩn; thấm khô.

6.5. Bước 5: Sử dụng thuốc tại chỗ

- Bôi thuốc trực tiếp hoặc đắp gạc thuốc/vật liệu thay thế da (da đồng loại, dị loại...) lên nền vết bỏng.
- Đắp gạc vaseline và đắp 4-6 lớp gạc khô ngoài cùng kiểu lợp ngói.

6.6. Bước 6: Băng bó

- Băng lại vết bỏng bằng băng cuộn hoặc băng lưới (không băng quá chặt).

6.7. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật: Đưa người bệnh về giường, đánh giá lại tình trạng mạch, nhiệt độ, huyết áp, hô hấp.
- 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, ngất: Tạm dừng, cho nằm đầu thấp, thở oxy, dùng thuốc trợ tim.
- Tác dụng phụ thuốc mê/giảm đau: Ngừng thở, ngừng tim, nôn... Xử trí theo phác đồ cấp cứu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: Băng ép có trọng điểm, đắp gạc nước muối ấm hoặc khâu cầm máu.

- Băng quá chặt: Gây phù nề, chèn ép tuần hoàn; cần nới băng kịp thời.
- Tụt băng: Tiến hành băng bó bổ sung.

7.3.

Biến

chứng

muộn

- Nhiễm khuẩn tại chỗ hoặc toàn thân: Sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ, tăng cường thay băng vô khuẩn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2013). Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Bỏng. Quyết định số 635/QĐ-BYT ngày 28/02/2013 của Bộ Y tế.

THAY BĂNG VẾT THƯƠNG, VẾT MỎ NHIỄM TRÙNG CHIỀU DÀI TỪ TRÊN 30 CM ĐẾN 50 CM

1. ĐẠI CƯƠNG

Thay băng vết mổ nhiễm trùng là kỹ thuật nhằm loại bỏ dịch mủ, giả mạc và tổ chức hoại tử tại vết thương có kích thước lớn (30 - 50 cm). Mục đích là làm sạch ổ viêm, đưa thuốc điều trị tại chỗ, ngăn chặn nhiễm trùng lan rộng và thúc đẩy hình thành mô hạt để vết thương nhanh liền.

2. CHỈ ĐỊNH

- Vết mổ hoặc vết thương chiều dài từ 30 cm đến 50 cm có các dấu hiệu nhiễm trùng: sưng tấy, đỏ, đau, chảy mủ hoặc dịch có mùi hôi.
- Vết mổ không liền miệng, có giả mạc hoặc mảnh xương chết bên dưới (nếu có tổn thương xương).
- Một số chỉ định khác theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị do Bộ Y tế ban hành.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh đang trong tình trạng sốc, trụy tim mạch hoặc suy hô hấp nặng cần được ưu tiên hồi sức tổng hợp trước khi thực hiện kỹ thuật.

4. THẬN TRỌNG

- Thận trọng với các phản ứng sốc do đau hoặc phản ứng thuốc giảm đau/gây mê do diện tích vết thương lớn.

- Đề phòng hạ thân nhiệt và mất nước điện giải do vết thương hở chiều dài lớn (30 - 50 cm) tiếp xúc lâu với môi trường.
- Tuân thủ nghiêm ngặt quy trình vô khuẩn để tránh lây nhiễm chéo.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

a) *Nhân lực trực tiếp*: 01 bác sĩ điều trị và 02 điều dưỡng (01 vô trùng, 01 hữu trùng giúp ngoài).

5.2. Thuốc

- *Dung dịch sát khuẩn*: NaCl 0,9%, Oxy già, PVP Iodine 10%, Berberin 1%.
- *Thuốc kháng sinh tại chỗ*.

5.3. Vật tư

- Bộ dụng cụ thay băng vô khuẩn (nĩa có mấu/không mấu, kéo, kẹp phẫu tích), găng tay vô trùng.
- Băng, gạc vuông số lượng lớn phù hợp chiều dài 30-50 cm.

5.4. Trang thiết bị

- Bàn thay băng, đèn gù, máy hút dịch mủ, monitor theo dõi dấu hiệu sinh tồn (mạch, huyết áp, SpO2).

5.5. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng: Được giải thích rõ mục đích và quy trình.
- Nhịn ăn ít nhất 6 giờ nếu có chỉ định gây mê/tiền mê; kiểm tra dấu hiệu sinh tồn trước thực hiện.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại phòng thủ thuật hoặc tại buồng bệnh.

5.9. 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: Đúng tên, đúng chẩn đoán và xác định đúng chiều dài vết mổ nhiễm trùng cần xử lý.

b) *Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật*.

c) *Đặt tư thế BN*: Nằm ngửa hoặc nằm nghiêng sao cho bộc lộ rõ nhất toàn bộ chiều dài vết mổ.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Vô cảm

- Dùng thuốc giảm đau toàn thân hoặc gây tê tại chỗ quanh vết mổ. Trường hợp nhiễm trùng sâu, rộng có thể chỉ định gây mê nội khí quản.

6.2. Bước 2: Tháo băng cũ

- Điều dưỡng hữu trùng tháo bỏ băng ngoài. Làm ẩm lớp gạc trong cùng bằng nước muối sinh lý để tránh gây đau và chảy máu khi bóc.

6.3. Bước 3: Làm sạch vết mổ

- Điều dưỡng vô trùng dùng gạc tẩm dung dịch sát khuẩn rửa sạch mủ và dịch tiết từ trung tâm vết mổ ra mép và vùng da xung quanh tối thiểu 5 cm.

6.4. Bước 4: Xử lý ổ nhiễm trùng

- Mở rộng vết mổ (nếu cần), phá bỏ các góc ngách chứa mủ.
- Dùng thìa nạo (curette) lấy sạch tổ chức hoại tử, giả mạc và xương chết.
- Bơm rửa nhiều lần bằng nước muối sinh lý và oxy già.

6.5. Bước 5: Đưa thuốc và dẫn lưu

- Đắp gạc tẩm thuốc kháng sinh hoặc dung dịch sát khuẩn theo chỉ định.
- Đặt dẫn lưu (ống hoặc lam dẫn lưu) nếu vết thương có nhiều ngách hoặc thiếu hồng tổ chức lớn.

6.6. Bước 6: Băng bó

- Phủ nhiều lớp gạc khô theo kiểu "lợp ngói" dọc theo chiều dài vết thương 30 - 50 cm.
- Băng ép vừa phải bằng băng cuộn để cầm máu và bảo vệ.

6.7. Bước cuối cùng: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật (mạch, huyết áp, tri giác).
- 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, ngất do đau hoặc phản ứng thuốc*: Tạm dừng, cho người bệnh nằm đầu thấp, thở oxy và hỗ trợ hô hấp.
- *Chảy máu từ vết mổ*: Băng ép có trọng điểm hoặc khâu cầm máu nếu chảy máu từ mạch máu lớn.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- *Nhiễm trùng tiến triển nặng (nhiễm khuẩn huyết)*: Cấy mủ làm kháng sinh đồ, điều chỉnh kháng sinh toàn thân liều cao.
- *Tiếp tục hoại tử*: Theo dõi sát để có kế hoạch cắt lọc bổ sung kịp thời.
- *Tụt dẫn lưu hoặc băng quá chặt gây phù nề*: Điều chỉnh lại dẫn lưu và băng bó.

7.3. Biến chứng muộn

- Thường không có.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2017). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa. Quyết định số 5590/QĐ-BYT ngày 13/12/2017 của Bộ Y tế.

2. Bộ Y tế (2013). Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Bỏng. Quyết định số 635/QĐ-BYT ngày 28/02/2013 của Bộ Y tế.
3. Bộ Y tế (2013). Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Ngoại khoa. Quyết định số 1119/QĐ-BYT ngày 22/03/2013 của Bộ Y tế.

THAY BĂNG ĐIỀU TRỊ VẾT THƯƠNG, VẾT LOÉT MẠN TÍNH TỪ 1% ĐẾN DƯỚI 3% DIỆN TÍCH CƠ THỂ

1. ĐẠI CƯƠNG

Kỹ thuật này áp dụng cho vết thương mạn tính (không liền trong 4-6 tuần) với diện tích từ 1% đến dưới 3% cơ thể. Nguyên lý là làm sạch tổ chức hoại tử, dịch mủ, đưa thuốc tại chỗ để kích thích tạo mô hạt và biểu mô hóa. Mục đích là hỗ trợ liền vết thương và theo dõi tiến triển của vết loét.

2. CHỈ ĐỊNH

- Tất cả các loại vết thương, vết loét mạn tính diện tích từ 1% đến dưới 3% diện tích cơ thể.
- Vết thương khó lành do hậu quả của bỏng nặng, biến chứng ngoại khoa, bệnh lý mạch máu, đái tháo đường, loét tỳ đè, xạ trị hoặc bệnh lý miễn dịch da.
- Một số chỉ định khác theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị do Bộ Y tế ban hành.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối.
- Cần đặc biệt chú ý và tạm hoãn trong các trường hợp người bệnh bị suy hô hấp, tuần hoàn cấp tính đe dọa tính mạng.

4. THẬN TRỌNG

- Thận trọng khi thực hiện cho người bệnh có trạng thái toàn thân không ổn định.
- Cần kiểm soát đau tốt để tránh tình trạng choáng, ngất trong và sau quá trình thay băng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- a) *Nhân lực trực tiếp*: 01 bác sĩ điều trị và 02 điều dưỡng chuyên khoa được đào tạo.
- b) *Nhân lực hỗ trợ* : Kíp gây mê hỗ trợ nếu vết thương phức tạp cần vô cảm sâu.

5.2. Thuốc

- *Dung dịch sát khuẩn*: NaCl 0,9%, Berberin 1%, PVP iodine 10%, acid boric 2-4%, nitrat bạc 0,5%.
- *Thuốc điều trị tại chỗ*: Cream silver sulfadiazin 1%, mỡ Maduxin, mỡ Eupoline, vaseline hoặc vật liệu sinh học/tế bào nuôi cấy.

5.3. Vật tư

- Nia có máu và không máu, kéo cong/thẳng, găng tay vô trùng.
- Băng, băng, gạc, vải vô khuẩn.

5.4. Trang thiết bị

- Buồng thay băng có đủ trang bị hồi sức: máy thở, nguồn oxy, máy hút và monitor theo dõi mạch, huyết áp, SpO2.

5.5. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng: Được giải thích động viên để phối hợp.
- Nhịn ăn ít nhất 6 giờ nếu có chỉ định gây mê; kiểm tra các chỉ số sinh tồn cơ bản trước khi tiến hành.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại phòng thủ thuật hoặc tại buồng bệnh.

5.9. 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: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, xác định đúng vị trí và diện tích vết thương.

b) *Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật*

c) *Đặt tư thế BN*: Nằm ngửa hoặc tư thế thuận lợi nhất để bộc lộ vết thương rõ nhất.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Vô cảm

- Sử dụng thuốc giảm đau toàn thân hoặc gây tê/mê tùy theo mức độ tổn thương và tình trạng người bệnh.

6.2. Bước 2: Tháo băng cũ

- Điều dưỡng hữu trùng tháo băng và các lớp gạc ngoài; dùng nước muối sinh lý vô trùng làm ẩm lớp gạc trong cùng để tránh gây đau và chảy máu khi bóc.

6.3. Bước 3: Làm sạch vết loét

- Điều dưỡng vô trùng bóc nhẹ lớp gạc cuối; rửa vết thương bằng nước muối sinh lý hoặc dung dịch sát khuẩn. Cắt lọc tổ chức hoại tử, giả mạc, lấy bỏ dịch tiết mủ và máu tụ.

6.4. Bước 4: Đưa thuốc tại chỗ

- Đặt gạc thuốc hoặc các loại vật liệu sinh học/tế bào nuôi cấy lên nền vết loét đã làm sạch.

6.5. Bước 5: Băng bó

- Phủ gạc khô 4–6 lớp theo kiểu lợp ngói, băng ép vừa phải bằng băng cuộn hoặc băng lưới.

6.6. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật (mạch, huyết áp, tri giác).
- 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, ngất*: Tạm dừng thực hiện, đặt người bệnh nằm đầu thấp, thở oxy, dùng thuốc trợ tim nếu cần.
- *Chảy máu*: Thay băng lại vùng chảy máu, đắp nước muối ấm, băng ép có trọng điểm hoặc khâu cầm máu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- *Nhiễm trùng tiến triển*: Vết loét sưng tấy, chảy mủ. Xử trí: dùng kháng sinh theo kháng sinh đồ và thuốc sát trùng tại chỗ.
- *Tụt băng*: Tiến hành băng bó bổ sung.

7.3. Biến chứng muộn

- Thường không có.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2013). Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Bỏng. Quyết định số 635/QĐ-BYT ngày 28/02/2013 của Bộ Y tế.

THAY BĂNG VẾT THƯƠNG, VẾT MỎ CHIỀU DÀI TỪ TRÊN 30 CM ĐẾN 50 CM

1. ĐẠI CƯƠNG

Thay băng là kỹ thuật làm sạch vết thương/vết mổ, loại bỏ dịch tiết và tổ chức hoại tử để ngăn ngừa nhiễm khuẩn, thúc đẩy liền sẹo. Với vết thương dài (30-50 cm), cần tuân thủ nghiêm ngặt quy trình vô khuẩn và kỹ thuật tỉ mỉ. Mục đích là bảo vệ vết thương, đưa thuốc tại chỗ và theo dõi diễn biến liền thương.

2. CHỈ ĐỊNH

- Vết mổ sau phẫu thuật lớn (cột sống, kết hợp xương đùi phức tạp, tạo hình diện rộng) có chiều dài từ 30 cm đến 50 cm.
- Vết thương do chấn thương hoặc các ổ loét mạn tính có kích thước chiều dài tương ứng.
- Thay băng khi băng cũ đã thấm dịch, bị bẩn hoặc theo lịch trình điều trị hàng ngày/cách ngày.
- Một số chỉ định khác theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị do Bộ Y tế ban hành.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh đang trong tình trạng sốc, trụy tim mạch hoặc suy hô hấp nặng cần ưu tiên hồi sức tổng hợp trước.

4. THẬN TRỌNG

- Cần kiểm soát đau tốt trước khi thực hiện để tránh choáng do đau.
- Thận trọng với nguy cơ nhiễm lạnh và hạ thân nhiệt đối với người bệnh có diện phori nhiễm lớn.
- Đảm bảo tuyệt đối nguyên tắc vô khuẩn để tránh lây nhiễm chéo giữa các người bệnh.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

a) *Nhân lực trực tiếp*: 01 Bác sĩ điều trị và 02 Điều dưỡng (01 điều dưỡng vô trùng, 01 điều dưỡng giúp ngoài).

5.2. Thuốc

- *Dung dịch sát khuẩn*: NaCl 0,9%, PVP Iodine 10%, Oxy già.
- *Thuốc điều trị tại chỗ theo y lệnh* (kháng sinh, mỡ Vaseline, hoặc các loại băng dán tiên tiến).

5.3. Vật tư

- Bộ dụng cụ thay băng vô khuẩn (nĩa có máu và không máu, kéo thẳng/cong, găng tay vô trùng).
- Bông, băng cuộn, gạc vuông số lượng lớn phù hợp với chiều dài vết thương.

5.4. Trang thiết bị

- Giường bệnh hoặc bàn thay băng sạch sẽ, đèn gù, máy hút, nguồn oxy và monitor theo dõi sinh hiệu.

5.5. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng: Giải thích động viên người bệnh hiểu về quy trình để phối hợp.
- Vệ sinh cá nhân vùng xung quanh vết thương trước khi tiến hành.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại phòng thủ thuật hoặc tại buồng bệnh.

5.9. 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: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đánh giá chính xác vị trí và chiều dài vết mổ/vết thương.

b) *Thực hiện băng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật*.

c) *Đặt tư thế BN*: Nằm ngửa hoặc nghiêng sao cho bộc lộ rõ nhất toàn bộ chiều dài vết mổ/vết thương.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Vô cảm

- Thực hiện giảm đau toàn thân hoặc tại chỗ theo y lệnh để người bệnh an tâm phối hợp.

6.2. Bước 2: Tháo băng cũ

- Điều dưỡng giúp ngoài dùng nĩa tháo bỏ băng cũ, tháo bỏ các lớp gạc ngoài. Làm ẩm lớp gạc trong cùng bằng nước muối sinh lý để tránh gây chảy máu khi bóc.

6.3. Bước 3: Làm sạch vết mổ

- Điều dưỡng vô trùng bóc nhẹ nhàng lớp gạc cuối.
- Dùng gạc mềm tẩm dung dịch sát khuẩn lau rửa vết thương từ giữa ra mép và vùng xung quanh tối thiểu 5cm.

6.4. Bước 4: Xử lý tổn thương

- Cắt lọc tổ chức hoại tử, giả mạc, lấy bỏ dịch tiết mủ hoặc máu tụ .
- Rửa lại vết thương bằng nước muối sinh lý nhiều lần cho đến khi sạch.

6.5. Bước 5: Đưa thuốc tại chỗ

- Bôi thuốc kháng khuẩn hoặc đắp các tấm vật liệu thay thế da (nếu có chỉ định) lên nền vết thương đã làm sạch.

6.6. Bước 6: Băng bó

- Đắp nhiều lớp gạc vô trùng theo kiểu lợp ngói dọc theo chiều dài 30-50cm của vết thương.
- Điều dưỡng giúp ngoài băng ép vừa phải bằng băng cuộn hoặc băng dính.

6.7. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật (mạch, nhịp thở, tình trạng đau).
- 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, ngất do đau hoặc phản ứng thuốc*: Tạm dừng thay băng, đặt nằm đầu thấp, cho thở oxy và hỗ trợ hô hấp.
- *Chảy máu từ vết thương*: Đắp gạc nước muối ấm và băng ép cầm máu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- *Băng quá chặt gây chèn ép, phù nề vùng hạ lưu*: Tiến hành nới bớt băng.
- *Nhiễm trùng vết mổ*: Vết mổ sưng tấy, chảy dịch mủ. Xử trí: Tách chỉ vết mổ (nếu cần), dẫn lưu mủ, thay băng hàng ngày và dùng kháng sinh theo kháng sinh đồ.

7.3. Biến chứng muộn

- Thường không có.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2013). Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Bỏng. Quyết định số 635/QĐ-BYT ngày 28/02/2013 của Bộ Y tế.
2. Bộ Y tế (2013). Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Ngoại khoa. Quyết định số 1119/QĐ-BYT ngày 22/03/2013 của Bộ Y tế.

THAY BĂNG ĐIỀU TRỊ VẾT THƯƠNG, VẾT LOÉT MẠN TÍNH < 1% DIỆN TÍCH CƠ THỂ

1. ĐẠI CƯƠNG

Thay băng là kỹ thuật nhằm làm sạch diện tích loét, loại bỏ dịch mủ, dị vật và các tổ chức hoại tử để hỗ trợ vết thương mạn tính (không liền trong 4 – 6 tuần) nhanh liền. Mục đích là đưa thuốc điều trị tại chỗ để chống nhiễm khuẩn, kích thích hình thành mô hạt và biểu mô hóa, đồng thời theo dõi sát tiến triển của vết thương.

2. CHỈ ĐỊNH

- Tất cả các loại vết thương, vết loét mạn tính có diện tích dưới 1% diện tích cơ thể.
- Các vết thương khó lành do hậu quả của bỏng nặng, biến chứng ngoại khoa, bệnh lý mạch máu, đái tháo đường, loét tỳ đè hoặc xạ trị.
- Một số chỉ định khác theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị do Bộ Y tế ban hành.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối.
- Cần đặc biệt chú ý và tạm hoãn trong các trường hợp người bệnh bị suy hô hấp hoặc tuần hoàn cấp tính đe dọa tính mạng.

4. THẬN TRỌNG

- Thận trọng với các phản ứng sốc do đau hoặc phản ứng phụ của thuốc giảm đau, thuốc tê trong quá trình thực hiện.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

a) *Nhân lực trực tiếp*: 01 bác sĩ điều trị và 02 điều dưỡng chuyên khoa được đào tạo.

5.2. Thuốc

- *Dung dịch sát khuẩn*: NaCl 0,9%, PVP Iodine 10%, Berberin 1%, Acid Boric 2-4%.
- *Thuốc điều trị tại chỗ*: Cream Silver Sulfadiazin 1%, mỡ Maduxin, Eupoline, Vaseline hoặc vật liệu sinh học.

5.3. Vật tư

- Nia có mầu và không mầu, kéo cong, kéo thẳng, găng tay vô trùng.
- Băng, băng, gạc, vải vô khuẩn.

5.4. Trang thiết bị

- Bàn thay băng hoặc giường bệnh, đèn gù, máy hút và các dụng cụ cấp cứu cần thiết khác.

5.5. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng: Được bác sĩ giải thích, động viên để an tâm hợp tác.
- Kiểm tra các chỉ số sinh tồn cơ bản trước khi thực hiện.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại phòng thủ thuật hoặc tại buồng bệnh.

5.9. 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: Đánh giá đúng tên tuổi, chẩn đoán và diện tích vết loét cần thực hiện.

b) *Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.*

c) *Đặt tư thế BN:* Nằm ngửa hoặc tư thế thuận lợi nhất để bộc lộ rõ vùng tổn thương.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Vô cảm

- Sử dụng thuốc giảm đau toàn thân hoặc gây tê tại chỗ tùy theo mức độ đau và kích thước vết loét.

6.2. Bước 2: Tháo băng cũ

- Điều dưỡng hữu trùng cắt bỏ băng cũ và các lớp gạc ngoài; dùng nước muối sinh lý vô trùng làm ẩm lớp gạc trong cùng trước khi bóc để tránh gây đau và chảy máu.

6.3. Bước 3: Làm sạch vết loét

- Điều dưỡng vô trùng dùng gạc mềm/bông cầu vô trùng rửa vết loét bằng nước muối sinh lý hoặc dung dịch sát khuẩn nhẹ; lấy bỏ giả mạc, dị vật và tổ chức hoại tử.

6.4. Bước 4: Đưa thuốc tại chỗ

- Bôi thuốc trực tiếp lên nền vết loét hoặc tẩm thuốc vào gạc rồi đắp lên vùng tổn thương theo chỉ định của bác sĩ.

6.5. Bước 5: Băng bó

- Đắp tiếp một lớp gạc Vaseline chống dính và phủ 4–6 lớp gạc khô ngoài cùng kiểu lợp ngói; băng ép vừa phải bằng băng cuộn hoặc băng lưới.

6.6. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật: Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ của người bệnh.

- 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, ngất*: Tạm dừng thực hiện, đặt nằm đầu thấp, thở oxy và dùng thuốc trợ tim nếu cần.
- *Chảy máu*: Thay băng lại vùng chảy máu, đắp nước muối ấm hoặc băng ép cầm máu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- *Nhiễm trùng tiến triển*: Vết loét sưng tấy, dịch mủ hôi. Xử trí: dùng kháng sinh tại chỗ và toàn thân theo kháng sinh đồ.
- *Dị ứng*: Mẩn ngứa vùng da xung quanh. Xử trí: dùng thuốc kháng histamin.

7.3. Biến chứng muộn

- Thường không có.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2013). Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Bỏng. Quyết định số 635/QĐ-BYT ngày 28/02/2013 của Bộ Y tế.

THAY BĂNG ĐIỀU TRỊ VẾT THƯƠNG, VẾT LOÉT MẠN TÍNH TỪ 3% ĐẾN 6% DIỆN TÍCH CƠ THỂ

1. ĐẠI CƯƠNG

Kỹ thuật này áp dụng cho vết thương mạn tính (không liền trong 4-6 tuần) với diện tích từ 3% đến 6% cơ thể. Nguyên lý là làm sạch tổ chức hoại tử, dịch mủ, đưa thuốc tại chỗ để kích thích tạo mô hạt và biểu mô hóa. Mục đích là hỗ trợ liền vết thương và theo dõi tiến triển của vết loét.

2. CHỈ ĐỊNH

- Tất cả các loại vết thương, vết loét mạn tính diện tích từ 3% đến 6% diện tích cơ thể.
- Các loại vết thương khó lành do hậu quả của bỏng nặng, biến chứng ngoại khoa, bệnh lý mạch máu, đái tháo đường, loét tỳ đè, xạ trị hoặc bệnh lý miễn dịch da.
- Một số chỉ định khác theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị do Bộ Y tế ban hành.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối.
- Cần đặc biệt chú ý và tạm hoãn trong các trường hợp người bệnh bị suy hô hấp, tuần hoàn cấp tính đe dọa tính mạng.

4. THẬN TRỌNG

- Thận trọng khi thực hiện cho người bệnh có trạng thái toàn thân không ổn định.
- Cần kiểm soát đau tốt để tránh tình trạng choáng, ngất trong quá trình thay băng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Nhân lực trực tiếp:* 01 bác sĩ điều trị và 02 điều dưỡng chuyên khoa được đào tạo.
- Nhân lực hỗ trợ :* Kíp gây mê hỗ trợ nếu cần thiết.

5.2. Thuốc

- *Dung dịch sát khuẩn:* NaCl 0,9%, Berberin 1%, PVP iodine 10%, acid boric 2-4%, nitrat bạc 0,5%.
- *Thuốc điều trị tại chỗ:* Cream silver sulfadiazin 1%, mỡ Maduxin, mỡ Eupoline, vaseline hoặc vật liệu sinh học/tế bào nuôi cấy.

5.3. Vật tư

- Nỉa có máu và không máu, kéo, găng tay vô trùng.
- Băng, băng, gạc, vải vô khuẩn.

5.4. Trang thiết bị

- Giường bệnh, đèn gù, máy hút, nguồn oxy và monitor theo dõi mạch, huyết áp, SpO2.

5.5. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng: Được giải thích động viên để hợp tác.
- Nhịn ăn ít nhất 6 giờ nếu có chỉ định gây mê; kiểm tra các chỉ số sinh tồn cơ bản.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại phòng thủ thuật hoặc tại buồng bệnh.

5.9. 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: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, xác định đúng vị trí và diện tích vết thương.
- b) *Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.*
- c) *Đặt tư thế BN:* Tư thế nằm hoặc ngồi thoải mái, bộc lộ rõ vùng tổn thương để thuận tiện thao tác.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Vô cảm

- Thực hiện giảm đau toàn thân, gây tê tại chỗ hoặc gây mê theo chỉ định tùy mức độ tổn thương.

6.2. Bước 2: Chuẩn bị nhân viên

- Đội mũ, đeo khẩu trang, rửa tay và đi găng vô khuẩn; trải tấm nylon lót dưới vùng thay băng.

6.3. Bước 3: Làm sạch vùng da lành

- Dùng cồn 70 độ hoặc ete lau rửa vùng da lành xung quanh vết thương.

6.4. Bước 4: Xử lý vết loét

- Rửa vết thương bằng nước muối sinh lý hoặc dung dịch sát khuẩn; cắt lọc tổ chức hoại tử, giả mạc, lấy bỏ mủ và dịch tiết; cầm máu kỹ diện vết thương.

6.5. Bước 5: Đặt thuốc tại chỗ

- Đặt gạc thuốc hoặc vật liệu sinh học lên nền vết loét; phủ tiếp 4 – 6 lớp gạc khô theo kiểu lợp ngói và băng ép vừa phải bằng băng cuộn hoặc băng lưới.

6.6. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật: Đánh giá lại tình trạng toàn thân và tại chỗ của người bệnh.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo hoặc hướng dẫn theo dõi tại giường.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- *Choáng, ngất*: Tạm dừng thực hiện, cho người bệnh nằm đầu thấp, thở oxy, dùng thuốc trợ tim nếu cần.
- *Chảy máu*: Thay băng lại vùng chảy máu, đắp nước muối ấm hoặc khô/đốt cầm máu nếu cần thiết.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- *Nhiễm trùng*: Vết loét sưng tấy, chảy mủ. Xử trí: dùng kháng sinh, thuốc chống nhiễm khuẩn tại chỗ, thay băng hàng ngày.
- *Dị ứng*: Mẩn ngứa vùng da lành. Xử trí: lấy bỏ vật liệu ghép, dùng thuốc kháng histamin.
- *Băng quá chặt*: Gây phù nề, chèn ép tuần hoàn. Xử trí: tiến hành nới bớt băng.

7.3. Biến chứng muộn

- Thường không có.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2013). Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Bỏng. Quyết định số 635/QĐ-BYT ngày 28/02/2013 của Bộ Y tế.

THAY BĂNG ĐIỀU TRỊ VẾT THƯƠNG, VẾT LOÉT MẠN TÍNH TRÊN 6% DIỆN TÍCH CƠ THỂ

1. ĐẠI CƯƠNG

Kỹ thuật này áp dụng cho vết thương mạn tính (không liền trong 4-6 tuần) với diện tích lớn. Nguyên lý là làm sạch tổ chức hoại tử, dịch mủ, đưa thuốc tại chỗ để kích thích tạo mô hạt và biểu mô hóa. Mục đích là hỗ trợ liền vết thương và theo dõi tiến triển của vết loét.

2. CHỈ ĐỊNH

- Các vết loét mạn tính do tỳ đè, tiểu đường, xạ trị, viêm tắc mạch máu hoặc hậu quả của bỏng nặng.
- Vết thương chậm liền diện tích trên 6% diện tích cơ thể.
- Một số chỉ định khác theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị do Bộ Y tế ban hành.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối.
- Cần đặc biệt chú ý và thận trọng trong các trường hợp người bệnh bị suy hô hấp, tuần hoàn cấp tính đe dọa tính mạng.

4. THẬN TRỌNG

- Thận trọng với các phản ứng sốc do đau hoặc sốc phản vệ với thuốc tê, thuốc giảm đau.
- Đề phòng hạ thân nhiệt và rối loạn nước điện giải khi diện tích thay băng lớn.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

a) *Nhân lực trực tiếp*: 01 bác sĩ điều trị và 02 điều dưỡng (01 vô trùng, 01 hữu trùng giúp ngoài).

b) *Nhân lực hỗ trợ* : Kíp gây mê (nếu vết loét phức tạp cần vô cảm sâu).

5.2. Thuốc

- *Dung dịch sát khuẩn*: NaCl 0,9%, PVP Iodine 10%, Becberin 1%, Acid Boric 2-4%.
- *Thuốc điều trị tại chỗ*: Silver Sulfadiazin 1%, mỡ Maduxin, Eupoline, Vaseline, hoặc các tẩm tế bào nuôi cấy.

5.3. Vật tư

- Bộ dụng cụ thay băng vô khuẩn (nĩa, kéo, kẹp phẫu tích).
- Găng tay, băng gạc, vải vô khuẩn, bông, băng dính.

5.4. Trang thiết bị

- Giường bệnh, đèn gù, máy hút, nguồn oxy và monitor theo dõi mạch, huyết áp, SpO2.

5.5. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng: Được giải thích và đồng ý viên để phối hợp.
- Nhịn ăn ít nhất 6 giờ nếu có chỉ định gây mê; thử phản ứng thuốc nếu cần.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại phòng thủ thuật hoặc tại buồng bệnh.

5.9. 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: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, xác định đúng diện tích vết loét.

b) *Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.*

c) *Đặt tư thế BN:* Nằm ngửa hoặc tư thế thuận lợi nhất để bộc lộ vết thương rõ nhất.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Vô cảm

- Dùng thuốc giảm đau toàn thân hoặc gây tê/mê tùy theo mức độ tổn thương và tình trạng người bệnh.

6.2. Bước 2: Bộc lộ vết thương

- Điều dưỡng hữu trùng tháo băng cũ, làm ẩm lớp gạc trong cùng bằng nước muối sinh lý để tránh gây đau và chảy máu khi bóc.

6.3. Bước 3: Làm sạch vết loét

- Rửa vết thương bằng nước muối sinh lý hoặc dung dịch sát khuẩn nhẹ.
- Cắt lọc tổ chức hoại tử, giả mạc, lấy bỏ dịch tiết mủ và máu tụ.

6.4. Bước 4: Đưa thuốc tại chỗ

- Đắp gạc thuốc hoặc các loại vật liệu sinh học/tế bào nuôi cấy lên nền vết loét đã làm sạch.

6.5. Bước 5: Băng bó

- Phủ gạc khô 4–6 lớp theo kiểu lợp ngói, băng ép vừa phải bằng băng cuộn hoặc băng lưới.

6.6. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật (mạch, huyết áp, tri giác).
- 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, ngất do đau hoặc phản ứng thuốc*: Tạm dừng, cho thở oxy, đặt nằm đầu thấp, dùng thuốc trợ tim/chống sốc nếu cần.
- *Chảy máu*: Băng ép có trọng điểm, dùng gạc tẩm adrenalin ép tại chỗ hoặc khâu cầm máu nếu chảy máu từ mạch lớn.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- *Tụt băng*: Tiến hành băng bó bổ sung.
- *Nhiễm trùng tiến triển*: Vết mổ sưng tấy, chảy mủ. Xử trí: Nặn ép dịch mủ, dùng kháng sinh theo kháng sinh đồ và thuốc sát trùng tại chỗ.

7.3. Biến chứng muộn

- *Co kéo sẹo ảnh hưởng chức năng*. Xử trí: Tập vật lý trị liệu sớm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2013). Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Bỏng. Quyết định số 635/QĐ-BYT ngày 28/02/2013 của Bộ Y tế.

THAY BĂNG ĐIỀU TRỊ VẾT BỎNG < 5% DIỆN TÍCH CƠ THỂ Ở NGƯỜI LỚN

1. ĐẠI CƯƠNG

Thay băng là kỹ thuật làm sạch vết bỏng, loại bỏ dịch mủ, dị vật và tổ chức hoại tử để hỗ trợ vết thương nhanh liền. Mục đích là đưa thuốc điều trị tại chỗ để chống nhiễm khuẩn, kích thích mô hạt phát triển, biểu mô hóa liền vết thương và theo dõi diễn biến diện tích, độ sâu của bỏng.

2. CHỈ ĐỊNH

- Thay băng vết thương bỏng mới để xử trí kỳ đầu.
- Thay băng điều trị thường kỳ: Vết thương ô nhiễm nặng thay hàng ngày; vết bỏng sạch, ít tiết dịch thay cách ngày.
- Một số chỉ định khác theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị do Bộ Y tế ban hành.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh đang có các dấu hiệu đe dọa chức năng sống như suy hô hấp, trụy tim mạch, sốc bỏng nặng chưa kiểm soát.

4. THẬN TRỌNG

- Cần kiểm soát đau tốt để tránh sốc do đau trong quá trình thực hiện.
- Đề phòng nguy cơ nôn trớ gây suy hô hấp sau khi dùng thuốc giảm đau hoặc gây mê.
- Thận trọng với nguy cơ nhiễm lạnh và hạ thân nhiệt khi diện bỏng rộng hoặc thời tiết lạnh.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

a) *Nhân lực trực tiếp*: 01 bác sĩ điều trị và 02 điều dưỡng (01 điều dưỡng vô trùng, 01 điều dưỡng hữu trùng giúp ngoài).

b) *Nhân lực hỗ trợ* : Kíp gây mê nếu có chỉ định thực hiện gây mê thay băng.

5.2. Thuốc

- *Dung dịch sát khuẩn*: NaCl 0,9%, Becberin 1%, PVP iodine 10%, Acid boric 2-4%.
- *Thuốc điều trị tại chỗ*: Kem Silver sulfadiazin (SSD) 1%, mỡ Maduxin, mỡ Eupoline, Vaseline hoặc thuốc tạo màng.

5.3. Vật tư

- Băng, băng, gạc, vải vô khuẩn.
- Nĩa có máu và không máu, kéo.
- Găng tay vô trùng.

5.4. Trang thiết bị

- Nguồn cung cấp oxy, máy hút, monitor theo dõi mạch, huyết áp, nhiệt độ và các dụng cụ cấp cứu cần thiết khác.

5.5. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng: Thầy thuốc giải thích mục đích, các bước tiến hành và nguy cơ để người bệnh an tâm phối hợp.

- Nhịn ăn ít nhất 6 giờ nếu phải gây mê thay băng.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại phòng thủ thuật hoặc tại buồng bệnh.

5.9. 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: Đảm bảo đúng người bệnh, đúng chẩn đoán và diện tích bỏng.

b) *Thực hiện băng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.*

c) *Đặt tư thế BN:* Nằm ngửa hoặc nằm theo tư thế thuận lợi nhất để bộc lộ vết bỏng.

6. TIỀN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Vô cảm

- Sử dụng thuốc giảm đau toàn thân hoặc gây mê theo quy trình riêng tùy mức độ đau.

6.2. Bước 2: Tháo băng cũ

- Điều dưỡng hữu trùng cắt bỏ băng cũ và các lớp gạc ngoài, để lại lớp gạc trong cùng. Làm ẩm lớp gạc cuối bằng nước muối sinh lý vô trùng.

6.3. Bước 3: Làm sạch vết bỏng

- Điều dưỡng vô trùng bóc nhẹ nhàng lớp gạc cuối (gỡ song song mặt da). Rửa vết bỏng bằng dung dịch sát khuẩn; lấy bỏ giả mạc, dị vật và hoại tử đang bong.

6.4. Bước 4: Xử trí nốt phỏng

- Trích rạch tháo dịch nốt phỏng, cố gắng giữ lại vòm nốt phỏng nếu sạch; nếu nốt phỏng đã có mũ thì cắt bỏ hoàn toàn.

6.5. Bước 5: Sử dụng thuốc tại chỗ

- Bôi thuốc trực tiếp hoặc tắm gạc thuốc đắp lên vết bỏng. Đắp tiếp một lớp gạc Vaseline chống dính và vải lớp gạc khô theo kiểu lợp ngói.

6.6. Bước 6: Băng vết bỏng

- Điều dưỡng giúp ngoài băng lại bằng băng cuộn hoặc băng lưới, đảm bảo vừa phải, không quá chặt gây cản trở tuần hoàn.

6.7. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật (mạch, nhiệt độ, huyết áp, SpO2).

- 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, ngất hoặc phản ứng thuốc*: Tạm dừng thay băng, đặt người bệnh nằm đầu thấp, thở oxy, dùng thuốc trợ tim nếu cần.
- *Hạ thân nhiệt*: Ủ ấm, rút ngắn thời gian thay băng.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- *Chảy máu vết bỏng*: Đắp gạc nước muối ấm hoặc băng ép cầm máu.
- *Nôn trớ (sau gây mê)*: Đặt nằm đầu nghiêng một bên, lau hút sạch dịch tránh suy hô hấp.
- *Băng quá chặt*: Gây phù nề chi thể, cần nới bớt băng kịp thời.

7.3. Biến chứng muộn

- Thường không có.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2013). Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Bỏng. Quyết định số 635/QĐ-BYT ngày 28/02/2013 của Bộ Y tế.

THAY BĂNG ĐIỀU TRỊ VẾT BÔNG TỪ 5% ĐẾN DƯỚI 10% DIỆN TÍCH CƠ THỂ Ở NGƯỜI LỚN

1. ĐẠI CƯƠNG

Thay băng là kỹ thuật nhằm làm sạch vết bông, loại bỏ dịch mủ ứ đọng, dị vật và các tổ chức hoại tử bong rụng để hỗ trợ vết bông nhanh liền. Mục đích là đưa thuốc điều trị tại chỗ để chống nhiễm khuẩn, kích thích mô hạt và tạo điều kiện cho biểu mô hóa; đồng thời giúp theo dõi diễn biến diện tích và độ sâu vết bông. Người bệnh bông diện tích dưới 10% thuộc nhóm bông mức độ nhẹ và vừa.

2. CHỈ ĐỊNH

- Thay băng vết thương bông mới để xử trí kỳ đầu.
- Thay băng điều trị thường kỳ: Vết thương ô nhiễm nặng (thay 2 lần/ngày hoặc hàng ngày); vết bông sạch, ít tiết dịch (thay cách ngày).
- Một số chỉ định khác theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị do Bộ Y tế ban hành.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh đang có các dấu hiệu đe dọa chức năng sống như suy hô hấp, trụy tim mạch hoặc đang trong tình trạng sốc bông nặng chưa kiểm soát.
- Cần ưu tiên hồi sức tổng hợp ổn định chức năng sống trước khi tiến hành thay băng.

4. THẬN TRỌNG

- Thận trọng với các tác dụng phụ của thuốc giảm đau toàn thân hoặc thuốc gây mê như tình trạng nôn trớ gây bí tắc đường thở.
- Theo dõi sát trạng thái toàn thân để kịp thời phát hiện choáng, ngất trong và sau khi thay băng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

a) *Nhân lực trực tiếp*: 01 bác sĩ điều trị và 02 điều dưỡng (01 vô trùng, 01 hữu trùng giúp ngoài).

b) *Nhân lực hỗ trợ*: Kíp gây mê nếu có chỉ định thực hiện gây mê thay băng.

5.2. Thuốc

- *Dung dịch sát khuẩn*: NaCl 0,9%, Berberin 1%, PVP iodine 10%, Acid boric 2-4%, Nitrat bạc 0,5%.

- *Thuốc bông tại chỗ*: Silver sulfadiazin (SSD) 1%, mỡ Maduxin, Eupoline, Vaseline, hoặc thuốc tạo màng.

5.3. Vật tư

- Băng, băng, gạc, vải vô khuẩn.
- Nĩa có mấu và không mấu, kéo cong/thẳng.
- Găng tay vô trùng.

5.4. Trang thiết bị

- Buồng thay băng sạch sẽ, máy hút, nguồn oxy.
- Monitor theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở và SpO2.

5.5. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng: Được thầy thuốc giải thích mục đích và quy trình để phối hợp.
- Nhịn ăn ít nhất 6 giờ nếu có chỉ định gây mê.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại phòng thủ thuật hoặc tại buồng bệnh.

5.9. Kiểm tra hồ sơ

- 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: Đảm bảo đúng người bệnh, đúng chẩn đoán và diện tích bỏng.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.*
- Đặt tư thế BN:* Đặt tư thế người bệnh nằm ngửa hoặc tư thế thuận lợi nhất để bộc lộ vết bỏng.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Vô cảm

- Sử dụng thuốc giảm đau toàn thân (uống hoặc tiêm) hoặc gây mê khi cần thiết.

6.2. Bước 2: Tháo băng cũ

- Điều dưỡng hữu trùng cắt bỏ băng cũ và tháo các lớp gạc ngoài, để lại lớp gạc trong cùng. Làm ẩm lớp gạc cuối bằng nước muối sinh lý vô trùng.

6.3. Bước 3: Làm sạch vết bỏng

- Điều dưỡng vô trùng bóc nhẹ nhàng lớp gạc cuối (gỡ song song mặt da). Rửa vết bỏng bằng dung dịch sát khuẩn, lấy bỏ giả mạc, dị vật và hoại tử đang bong.

6.4. Bước 4: Xử trí nốt phỏng

- Trích rạch tháo dịch, giữ lại vòm nốt phỏng nếu sạch; cắt bỏ nếu đã bị nhiễm khuẩn (dịch đục, mủ).

6.5. Bước 5: Sử dụng thuốc tại chỗ

- Bôi thuốc trực tiếp hoặc tắm gạc thuốc đắp lên vết bỏng. Đắp tiếp một lớp gạc Vaseline và vài lớp gạc khô theo kiểu lợp ngói (dày 4-6 lớp).

6.6. Bước 6: Băng vết bỏng

- Điều dưỡng giúp ngoài băng lại bằng băng cuộn hoặc băng lưới, chú ý không băng quá chặt gây cản trở tuần hoàn.

6.7. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật: Đưa người bệnh về giường, kiểm tra các chỉ số sinh tồn.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo: Bàn giao cho bộ phận theo dõi.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- *Choáng, ngất*: Tạm dừng thay băng, cho người bệnh nằm đầu thấp, thở oxy và dùng thuốc trợ tim nếu cần.
- *Nôn trớ (sau gây mê)*: Đặt nằm đầu nghiêng một bên, lau hút sạch dịch tránh suy hô hấp.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- *Chảy máu*: Thay băng lại vùng chảy máu, đắp nước muối ấm hoặc băng ép cầm máu.
- *Băng quá chặt*: Gây phù nề, chèn ép chi thể. Xử trí: Tiến hành nới bớt băng.
- *Tụt băng*: Băng bó bỏ sung để che kín vết thương.

7.3. Biến chứng muộn

- Thường không có.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2013). Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Bỏng. Quyết định số 635/QĐ-BYT ngày 28/02/2013 của Bộ Y tế.

THAY BĂNG ĐIỀU TRỊ VẾT BỎNG TỪ 10% - DƯỚI 20% DIỆN TÍCH CƠ THỂ Ở NGƯỜI LỚN

1. ĐẠI CƯƠNG

Thay băng điều trị vết bỏng là kỹ thuật nhằm làm sạch vết thương, loại bỏ dịch mủ, dị vật và tổ chức hoại tử để hỗ trợ quá trình liền vết thương. Mục đích là đưa thuốc điều trị tại chỗ để chống nhiễm khuẩn, kích thích hình thành mô hạt và biểu mô hóa, đồng thời theo dõi diễn biến độ sâu và diện tích vết bỏng. Người bệnh bỏng từ 10% - dưới 20% diện tích cơ thể thuộc nhóm bỏng mức độ vừa và cần được giảm đau hoặc gây mê phù hợp trong quá trình thực hiện.

2. CHỈ ĐỊNH

- Thay băng vết thương bỏng mới để xử trí kỳ đầu.
- Thay băng điều trị thường kỳ: vết thương ô nhiễm nặng (thay hàng ngày hoặc 2 lần/ngày); vết bỏng sạch, ít tiết dịch (thay cách ngày).
- Một số chỉ định khác theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị do Bộ Y tế ban hành.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh đang có các dấu hiệu đe dọa chức năng sống như suy hô hấp, trụy tim mạch hoặc đang trong tình trạng sốc bỏng nặng chưa kiểm soát.

4. THẬN TRỌNG

- Cần kiểm soát đau tốt để tránh sốc do đau trong quá trình thực hiện.
- Theo dõi sát các tác dụng phụ của thuốc giảm đau hoặc gây mê như nôn trớ gây bí tắc đường thở.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

a) *Nhân lực trực tiếp*: 01 bác sĩ điều trị và 02 điều dưỡng (01 vô trùng, 01 hữu trùng giúp ngoài).

b) *Nhân lực hỗ trợ* : Kíp gây mê nếu cần thiết.

5.2. Thuốc

- *Dung dịch sát khuẩn*: NaCl 0,9%, Berberin 1%, PVP iodine 10%.
- *Thuốc bỏng tại chỗ*: Silver sulfadiazin 1%, mỡ Maduxin, kem nghệ.

5.3. Vật tư

- Băng, băng, gạc, vải vô khuẩn.
- Nĩa, kéo.
- Găng tay vô trùng.

5.4. Trang thiết bị

- Đèn gù, máy hút, nguồn oxy.
- Monitor theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, SpO2.

5.5. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng: Giải thích động viên người bệnh.

- Nhịn ăn trước 6 giờ nếu phải gây mê; kiểm tra các chỉ số sinh tồn.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại phòng thủ thuật hoặc tại buồng bệnh.

5.9. 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: Đúng tên tuổi, đúng chẩn đoán và diện tích bỏng.

b) *Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.*

c) *Đặt tư thế BN:* Nằm ngửa trên bàn thay băng hoặc tư thế thuận lợi nhất để bộc lộ vết bỏng.

6. TIỀN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Vô cảm

- Sử dụng thuốc giảm đau toàn thân hoặc gây mê theo quy trình.

6.2. Bước 2: Tháo băng cũ

- Điều dưỡng hữu trùng cắt bỏ băng cũ, tháo gạc lớp ngoài, để lại lớp trong cùng và làm ấm bằng nước muối sinh lý vô trùng.

6.3. Bước 3: Làm sạch vết bỏng

- Điều dưỡng vô trùng bóc nhẹ nhàng lớp gạc cuối.

- Dùng gạc mềm/bông cầu vô trùng tẩm dung dịch rửa để làm sạch vết bỏng, lấy bỏ giả mạc, dị vật và hoại tử đã bong.

6.4. Bước 4: Xử trí nốt phỏng

- Trích rạch tháo dịch, giữ lại vòm nốt phỏng nếu chưa nhiễm khuẩn hoặc cắt bỏ nếu nốt phỏng đã có mủ.

6.5. Bước 5: Sử dụng thuốc tại chỗ

- Bôi thuốc kháng khuẩn hoặc đắp gạc thuốc theo chỉ định.

- Đắp tiếp lớp gạc Vaseline chống dính và các lớp gạc khô bên ngoài theo kiểu lợp ngói.

6.6. Bước 6: Băng vết bỏng

- Điều dưỡng giúp ngoài băng lại bằng băng cuộn hoặc băng lưới, đảm bảo không quá chặt gây cản trở tuần hoàn.

6.7. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật (mạch, nhịp thở, SpO2).

- 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, ngất hoặc phản ứng thuốc*: Tạm dừng thay băng, đặt nằm đầu thấp, thở oxy, dùng thuốc trợ tim.
- *Chảy máu*: Đắp gạc nước muối ẩm, băng ép hoặc khâu cầm máu nếu cần.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- *Nôn trớ (sau gây mê)*: Đặt nằm đầu nghiêng 1 bên, lau hút sạch đờm dãi tránh bít tắc đường thở.
- *Băng quá chặt*: Gây phù nề, chèn ép vùng bông; xử trí nới bớt băng.
- *Tụt băng*: Tiến hành băng bó bổ sung.

7.3. Biến chứng muộn

- Thường không có.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2013). Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Bỏng. Quyết định số 635/QĐ-BYT ngày 28/02/2013 của Bộ Y tế.

THAY BĂNG ĐIỀU TRỊ VẾT BÔNG < 5% DIỆN TÍCH CƠ THỂ Ở TRẺ EM

1. ĐẠI CƯƠNG

Thay băng là kỹ thuật nhằm làm sạch vết bỏng, loại bỏ dịch mủ, dị vật và các tổ chức hoại tử bong rụng để hỗ trợ vết thương nhanh liền. Mục đích của kỹ thuật là đưa thuốc điều trị tại chỗ để chống nhiễm khuẩn, kích thích hình thành mô hạt và biểu mô hóa, đồng thời theo dõi diễn biến tại vết bỏng. Vết bỏng dưới 5% ở trẻ em thường thuộc nhóm bỏng nhẹ, nhưng đòi hỏi thao tác nhẹ nhàng, tỉ mỉ và đảm bảo vô khuẩn tuyệt đối.

2. CHỈ ĐỊNH

- Thay băng vết thương bỏng mới để xử trí kỳ đầu.
- Thay băng điều trị thường kỳ cho trẻ em bị bỏng diện tích dưới 5% diện tích cơ thể.
- Một số chỉ định khác theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị do Bộ Y tế ban hành.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Trẻ đang có các dấu hiệu đe dọa chức năng sống như suy hô hấp, trụy tim mạch hoặc đang trong tình trạng sốc bỏng nặng chưa kiểm soát.
- Ưu tiên hồi sức tổng hợp trước, khi các chỉ số sinh tồn cơ bản ổn định mới tiến hành thay băng.

4. THẬN TRỌNG

- Cần đặc biệt thận trọng với nguy cơ nhiễm lạnh và hạ thân nhiệt ở trẻ em trong quá trình thực hiện.
- Cần thực hiện giảm đau hoặc gây mê phù hợp để phòng tránh sốc do đau.
- Đề phòng nguy cơ nôn trớ gây suy hô hấp sau khi dùng thuốc giảm đau hoặc gây mê.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

a) *Nhân lực trực tiếp*: 01 bác sĩ điều trị và 02 điều dưỡng (01 vô trùng, 01 hữu trùng giúp ngoài).

b) *Nhân lực hỗ trợ*: Kíp gây mê nếu có chỉ định gây mê cho trẻ.

5.2. Thuốc

- *Dung dịch sát khuẩn*: NaCl 0,9%, PVP Iodine 10%, dung dịch Berberin 1%.
- *Thuốc điều trị tại chỗ*: Kem Silver Sulfadiazin 1%, mỡ Maduxin, mỡ Eupoline, thuốc tạo môi trường ẩm (Vaseline) hoặc thuốc tạo màng.

5.3. Vật tư

- Băng, gạc vô khuẩn, vải vô khuẩn.
- Nĩa có máu và không máu, kéo.
- Găng tay vô trùng.

5.4. Trang thiết bị

- Đèn gù, máy hút.
- Nguồn oxy, monitor theo dõi mạch và SpO2.

5.5. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng: Thầy thuốc giải thích mục đích và quy trình cho gia đình trẻ để phối hợp thực hiện.
- Trẻ cần được nhịn ăn ít nhất 6 giờ nếu có chỉ định gây mê thay băng.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại phòng thủ thuật hoặc tại buồng bệnh.

5.9. 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: Đảm bảo đúng tên, tuổi, chẩn đoán và diện tích bỏng.

b) *Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.*

c) *Đặt tư thế BN:* Trẻ nằm ngửa hoặc tư thế thuận lợi nhất để bộc lộ vết bỏng.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Vô cảm

- Sử dụng thuốc giảm đau toàn thân hoặc gây mê tĩnh mạch ngắn tùy theo vị trí bỏng và sự hợp tác của trẻ.

6.2. Bước 2: Tháo băng cũ

- Điều dưỡng hữu trùng cắt bỏ băng cũ, để lại lớp gạc trong cùng và làm ẩm bằng nước muối sinh lý vô trùng.

6.3. Bước 3: Làm sạch vết bỏng

- Điều dưỡng vô trùng bóc nhẹ nhàng lớp gạc cuối, rửa vết bỏng bằng dung dịch sát khuẩn, lấy bỏ giả mạc và dị vật.

6.4. Bước 4: Xử trí nốt phỏng

- Trích tháo dịch nốt phỏng, giữ lại vòm nốt phỏng nếu chưa nhiễm khuẩn hoặc cắt bỏ nếu đã có mủ.

6.5. Bước 5: Sử dụng thuốc tại chỗ

- Bôi thuốc kháng khuẩn hoặc đắp gạc thuốc theo chỉ định, đắp tiếp lớp gạc Vaseline chống dính và gạc khô theo kiểu lợp ngói.

6.6. Bước 6: Băng vết bỏng

- Băng lại bằng băng cuộn hoặc băng lưới, đảm bảo vừa phải, không quá chặt gây cản trở tuần hoàn.

6.7. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật: Kiểm tra lại các chỉ số sinh tồn, ủ

ấm cho trẻ.

- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo: Bàn giao theo dõi hậu phẫu.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- *Choáng, ngất*: Tạm dừng thực hiện, cho trẻ nằm đầu thấp, thở oxy và dùng thuốc trợ tim nếu cần.
- *Hạ thân nhiệt*: Cần rút ngắn thời gian thao tác và thực hiện ủ ấm ngay lập tức.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- *Nôn trớ (sau gây mê)*: Đặt trẻ nằm đầu nghiêng một bên, lau hút sạch dịch để tránh suy hô hấp.
- *Băng quá chặt*: Gây phù nề chi thể, cần tiến hành nới băng kịp thời.
- *Chảy máu*: Thay băng lại vùng chảy máu và thực hiện băng ép cầm máu.

7.3. Biến chứng muộn

- Thường không có.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2013). Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Bỏng. Quyết định số 635/QĐ-BYT ngày 28/02/2013 của Bộ Y tế.

THAY BĂNG ĐIỀU TRỊ VẾT BỎNG TỪ 5% - DƯỚI 10% DIỆN TÍCH CƠ THỂ Ở TRẺ EM

1. ĐẠI CƯƠNG

Thay băng là kỹ thuật nhằm làm sạch vết bỏng, loại bỏ dịch mủ, dị vật và các tổ chức hoại tử bong rụng để hỗ trợ vết thương nhanh liền. Nguyên lý dựa trên việc vệ sinh vết thương và sử dụng thuốc điều trị tại chỗ. Mục đích là đưa thuốc để chống nhiễm khuẩn, kích thích hình thành mô hạt và biểu mô hóa, đồng thời theo dõi diễn biến tại vết bỏng. Vết bỏng dưới 10% ở trẻ em thuộc nhóm bỏng mức độ nhẹ và vừa, đòi hỏi thao tác nhẹ nhàng, tỉ mỉ và đảm bảo vô khuẩn.

2. CHỈ ĐỊNH

- Thay băng vết thương bỏng mới để xử trí kỳ đầu.
- Thay băng điều trị thường kỳ cho trẻ em bị bỏng diện tích dưới 10% diện tích cơ thể.
- Một số chỉ định khác theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị do Bộ Y tế ban hành.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh đang có các dấu hiệu đe dọa chức năng sống như suy hô hấp, trụy tim mạch hoặc đang trong tình trạng sốc bỏng nặng chưa kiểm soát.
- Ưu tiên hồi sức tổng hợp trước, khi các chỉ số sinh tồn cơ bản ổn định mới tiến hành thay băng.

4. THẬN TRỌNG

- Thận trọng với nguy cơ nhiễm lạnh và hạ thân nhiệt ở trẻ em, đặc biệt khi diện bỏng rộng hoặc thời tiết lạnh.
- Đề phòng sốc do đau trong quá trình thay băng; cần thực hiện giảm đau hoặc gây mê phù hợp.
- Cảnh báo nguy cơ nôn trớ gây suy hô hấp sau khi dùng thuốc giảm đau hoặc gây mê.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

a) *Nhân lực trực tiếp*: 01 bác sĩ điều trị và 02 điều dưỡng (01 vô trùng, 01 hữu trùng giúp ngoài).

b) *Nhân lực hỗ trợ* : Kíp gây mê (nếu có chỉ định gây mê).

5.2. Thuốc

- *Dung dịch sát khuẩn*: NaCl 0,9%, PVP Iodine 10%, dung dịch Berberin 1%.
- *Thuốc điều trị tại chỗ*: Kem Silver Sulfadiazin 1%, mỡ Maduxin, mỡ Eupoline, thuốc tạo môi trường ẩm (Vaseline) hoặc thuốc tạo màng.

5.3. Vật tư

- Băng, gạc vô khuẩn, vải vô khuẩn.
- Nĩa có máu và không máu, kéo.
- Găng tay vô trùng.

5.4. Trang thiết bị

- Đèn gù, máy hút.
- Nguồn oxy, monitor theo dõi mạch và SpO2.

5.5. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng: Được giải thích mục đích và quy trình để hợp tác.
- Nhịn ăn ít nhất 6 giờ nếu cần gây mê.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại phòng thủ thuật hoặc tại buồng bệnh.

5.9. 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: Đánh giá tính chính xác của người bệnh, chẩn đoán và diện tích bỏng.

b) *Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.*

c) *Đặt tư thế BN:* Đặt tư thế trẻ nằm ngửa hoặc tư thế thuận lợi nhất để bộc lộ vết bỏng.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Vô cảm

- Sử dụng thuốc giảm đau toàn thân (đường uống/tiêm) hoặc gây mê tĩnh mạch ngắn tùy đối tượng và vị trí bỏng.

6.2. Bước 2: Tháo băng cũ

- Điều dưỡng hữu trùng cắt bỏ băng cũ và gạc ngoài, để lại lớp gạc trong cùng. Làm ẩm lớp gạc cuối bằng nước muối sinh lý vô trùng.

6.3. Bước 3: Làm sạch vết bỏng

- Điều dưỡng vô trùng bóc bỏ lớp gạc trong cùng nhẹ nhàng (gỡ song song mặt da). Rửa vết bỏng bằng dung dịch nước muối hoặc thuốc sát khuẩn; lấy bỏ giả mạc, dị vật và hoại tử đã bong.

6.4. Bước 4: Xử trí nốt phỏng

- Trích rạch tháo dịch nốt phỏng, cố gắng giữ lại vòm nốt phỏng nếu chưa nhiễm khuẩn. Nếu nốt phỏng đã nhiễm khuẩn thì cắt bỏ hoàn toàn.

6.5. Bước 5: Sử dụng thuốc tại chỗ

- Bôi thuốc kháng khuẩn hoặc tẩm thuốc vào gạc đắp trực tiếp lên vết bỏng theo chỉ định của bác sĩ. Đắp tiếp lớp gạc Vaseline chống dính và vài lớp gạc khô ngoài cùng theo kiểu lợp ngói.

6.6. Bước 6: Băng vết bỏng

- Điều dưỡng giúp ngoài băng lại bằng băng cuộn hoặc băng lưới, đảm bảo không quá chặt gây cản trở tuần hoàn.

6.7. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật: Đưa trẻ về giường, kiểm tra mạch, nhịp thở, huyết áp và ủ ấm cho trẻ.
- 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

- *Sốc do đau hoặc phản ứng thuốc*: Tạm dừng thay băng, hồi sức tích cực, thở oxy, dùng thuốc trợ tim nếu cần.
- *Hạ thân nhiệt*: Cần rút ngắn thời gian thay băng, ủ ấm ngay cho trẻ.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- *Nôn trớ (sau gây mê)*: Đặt trẻ nằm đầu nghiêng 1 bên, lau hút sạch đờm dãi để tránh bít tắc đường thở.
- *Băng quá chặt*: Gây phù nề, chèn ép chi thể. Xử trí: Nới lỏng băng kịp thời.
- *Chảy máu vết bông*: Thay băng lại vùng chảy máu, đắp gạc nước muối ấm hoặc băng ép cầm máu.

7.3. Biến chứng muộn

- Thường không có.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2013). Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Bỏng. Quyết định số 635/QĐ-BYT ngày 28/02/2013 của Bộ Y tế.

PHẪU THUẬT KHÂU VẾT THƯƠNG THẤU MÁ

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật khâu vết thương thấu má là kỹ thuật xử trí vết thương xuyên qua toàn bộ chiều dày má, thông từ da mặt vào khoang miệng. Nguyên lý là cắt lọc, làm sạch triệt để và khâu phục hồi theo từng lớp giải phẫu, từ niêm mạc miệng trong ra đến da mặt ngoài. Mục đích nhằm cầm máu, ngăn ngừa nhiễm trùng lan từ khoang miệng ra phần mềm, và phục hồi tối ưu cả chức năng lẫn thẩm mỹ cho vùng mặt.

2. CHỈ ĐỊNH

- Các vết thương xuyên qua toàn bộ chiều dày của má vào trong khoang miệng.
- Vết thương sắc gọn hoặc dập nát nhưng có khả năng đóng kín trực tiếp các lớp tổ chức.
- Một số chỉ định khác theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị do Bộ Y tế ban hành.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Vết thương phức tạp có kèm theo tổn thương mạch máu chính, thần kinh hoặc ống tuyến nước bọt mà không đủ điều kiện xử trí ngay.
- Vết thương mất da và phần mềm quá rộng, không thể đóng trực tiếp (cần kế hoạch tạo hình thì sau).

4. THẬN TRỌNG

- Cần kiểm tra kỹ để không bỏ sót tổn thương ống tuyến nước bọt mang tai và các nhánh của dây thần kinh mặt.
- Thận trọng với các vết thương bản, có dị vật sâu hoặc vết thương do hỏa khí.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- a) *Nhân lực trực tiếp*: 01 Phẫu thuật viên chuyên khoa Phẫu thuật tạo hình hoặc hệ Ngoại.
b) *Nhân lực hỗ trợ*: 02 phụ phẫu thuật; kíp gây mê (01 bác sĩ, 01 điều dưỡng phụ mê); 01 điều dưỡng dụng cụ; 01 điều dưỡng chạy ngoài.

5.2. Thuốc

- Thuốc vô cảm: Thuốc tê (Lidocain 2% pha Adrenalin nồng độ 1/100.000) hoặc thuốc mê.
- Dung dịch sát khuẩn: Povidone-Iodine, Betadine, nước muối sinh lý, Oxy già.

5.3. Vật tư

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình.
- Chỉ khâu: Chỉ tự tiêu (Vicryl 3.0/4.0) cho lớp cơ; chỉ Nylon 5.0/6.0 cho lớp da; chỉ tự tiêu nhanh cho lớp niêm mạc miệng.
- Băng, gạc vô khuẩn.

5.4. Trang thiết bị

- Kính lúp hoặc kính hiển vi phẫu thuật (nếu cần kiểm tra thần kinh/ống tuyến).
- Máy đốt điện, máy hút.

5.5. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng: Được giải thích rõ về mục đích, quy trình và các rủi ro; ký giấy cam đoan phẫu thuật.
- Nhịn ăn ít nhất 6 giờ nếu gây mê.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại phòng mổ thuộc khoa Gây mê hồi sức.

5.9. 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: Đảm bảo đúng người, đúng chẩn đoán và đúng vị trí tổn thương.

b) *Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.*

c) *Đặt tư thế BN:* Nằm ngửa, đầu nghiêng về bên đối diện với tổn thương để bộc lộ phẫu trường tốt nhất.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Vô cảm

- Gây tê tại chỗ bằng Lidocain pha Adrenalin; nếu vết thương phức tạp hoặc ở trẻ em thì tiến hành gây mê nội khí quản.

6.2. Bước 2: Làm sạch và sát khuẩn

- Sát trùng rộng vùng mặt.
- Rửa vết thương từ trong khoang miệng ra ngoài da bằng nước muối sinh lý, Oxy già và dung dịch sát khuẩn nhiều lần.

6.3. Bước 3: Cắt lọc tổ chức

- Tiến hành cắt lọc mép da và các tổ chức phần mềm dập nát, lấy bỏ sạch dị vật. Ưu tiên bảo tồn tối đa tổ chức vùng mặt.

6.4. Bước 4: Thăm dò và kiểm tra tổn thương phối hợp

- Đánh giá tình trạng ống tuyến nước bọt (dùng kim luôn kiểm tra từ lỗ đổ trong miệng).
- Kiểm tra chức năng các nhánh thần kinh mặt.

6.5. Bước 5: Khâu đóng các lớp tổ chức

- Khâu lớp niêm mạc phía trong miệng bằng chỉ tự tiêu nhanh.

- Khâu phục hồi lớp cơ và tổ chức dưới da bằng chỉ tự tiêu (Vicryl), đảm bảo không để lại khoảng chết.
- Khâu lớp da phía ngoài bằng các mũi rời với chỉ Nylon 5.0 hoặc 6.0.

6.6. Bước 6: Dẫn lưu và băng vết mổ

- Đặt dẫn lưu (ống dẫn lưu mềm, cỡ nhỏ) nếu vết thương lớn hoặc có nguy cơ tụ dịch.
- Băng vô khuẩn vết thương.

6.7. Bước cuối cùng: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật: Đánh giá tri giác, sinh hiệu.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo: Bàn giao người bệnh cho bộ phận hậu phẫu.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- *Chảy máu*: Cầm máu kỹ bằng đốt điện hoặc khâu buộc mạch máu.
- *Phản ứng thuốc tê/mê*: Xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ của Bộ Y tế.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- *Tụ máu/Chảy máu vết mổ*: Nếu dẫn lưu ra nhiều hoặc sưng nề nhanh, cần mở vết mổ cầm máu lại.
- *Nhiễm trùng*: Vết mổ sưng tấy, chảy mủ. Xử trí: thay băng, tách chỉ thoát dịch, dùng kháng sinh theo kháng sinh đồ.
- *Rò nước bọt*: Do tổn thương tuyến/ống tuyến. Xử trí: băng ép, dùng thuốc giảm tiết hoặc phẫu thuật lại.

7.3. Biến chứng muộn

- *Sẹo xấu (lồi/lõm)*: Tư vấn sửa sẹo sau phẫu thuật ít nhất 01 năm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2018). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Phẫu thuật Tạo hình - Thẩm mỹ. Quyết định số 3449/QĐ-BYT ngày 07/06/2018 của Bộ Y tế.

KHÂU CẮT LỘC VẾT THƯƠNG VÀNH TAI

1. ĐẠI CƯƠNG

Vành tai có cấu trúc giải phẫu phức tạp với nhiều chỗ lồi lõm và sụn vành tai có đặc tính không giống với bất kỳ sụn nào khác trên cơ thể. Khâu cắt lọc vết thương vành tai là kỹ thuật can thiệp ngoại khoa nhằm cắt lọc tổ chức hoại tử, làm sạch dị vật và khâu phục hồi các lớp giải phẫu (da, sụn) của vành tai bị tổn thương. Mục đích nhằm bảo vệ sụn vành tai, phục hồi hình thể giải phẫu và đảm bảo yêu cầu thẩm mỹ tối đa cho người bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

- Vết thương vành tai do chấn thương (va đập, cắt, cắn, tai nạn) gây rách, đứt, khuyết nhỏ.

- Vết thương sạch hoặc nhiễm trùng kiểm soát, có lộ sụn nhưng không mất chất lớn.

- Vết thương trong 6-24 giờ (càng sớm càng tốt để giảm nhiễm trùng).

- Một số chỉ định khác theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị do Bộ Y tế ban hành.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm trùng nặng, hoại tử lan rộng chưa kiểm soát.

- Vết thương quá cũ (>48 giờ) với dấu hiệu viêm nặng.

- Rối loạn đông máu không kiểm soát.

- Vết thương mất chất lớn (>1/3 vành tai) hoặc đứt rời hoàn toàn (cần vi phẫu nối hoặc tái tạo).

- Bệnh nhân suy kiệt, không chịu được phẫu thuật.

4. THẬN TRỌNG

- Cần đánh giá kỹ tình trạng sụn vành tai để tránh biến chứng viêm sụn, co rút vành tai về sau.

- Thận trọng khi cắt lọc, cần bảo tồn tối đa tổ chức da lành vùng vành tai vì đây là vùng rất thiếu chất liệu tạo hình.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

a) *Nhân lực trực tiếp*: 01 Phẫu thuật viên chuyên khoa (Ngoại, Tạo hình, Hàm mặt hoặc Tai Mũi Họng).

b) *Nhân lực hỗ trợ*: 01 - 02 phụ mổ và kíp gây mê hoặc điều dưỡng hỗ trợ.

5.2. Thuốc

- Dung dịch sát khuẩn: Betadine, nước muối sinh lý.

- Kháng sinh dự phòng và thuốc giảm đau.

5.3. Vật tư

- Bộ dụng cụ tiểu phẫu hoặc dụng cụ phẫu thuật phản mềm cơ bản.

- Chỉ khâu: Chỉ không tiêu khâu da và chỉ tiêu khâu sụn/tổ chức dưới da.

- Bông, băng, gạc vô trùng.

5.4. Trang thiết bị

- Bàn mổ, đèn mổ, máy hút dịch, dao điện đơn cực hoặc lưỡng cực.

5.5. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng: Giải thích rõ mục đích kỹ thuật, các bước tiến hành và nguy cơ sẹo xấu hoặc hoại tử vạt da; ký cam đoan phẫu thuật.

- Vệ sinh sạch vùng tai, cạo tóc xung quanh nếu cần thiết. Nhịn ăn ít nhất 6 giờ nếu cần gây mê.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại phòng mổ thuộc khoa Gây mê hồi sức hoặc phòng thủ thuật vô khuẩn.

5.9. 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: Đảm bảo đúng người bệnh, đúng vị trí và tính chất vết rách vành tai.

b) *Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.*

c) *Đặt tư thế BN:* Nằm ngửa, đầu nghiêng về bên lành để bộc lộ rõ vành tai bị thương.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Vô cảm

- Tiến hành gây tê tại chỗ quanh vết thương hoặc gây mê nội khí quản tùy độ lớn tổn thương và lứa tuổi người bệnh.

6.2. Bước 2: Làm sạch vết thương

- Đánh rửa sạch vành tai bằng xà phòng sát khuẩn, nước muối sinh lý và oxy già để loại bỏ dị vật, đất cát.

6.3. Bước 3: Cắt lọc tổ chức

- Sử dụng kéo phẫu thuật cắt bỏ tiết kiệm các mép da mụn nát, cắt lọc tổ chức hoại tử tới tận vùng có máu nuôi tốt.

6.4. Bước 4: Cầm máu

- Sử dụng dao điện lưỡng cực hoặc khâu các mũi chữ X bằng chỉ tiêu chambers để kiểm soát các điểm chảy máu.

6.5. Bước 5: Khâu phục hồi giải phẫu

- Nếu có rách sụn: Khâu phục hồi sụn vành tai bằng chỉ tiêu các mũi rời.
- Khâu lớp da vành tai: Dùng chỉ không tiêu khâu các mũi rời hoặc khâu luồn dưới da đảm

như chức năng ăn nhai, phát âm của môi. Vùng môi được tưới máu tốt nên có khả năng liền thương nhanh nếu được xử trí đúng kỹ thuật.

2. CHỈ ĐỊNH

- Vết thương rách phần mềm vùng môi đơn thuần, sạch, có thể khép kín trực tiếp mà không gây căng kéo quá mức.
- Tình trạng toàn thân người bệnh ổn định.
- Một số chỉ định khác theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị do Bộ Y tế ban hành.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tình trạng toàn thân đe dọa tính mạng (sốc mất máu, suy hô hấp chưa kiểm soát) cần được ưu tiên xử trí trước.
- Vết thương bẩn, dập nát nhiều, nhiễm trùng nặng tại chỗ hoặc có nguy cơ nhiễm trùng cao (như vết cắn động vật phức tạp).
- Người bệnh kèm theo chấn thương sọ não nặng chưa ổn định.

4. THẬN TRỌNG

- Cần đánh giá kỹ mức độ khuyết hồng tổ chức; nếu mất tổ chức quá lớn không thể đóng trực tiếp thì cân nhắc các phương pháp tạo hình phức tạp hơn.
- Thận trọng khi vết thương phức tạp, nghi ngờ tổn thương cấu trúc sâu như ống tuyến nước bọt, nhánh thần kinh mặt, hoặc có dị vật.
- Ưu tiên cao nhất là khôi phục chính xác đường viền môi đỏ và sự đối xứng của Cupid's bow để đảm bảo thẩm mỹ tối ưu.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- a) *Nhân lực trực tiếp*: 01 Bác sĩ chuyên khoa Ngoại, Phẫu thuật Tạo hình, Răng Hàm Mặt hoặc Tai Mũi Họng có kinh nghiệm.
- b) *Nhân lực hỗ trợ*: 01 phụ mổ.

5.2. Thuốc

- Dung dịch sát khuẩn (Povidone iodine, Chlorhexidine, nước muối sinh lý 0.9%).
- Kháng sinh dự phòng, thuốc giảm đau, huyết thanh kháng độc tố uốn ván (SAT) nếu cần.

5.3. Vật tư

- Bộ dụng cụ tiểu phẫu/phẫu thuật phần mềm cơ bản: kìm kẹp kim, kẹp phẫu tích có răng mịn, kéo.
- Chỉ khâu phù hợp:
 - + Lớp niêm mạc: chỉ tự tiêu (Vicryl, Chromic catgut) cỡ 4-0/5-0.
 - + Lớp cơ: chỉ tự tiêu (Vicryl) cỡ 4-0/5-0.

- + Lớp da/viên môi đỏ: chỉ không tiêu, đơn sợi (Nylon, Polypropylene) cỡ 5-0/6-0 để khâu thẩm mỹ, giảm thiểu sẹo.
- Gạc vô trùng, băng.

5.4. Trang thiết bị

- Hệ thống đèn mổ hoặc đèn chiếu sáng tốt.
- Máy hút dịch, máy điện đông cầm máu.
- Ghế/bàn tiểu phẫu.

5.5. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: giải thích về mục đích, quy trình, nguy cơ (nhiễm trùng, sẹo xấu, mất cảm giác tạm thời) và tầm quan trọng của việc chăm sóc sau mổ.
- Cung cấp đầy đủ tiền sử bệnh, dị ứng.
- Vệ sinh vùng mặt, nhịn ăn uống nếu có chỉ định gây mê.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại phòng mổ, phòng tiểu phẫu vô khuẩn các khoa, hoặc khoa cấp cứu được trang bị đầy đủ.

5.9. Kiểm tra hồ sơ

- Kiểm tra người bệnh:* Đánh giá tính chính xác: đúng người, đúng chẩn đoán, đúng vị trí vết thương. Kiểm tra lại toàn trạng và khả năng hợp tác.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật/thủ thuật.*
- Đặt tư thế BN:* Người bệnh nằm ngửa, đầu hơi cao để giảm phù nề.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Vô cảm

- Gây tê tại chỗ, tê vùng (thần kinh dưới ổ mắt, cằm) hoặc gây mê tùy tình trạng vết thương và đối tượng (trẻ em, vết thương phức tạp).

6.2. Bước 2: Làm sạch và đánh giá

- Rửa tay, mang phương tiện phòng hộ đầy đủ.
- Rửa vùng da xung quanh bằng dung dịch sát khuẩn.
- Rửa vết thương dưới áp lực bằng nước muối sinh lý vô trùng với bơm tiêm lớn và ống thông để loại bỏ dị vật, vi khuẩn.
- Đánh giá kỹ vết thương: độ sâu, tổn thương cấu trúc sâu, mức độ dập nát, sự hiện diện của dị vật.

6.3. Bước 3: Cắt lọc và cầm máu

- Cắt lọc một cách tiết kiệm, chỉ loại bỏ các mô hoại tử rõ ràng, mép da dập nát không còn khả năng sống.
- Cầm máu cẩn thận bằng đốt điện lưỡng cực (ưu tiên) hoặc khâu buộc mạch máu nhỏ để tránh tụ máu sau mổ.

6.4. Bước 4: Khâu phục hồi theo lớp giải phẫu

- Khâu phục hồi chính xác đường viền môi đỏ (vermilion border) đầu tiên bằng 1-2 mũi chỉ không tiêu cỡ nhỏ (6-0). Đây là bước quan trọng nhất để đảm bảo thẩm mỹ.
- Sau đó, tiến hành khâu từ trong ra ngoài, từ sâu ra nông:
 - + Lớp niêm mạc miệng: Khâu bằng chỉ tự tiêu.
 - + Lớp cơ vòng môi: Khâu phục hồi bằng chỉ tự tiêu, đảm bảo khít, không để khoảng chết.
 - + Lớp hạ bì/trung bì: Có thể khâu 1-2 lớp bằng chỉ tự tiêu mảnh để giảm căng cho lớp da.
 - + Lớp da và bờ đỏ: Khâu bằng chỉ không tiêu, mảnh (6-0), kỹ thuật khâu mũi rời, đơn giản, mép da lộn vào trong, khoảng cách đều đặn.

6.5. Bước 5: Hoàn tất và băng bó

- Làm sạch lại vết thương.
- Thoa thuốc mỡ kháng sinh.
- Băng ép nhẹ bằng gạc vô trùng nếu cần.

6.6. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện: Đánh giá sự cân đối của môi, màu sắc, tưới máu đầu các mũi khâu.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh và hướng dẫn chăm sóc sau mổ cho bộ phận tiếp theo/người nhà.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: Cầm máu lại bằng đốt điện hoặc khâu buộc.
- Phản ứng với thuốc tê (dị ứng, sốc): Ngừng thuốc, xử trí theo phác đồ chống sốc.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Nhiễm trùng: Vết thương sưng đau tăng, đỏ, có mủ. Xử trí: Thay băng, làm sạch, cắt chỉ một phần để dẫn lưu, dùng kháng sinh theo kháng sinh đồ.
- Tụ máu/Phù nề: Chườm lạnh trong 24-48 giờ đầu, kê cao đầu khi nằm.

- Hoại tử mép da: Do khâu quá căng hoặc tưới máu kém. Xử trí: Cắt lọc tổ chức hoại tử và lên kế hoạch tạo hình lại sau.

7.3. Biện chứng muộn

- Sẹo xấu, sẹo co kéo, biến dạng môi (lệch miệng): Thường do kỹ thuật khâu không tối ưu, nhiễm trùng hoặc căng da quá mức. *Xử trí*: Chăm sóc sẹo tích cực (kem trị sẹo, massage, chống nắng) từ sớm. Phẫu thuật sửa sẹo có thể được cân nhắc sau khi sẹo ổn định (thường sau 6-12 tháng).
- Mất cảm giác tạm thời vùng môi: Có thể do phù nề chèn ép hoặc tổn thương nhánh thần kinh nhỏ, thường hồi phục dần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2019). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Nhi khoa. Quyết định số 2831/QĐ-BYT ngày 04/07/2019 của Bộ Y tế.
2. Trường Đại học Y Hà Nội - Bộ môn Phẫu thuật Tạo hình (chủ biên GS.TS. Trần Thiết Sơn). Các vấn đề cơ bản trong phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ (Tập 3: Tạo hình đầu mặt cổ). Nhà xuất bản Y học.

PHẪU THUẬT KHÂU VÀ CẮT LỌC VẾT THƯƠNG VÙNG MŨI

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật khâu và cắt lọc vết thương vùng mũi là kỹ thuật nhằm xử lý, làm sạch và đóng kín trực tiếp các vết thương phần mềm tại vùng mũi có thể hồi phục sớm. Nguyên lý dựa trên việc loại bỏ các tổ chức hoại tử, dị vật và làm sạch vi khuẩn để tạo điều kiện tối ưu cho quá trình liền sẹo nguyên phát. Mục đích chính là đảm bảo vệ sinh vết thương, ngăn ngừa nhiễm trùng và phục hồi tối đa chức năng cũng như hình thể thẩm mỹ cho vùng mũi.

2. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có vết thương phần mềm sạch, không phức tạp tại vùng mũi, có thể đóng kín trực tiếp mà không gây căng kéo quá mức.
- Một số chỉ định khác theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị do Bộ Y tế ban hành.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh mắc các bệnh lý toàn thân phối hợp nặng không đảm bảo an toàn cho cuộc phẫu thuật hoặc gây mê.
- Người bệnh có tình trạng nhiễm trùng cấp tính, hoại tử rộng tại vết thương hoặc vùng lân cận.
- Người bệnh mắc các bệnh lý tâm thần nặng không thể hợp tác trong và sau phẫu thuật.

4. THẬN TRỌNG

- Cần đánh giá kỹ mức độ khuyết hồng tổ chức. Nếu vết thương gây khuyết hồng rộng không thể đóng trực tiếp thì không áp dụng quy trình này mà cần chuyển sang các phương pháp tạo hình khác.
- Thận trọng khi vết thương có liên quan đến các cấu trúc sâu như sụn mũi, lỗ mũi hoặc nghi ngờ có dị vật nằm sâu.
- Đối với vết thương do động vật cắn (đặc biệt là mèo) hoặc vết thương dập nát nhiều, cần đánh giá rất kỹ và có kế hoạch xử trí, theo dõi đặc biệt do nguy cơ nhiễm trùng cao.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- a) *Nhân lực trực tiếp*: 01 Phẫu thuật viên chuyên khoa Phẫu thuật Tạo hình, Phẫu thuật Hàm mặt hoặc Tai Mũi Họng.
- b) *Nhân lực hỗ trợ*: 01- 02 phụ phẫu thuật; 01 điều dưỡng dụng cụ; 01 điều dưỡng chạy ngoài.

5.2. Thuốc

- Dung dịch sát khuẩn (Povidone iodine, Chlorhexidine, cồn 70 độ), nước muối sinh lý vô trùng.
- Kháng sinh dự phòng theo phác đồ.

5.3. Vật tư

- Bộ dụng cụ phẫu thuật phần mềm và tạo hình cơ bản.
- Kim và các loại chỉ khâu phù hợp: chỉ tự tiêu (Vicryl) cho lớp sâu/dưới da; chỉ không tiêu mảnh (Nylon, Prolene) cho lớp da, đảm bảo khâu thẩm mỹ.
- Gạc vô trùng, thuốc mỡ kháng sinh.

5.4. Trang thiết bị

- Hệ thống đèn mổ có độ sáng tốt.
- Máy hút dịch, máy điện đông cầm máu.

5.5. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra (nhiễm trùng, sẹo xấu, hoại tử mép da), tiên lượng.

- Vệ sinh sạch sẽ vùng mặt và mũi; nhịn ăn ít nhất 6 giờ trước mổ nếu có chỉ định tiền mê hoặc gây mê.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại phòng mổ thuộc khoa Gây mê hồi sức hoặc phòng thủ thuật vô khuẩn.

5.9. 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 BN:* Người bệnh nằm ngửa, đầu hơi cao.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Vô cảm

- Thực hiện gây tê tại chỗ, tê vùng hoặc gây mê toàn thân tùy theo tình trạng vết thương, mức độ phức tạp và sự hợp tác của người bệnh.

6.2. Bước 2: Làm sạch sơ bộ và đánh giá

- Mang dụng cụ bảo hộ đầy đủ (găng tay, khẩu trang, kính).

- Rửa vùng da xung quanh vết thương bằng dung dịch sát khuẩn.

- Đánh giá kỹ vết thương: kích thước, độ sâu, tình trạng mô, sự hiện diện của dị vật, tổn thương phối hợp (sụn, niêm mạc mũi). Có thể chụp X-quang nếu nghi ngờ có dị vật hoặc gãy xương.

6.3. Bước 3: Cắt lọc và làm sạch chuyên sâu

- Rửa vết thương dưới áp lực bằng nước muối sinh lý vô trùng với bơm tiêm lớn (35-60mL) và ống thông.

- Cắt lọc một cách tiết kiệm, loại bỏ các mép da dập nát không còn khả năng sống, tổ chức hoại tử và dị vật.

- Cầm máu kỹ bằng đốt điện hoặc khâu buộc mạch máu nhỏ.

6.4. Bước 4: Phẫu tích giảm căng và tạo hình

- Bóc tách nhẹ nhàng lớp da dưới da ở hai bên mép vết thương nếu cần, để có thể khép mép mà không gây căng.

- Ưu tiên tái tạo lại các cấu trúc giải phẫu quan trọng (cánh mũi, trụ mũi) nếu bị ảnh hưởng.

6.5. Bước 5: Khâu phục hồi

- Khâu phục hồi từ lớp sâu ra ngoài. Khâu lớp cơ/nâng đỡ bằng chỉ tự tiêu.

- Khâu da bằng chỉ không tiêu mảnh, kỹ thuật khâu rời, đảm bảo mép da lộn vào trong và phẳng với nhau, giảm thiểu sẹo xấu.

- Tránh khâu chỉ qua sụn nếu không cần thiết.

6.6. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật: Đánh giá sự tưới máu tại mép vết thương, tình trạng toàn thân.

- Bôi thuốc mỡ kháng sinh và đắp gạc vô trùng.

- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo và hướng dẫn chăm sóc sau mổ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- 7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật**
- Chảy máu: Cầm máu kỹ bằng đốt điện hoặc khâu buộc.
 - Phản ứng với thuốc tê (dị ứng, sốc phản vệ): Xử trí ngừng thuốc, hỗ trợ hô hấp, tuần hoàn và dùng thuốc theo phác đồ chống sốc của Bộ Y tế.

- 7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật**
- Tụ máu/Phù nề: Chườm lạnh, kê cao đầu, băng ép nhẹ nếu cần.
 - Nhiễm trùng: Vết mổ sưng đau tăng, đỏ, có mủ. Xử trí: Thay băng làm sạch, cắt chỉ một phần để dẫn lưu, dùng kháng sinh toàn thân theo kháng sinh đồ.
 - Hoại tử mép da: Do khâu quá căng hoặc tưới máu kém. Xử trí: Cắt bỏ tổ chức hoại tử, làm sạch và lập kế hoạch tạo hình bổ sung sau.

- 7.3. Biến chứng muộn**
- Sẹo xấu (sẹo lồi, sẹo co kéo): Ảnh hưởng thẩm mỹ và có thể gây biến dạng cánh mũi, lỗ mũi. Xử trí: Điều trị bằng các phương pháp như tiêm steroid vào sẹo, laser, hoặc phẫu thuật sửa sẹo khi tổ chức đã ổn định (sau 6-12 tháng).
 - Mất cảm giác vùng da quanh mũi (tạm thời hoặc vĩnh viễn): Thường do tổn thương nhánh thần kinh trong quá trình phẫu tích.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2018). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Phẫu thuật Tạo hình - Thẩm mỹ. Quyết định số 3449/QĐ-BYT ngày 07/06/2018 của Bộ Y tế

PHẪU THUẬT KHÂU ĐÓNG TRỰC TIẾP SẸO VÙNG CỔ, MẶT (DƯỚI 3CM)

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật khâu đóng trực tiếp sẹo vùng cổ, mặt là kỹ thuật ngoại khoa nhằm loại bỏ các tổ chức sẹo xấu, phục hồi tính toàn vẹn và cải thiện thẩm mỹ của da vùng này. Nguyên lý dựa trên việc cắt bỏ tổ chức sẹo và khâu đóng trực tiếp hai mép da với kỹ thuật tạo hình phù hợp. Mục đích chính là cải thiện thẩm mỹ và chức năng vận động cho người bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có các trường hợp sẹo xấu vùng cổ, mặt với kích thước dưới 3cm.
- Một số chỉ định khác theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị do Bộ Y tế ban hành.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có các bệnh lý toàn thân không phù hợp để thực hiện phẫu thuật.
- Tình trạng nhiễm trùng tại chỗ hoặc vùng lân cận chưa được kiểm soát.

4. THẬN TRỌNG

- Cần đánh giá kỹ cơ địa sẹo lồi của người bệnh để có phương án dự phòng sau mổ.
- Đảm bảo thiết kế đường cắt sẹo theo hướng nếp lằn da tự nhiên để đạt thẩm mỹ tối

ưu.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

a) Nhân lực trực tiếp: 01 Phẫu thuật viên chuyên khoa (ngoại, phẫu thuật tạo hình).

b) Nhân lực hỗ trợ: 01- 02 phụ phẫu thuật, 01 điều dưỡng dụng cụ, 01 điều dưỡng chạy ngoài, 01 hộ lý, 01 bác sĩ gây mê và 01 điều dưỡng phụ mê.

5.2. Thuốc

- Kháng sinh dự phòng.
- Dung dịch sát khuẩn: Betadine, cồn 70 độ.

5.3. Vật tư

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình - hàm mặt.
- Chỉ khâu: Chỉ tiêu (Vicryl), chỉ không tiêu (Nylon).
- Gạc vô trùng.

5.4. Trang thiết bị

- Bàn mổ, đèn mổ.
- Máy hút dịch, dao điện đơn cực và lưỡng cực.

5.5. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng: Được giải thích rõ về các rủi ro (sẹo tái phát, nhiễm trùng) và ký cam đoan phẫu thuật.

- Được vệ sinh sạch sẽ vùng mổ, làm đầy đủ xét nghiệm thường quy, nhịn ăn uống theo chỉ định gây mê.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại phòng mổ thuộc khoa Gây mê hồi sức.

5.9. 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: Đảm bảo đúng người bệnh, đúng vị trí sọ cần can thiệp.

b) *Thực hiện băng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật*.

c) *Đặt tư thế BN*: Người bệnh nằm ngửa, đầu nghiêng về bên đối diện với sọ hoặc ngửa cổ.

6. TIỀN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Vô cảm
- Thực hiện gây tê tại chỗ hoặc gây mê toàn thân (đặc biệt đối với trẻ em).

6.2. Bước 2: Thiết kế đường cắt
- Vẽ thiết kế đường cắt sọ theo hình zig zắc hoặc hình trám để giảm sức căng mép vết mổ.

6.3. Bước 3: Loại bỏ tổ chức sọ
- Rạch da dọc theo đường thiết kế.
- Cắt bỏ hoàn toàn tổ chức sọ và cầm máu kỹ vùng tổn khuyết bằng dao điện.

6.4. Bước 4: Khâu phục hồi
- Tiến hành khâu đóng vết mổ theo 2 lớp: lớp dưới da khâu bằng chỉ tiêu, lớp da khâu bằng chỉ không tiêu mũi rời.

6.5. Bước 5: Băng vết mổ
- Băng ép nhẹ vùng phẫu thuật bằng gạc vô trùng.

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 phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật
- Thường không có tai biến.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật
- Chảy máu: Thường hiếm gặp; xử trí bằng băng ép hoặc mổ lại cầm máu nếu có khối máu tụ.
- Nhiễm trùng: Vết mổ chảy dịch đục, sưng tấy; xử trí bằng cách thay băng hằng ngày, sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ.

7.3. Biến chứng muộn
- Sẹo xấu/Sẹo lồi: Theo dõi và thực hiện phẫu thuật sửa sẹo lại sau ít nhất 1 năm nếu cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2018). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Phẫu thuật Tạo hình - Thẩm mỹ. Quyết định số 3449/QĐ-BYT ngày 07/06/2018 của Bộ Y tế.

PHẪU THUẬT CHE PHỦ KHUYẾT DA ĐẦU MANG TÓC BẰNG VẬT TẠI CHỖ

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật che phủ vết thương khuyết da đầu mang tóc bằng vật tại chỗ là kỹ thuật sử dụng tổ chức vật da lành kế cận, có cùng tính chất mang tóc, dễ xoay, trượt hoặc dồn đẩy nhằm đóng kín vùng khuyết hổng da đầu rộng. Mục đích là bảo vệ hộp sọ, ngăn ngừa nhiễm trùng xương và phục hồi thẩm mỹ tối đa bằng cách giữ nguyên đặc tính mang tóc.

2. CHỈ ĐỊNH

- Vết thương da đầu rộng không thể đóng trực tiếp bằng các mũi khâu thông thường.
- Một số chỉ định khác theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị do Bộ Y tế ban hành.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh đang trong tình trạng bệnh lý toàn thân phối hợp nặng không đảm bảo an toàn phẫu thuật.

- Vùng da đầu định can thiệp đang có tình trạng nhiễm trùng tại chỗ.

4. THẬN TRỌNG

- Cần đánh giá kỹ lưỡng các tổn thương phối hợp nội sọ (đập não, máu tụ) qua hình ảnh CT hoặc MRI trước khi tiến hành can thiệp phần mềm.

- Thận trọng khi thiết kế vạt để đảm bảo cuống nuôi mạch máu không bị căng hoặc xoắn vặn sau khi chuyển vạt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

a) *Nhân lực trực tiếp*: 01 Phẫu thuật viên chuyên khoa phẫu thuật tạo hình.

b) *Nhân lực hỗ trợ*: 01- 02 phụ phẫu thuật, 01 Bác sĩ gây mê, 01 phụ mê, 01 điều dưỡng dụng cụ, 01 điều dưỡng chạy ngoài và 01 hộ lý.

5.2. Thuốc

- Kháng sinh dự phòng.
- Các dung dịch sát khuẩn (Betadine, nước muối sinh lý 9‰, oxy già).

5.3. Vật tư

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình.
- Dao lấy da ghép (nếu cần).
- Chỉ khâu các loại.
- Gạc vô trùng.

5.4. Trang thiết bị

- Bàn mổ tiêu chuẩn, đèn mổ.
- Máy hút dịch.
- Dao điện đơn cực và lưỡng cực.

5.5. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng: Được giải thích rõ về mục đích phẫu thuật, các tai biến, rủi ro có thể xảy ra và ký cam đoan phẫu thuật.

- Được thực hiện vệ sinh thân thể, cạo tóc sạch sẽ vùng quanh tổn thương. Nhịn ăn uống ít nhất 6 giờ trước phẫu thuật (nếu gây mê).

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại phòng mổ thuộc khoa Gây mê hồi sức.

5.9. 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: Đúng người, đúng chẩn đoán, đúng vị trí khuyết da cần thực hiện.

b) *Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật*.

c) *Đặt tư thế BN*: Tùy theo vị trí khuyết da, người bệnh nằm ngửa, nghiêng hoặc nằm sấp.

6. TIỀN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Vô cảm

- Tiến hành gây mê toàn thân hoặc gây tê tại chỗ tùy thuộc vào độ phức tạp của vết thương.

6.2. Bước 2: Cắt lọc và chuẩn bị

- Đánh giá vết thương và các tổn thương phối hợp.
- Tiến hành cắt lọc tổ chức hoại tử, lấy bỏ dị vật và bơm rửa sạch phẫu trường.

6.3. Bước 3: Tạo vạt che phủ

- Thiết kế vạt dựa trên nguyên tắc bảo tồn mạch máu nuôi.
- Tiến hành bóc tách và chuyển các vạt xê dịch, vạt dồn đẩy, hoặc vạt xoay tại chỗ để che phủ vùng khuyết hông.
- Nơi cho vạt (diện khuyết sau khi bóc vạt) có thể được đóng trực tiếp hoặc ghép da bổ sung.

6.4. Bước 4: Đóng vết mổ

- Khâu cố định vạt bằng chỉ Nylon rời.
- Đặt dẫn lưu nếu cần thiết để tránh tụ dịch.

6.5. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật: Đánh giá sức sống của vạt (màu sắc, độ ẩm) ngay sau phẫu thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo: Bàn giao người bệnh cho bộ phận hậu phẫu.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Dị ứng, sốc phản vệ: Do phản ứng với thuốc tê, gây mê. Xử trí theo phác đồ chống sốc của Bộ Y tế.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu/Tụ máu dưới vạt: Chảy qua dẫn lưu hoặc thấm băng. Xử trí: Băng ép, nếu chảy nhiều phải mở lại cầm máu và bù dịch.
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: Thay băng, cấy dịch, điều trị theo kháng sinh đồ.

7.3. Biến chứng muộn

- Hoại tử vạt (một phần hoặc toàn bộ): Do thiếu dưỡng hoặc căng vạt. Xử trí: Cắt lọc phần hoại tử, thay băng chăm sóc tổ chức hạt và lập kế hoạch tạo hình thì sau.
- Sẹo xấu, sẹo lồi: Xử trí tùy theo bệnh lý thâm mỹ sau 6-12 tháng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2018). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Phẫu thuật Tạo hình - Thẩm mỹ. Quyết định số 3449/QĐ-BYT ngày 07/06/2018 của Bộ Y tế.

PHẪU THUẬT KHÂU VẾT RÁCH ĐƠN GIẢN VÀNH TAI

1. ĐẠI CƯƠNG

Vành tai có cấu trúc giải phẫu phức tạp với nhiều chỗ lồi lõm và sụn vành tai có đặc tính không giống với bất kỳ sụn nào khác trên cơ thể. Phẫu thuật khâu vết rách đơn giản vành tai là kỹ thuật can thiệp ngoại khoa nhằm cắt lọc tổ chức hoại tử, làm sạch dị vật và khâu phục hồi các lớp giải phẫu (da, sụn) của vành tai bị tổn thương. Mục đích nhằm bảo vệ sụn vành tai, phục hồi hình thể giải phẫu và đảm bảo yêu cầu thẩm mỹ tối đa cho người bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

- Vết thương rách thuộc phần mềm vùng vành tai đơn thuần hoặc rách sụn vành tai có thể đóng trực tiếp.
- Vết thương vành tai chảy máu nhiều, có dị vật bản hoặc kích thước lớn (>1cm).
- Một số chỉ định khác theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị do Bộ Y tế ban hành.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tình trạng toàn thân người bệnh đe dọa tính mạng (sốc, đa chấn thương kèm theo).

- Vết thương có khuyết hồng tổ chức quá lớn, không thể khâu đóng trực tiếp mà cần các kỹ thuật chuyển vạt hoặc ghép da phức tạp.

- Người bệnh đang có tình trạng nhiễm trùng lan tỏa vùng vành tai.

4. THẬN TRỌNG

- Cần đánh giá kỹ tình trạng sụn vành tai để tránh biến chứng viêm sụn, co rút vành tai về sau.

- Thận trọng khi cắt lọc, cần bảo tồn tối đa tổ chức da lành vùng vành tai vì đây là vùng rất thiếu chất liệu tạo hình.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

a) Nhân lực trực tiếp: 01 Phẫu thuật viên chuyên khoa (Ngoại, Tạo hình, Hàm mặt hoặc Tai Mũi Họng).

b) Nhân lực hỗ trợ: 01 - 02 phụ mổ và kíp gây mê hoặc điều dưỡng hỗ trợ.

5.2. Thuốc

- Dung dịch sát khuẩn: Betadine, oxy già, nước muối sinh lý.

- Kháng sinh dự phòng và thuốc giảm đau.

5.3. Vật tư

- Bộ dụng cụ tiêu phẫu hoặc dụng cụ phẫu thuật phần mềm cơ bản.

- Chỉ khâu: Chỉ không tiêu khâu da và chỉ tiêu khâu sụn/tổ chức dưới da.

- Băng, băng, gạc vô trùng.

5.4. Trang thiết bị

- Bàn mổ, đèn mổ, máy hút dịch, dao điện đơn cực hoặc lưỡng cực.

5.5. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng: Giải thích rõ mục đích kỹ thuật, các bước tiến hành và nguy cơ sẹo xấu hoặc hoại tử vạt da; ký cam đoan phẫu thuật.

- Vệ sinh sạch vùng tai, cạo tóc xung quanh nếu cần thiết. Nhịn ăn ít nhất 6 giờ nếu cần gây mê.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại phòng mổ thuộc khoa Gây mê hồi sức hoặc phòng thủ thuật vô khuẩn.

5.9. 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: Đảm bảo đúng người bệnh, đúng vị trí và tính chất vết rách vành tai.

b) *Thực hiện băng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật*.

c) *Đặt tư thế BN*: Nằm ngửa, đầu nghiêng về bên lành để bộc lộ rõ vành tai bị thương.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Vô cảm

- Tiến hành gây tê tại chỗ quanh vết thương hoặc gây mê nội khí quản tùy độ lớn tổn thương và lứa tuổi người bệnh.

6.2. Bước 2: Làm sạch vết thương

- Đánh rửa sạch vành tai bằng xà phòng sát khuẩn, nước muối sinh lý và oxy già để loại bỏ dị vật, đất cát.

6.3. Bước 3: Cắt lọc tổ chức

- Sử dụng kéo phẫu thuật cắt bỏ tiết kiệm các mép da mụn nát, cắt lọc tổ chức hoại tử tới tận vùng có máu nuôi tốt.

6.4. Bước 4: Cầm máu

- Sử dụng dao điện lưỡng cực hoặc khâu các mũi chữ X bằng chỉ tiêu chậm để kiểm soát các điểm chảy máu.

6.5. Bước 5: Khâu phục hồi giải phẫu

- Nếu có rách sụn: Khâu phục hồi sụn vành tai bằng chỉ tiêu các mũi rời.
- Khâu lớp da vành tai: Dùng chỉ không tiêu khâu các mũi rời hoặc khâu luôn dưới da đảm bảo thẩm mỹ.
- Đảm bảo không để lại khoảng chết và không khâu quá căng mép vết thương.

6.6. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật: Đánh giá độ kín khít và hình dáng vành tai sau khâu. Băng ép nhẹ nhàng để bảo vệ vết mổ và ngăn ngừa tụ máu.
- 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

- Phản ứng với thuốc tê (choáng, sốc): Ngừng thủ thuật và xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu, tụ máu vành tai: Băng ép lại; nếu tụ máu nhiều cần tách máu để lấy máu tụ và cầm máu.
- Nhiễm trùng/Viêm sụn vành tai: Vết mổ sưng tấy, chảy dịch mủ. Xử trí: Thay băng hàng ngày, cấy dịch làm kháng sinh đồ và dùng kháng sinh liều cao.
- Hoại tử mép da: Cắt lọc phần hoại tử, thay băng chăm sóc tổ chức hạt và lập kế hoạch tạo hình lại nếu cần.

7.3.

Biên

chứng

muộn

- Sẹo xấu, sẹo lồi hoặc biến dạng vành tai: Theo dõi và phẫu thuật sửa sẹo sau tối thiểu 1 năm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2013). Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Răng Hàm Mặt. Quyết định số 3207/QĐ-BYT ngày 29/08/2013 của Bộ Y tế.
2. Bộ Y tế (2012). Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Tai Mũi Họng. Quyết định số 3978/QĐ-BYT ngày 18/10/2012 của Bộ Y tế.

PHẪU THUẬT TÁI TẠO LỘT DA ĐẦU BÁN PHẦN KÍCH THƯỚC < 5CM²

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật tái tạo lột da đầu bán phần là kỹ thuật can thiệp ngoại khoa nhằm phục hồi lại vùng da đầu bị tổn thương trong chấn thương mà phần da bị lột vẫn còn được nuôi dưỡng bởi ít nhất một cuống mạch. Đối với các khuyết hồng diện tích nhỏ dưới 5cm², mục đích của kỹ thuật là tạo màng ngăn sinh học bảo vệ xương sọ, giảm mất dịch và đảm bảo yêu cầu về thẩm mỹ.

2. CHỈ ĐỊNH

- Chấn thương lột da đầu bán phần với diện tích khuyết hồng da dưới 5cm².
- Vùng khuyết da có tổ chức hạt mọc tốt (đỏ, sạch), không còn tổ chức hoại tử.
- Người bệnh có mảnh da đầu bị lột nhưng cuống mạch nuôi còn tốt hoặc mép vạt chảy máu tốt.
- Một số chỉ định khác theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị do Bộ Y tế ban hành.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tình trạng toàn thân người bệnh quá nặng, đa chấn thương hoặc rối loạn đông máu chưa ổn định.

- Vùng khuyết da đang trong tình trạng nhiễm khuẩn cấp tính, có mủ hoặc có vi khuẩn liên cầu tan huyết beta.

- Da đầu bị lột đã dập nát quá nhiều, không còn khả năng bảo tồn.

4. THẬN TRỌNG

- Cần đánh giá kỹ lưỡng các tổn thương nội sọ phối hợp (dập não, máu tụ nội sọ) trước khi xử trí phần mềm da đầu.

- Thận trọng khi thực hiện trên người bệnh có bệnh lý nền như đái tháo đường vì ảnh hưởng đến khả năng sống của mảnh ghép.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

a) *Nhân lực trực tiếp:* 01 Phẫu thuật viên chuyên khoa Phẫu thuật Tạo hình hoặc Chấn thương chỉnh hình.

b) *Nhân lực hỗ trợ:* 01-02 bác sĩ phụ mổ, kíp gây mê (Bác sĩ, điều dưỡng) và 01 điều dưỡng dụng cụ.

5.2. Thuốc

- Dung dịch sát khuẩn: Betadine, nước muối sinh lý, oxy già.

- Kháng sinh dự phòng hoặc điều trị phối hợp.

5.3. Vật tư

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình, bộ dụng cụ tiểu phẫu.

- Chỉ khâu: Chỉ không tiêu và chỉ tiêu để khâu từng lớp.

- Gạc mỡ kháng sinh, bông, băng vô trùng.

5.4. Trang thiết bị

- Bàn mổ tiêu chuẩn, đèn mổ, máy hút dịch.

- Dao điện đơn cực và lưỡng cực dùng để cầm máu.

5.5. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng: Giải thích rõ mục đích kỹ thuật, nguy cơ hoại tử vạt hoặc nhiễm trùng; người bệnh ký cam đoan phẫu thuật.

- Thực hiện vệ sinh, cạo tóc vùng quanh tổn thương và nhịn ăn ít nhất 6 giờ nếu cần gây mê.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại phòng mổ thuộc khoa Gây mê hồi sức.

5.9. 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: Đảm bảo đúng người bệnh, đúng chẩn đoán và diện tích khuyết hồng cần tái tạo.

b) *Thực hiện băng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.*

c) *Đặt tư thế BN:* Nằm ngửa, nằm nghiêng hoặc nằm sấp tùy theo vị trí khuyết da.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Vô cảm

- Tiến hành gây tê tại chỗ hoặc gây mê toàn thân tùy thuộc vào mức độ phức tạp của vết thương.

6.2. Bước 2: Cắt lọc và làm sạch

- Cạo tóc rộng xung quanh, rửa sạch vết thương bằng xà phòng betadine và nước muối sinh lý.
- Cắt lọc mép da và tổ chức dập nát đến vùng có máu nuôi tốt.

6.3. Bước 3: Đánh giá diện nhận

- Làm sạch tổ chức hạt, cầm máu triệt để nền nhận để đảm bảo diện nhận khô sạch.

6.4. Bước 4: Tái tạo che phủ

- Nếu vạt da đầu bị lật còn cuống mạch tốt: Tiến hành khâu nối lại vạt vào phần da đầu còn lại bằng chỉ Nylon rời.
- Nếu không thể đóng trực tiếp: Tiến hành lấy mảnh da dày (từ bẹn, sau tai) hoặc da mỏng để ghép vào vùng khuyết hồng.
- Đặt và cố định mảnh da ghép, có thể khâu gối gạc để ép mảnh da áp sát nền.

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 trong khi thực hiện kỹ thuật

- Sốc phản vệ: Do phản ứng với thuốc tê, gây mê. Xử trí theo phác đồ chống sốc của Bộ Y tế.
- Chảy máu: Cầm máu bằng đốt điện hoặc khâu mũi chữ X bằng chỉ tiêu chậm.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Tụ máu/dịch dưới da: Xử trí bằng băng ép hoặc tách chỉ thoát dịch và cầm máu lại.
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng hàng ngày, dùng kháng sinh theo kháng sinh đồ.

7.3. Biến chứng muộn

- Hoại tử vạt/da ghép: Cắt lọc tổ chức hoại tử, chăm sóc tổ chức hạt để chuẩn bị tạo hình lại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2018). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Phẫu thuật Tạo hình - Thẩm mỹ. Quyết định số 3449/QĐ-BYT ngày 07/06/2018 của Bộ Y tế.

CẮT LỘC - KHÂU VẾT THƯƠNG VÙNG TRÁN

1. ĐẠI CƯƠNG

Cắt lọc - khâu vết thương vùng trán là phẫu thuật can thiệp ngoại khoa nhằm cắt bỏ tổ chức hoại tử, làm sạch dị vật và khâu phục hồi các lớp giải phẫu của vùng trán bị tổn thương. Kỹ thuật này không chỉ giúp bảo vệ các cấu trúc sọ não bên dưới mà còn đóng vai trò quan trọng trong việc đảm bảo yêu cầu thẩm mỹ và hạn chế sẹo xấu cho khuôn mặt người bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

- Các vết thương rách thuộc phần mềm vùng trán đơn thuần hoặc phức tạp có thể đóng trực tiếp.
- Vết thương vùng trán không đi kèm các tổn thương nội sọ nghiêm trọng cần can thiệp ngoại thần kinh ưu tiên.
- Một số chỉ định khác theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị do Bộ Y tế ban hành.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh đang trong tình trạng sốc, đa chấn thương đe dọa tính mạng chưa ổn định.

- Vết thương có khuyết hồng tổ chức quá lớn, không thể khâu đóng trực tiếp mà cần sử dụng các kỹ thuật chuyển vật hoặc ghép da.

- Vết thương đi kèm tổn thương sọ não, mạch máu thần kinh lớn cần được xử trí chuyên sâu trước.

4. THẬN TRỌNG

- Cần đánh giá kỹ lưỡng để loại trừ chấn thương sọ não phối hợp (đập não, máu tụ) qua thăm khám lâm sàng hoặc hình ảnh học trước khi xử trí phần mềm.

- Thận trọng khi cắt lọc để bảo tồn tối đa các cấu trúc thần kinh và mạch máu nông vùng trán.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

a) Nhân lực trực tiếp: 01 Phẫu thuật viên chuyên khoa Hệ Ngoại.

b) Nhân lực hỗ trợ: 01-02 bác sĩ phụ và kíp gây mê hồi sức.

5.2. Thuốc

- Dung dịch sát khuẩn: Betadine, nước muối sinh lý 0,9%, oxy già.

- Kháng sinh dự phòng và thuốc giảm đau.

5.3. Vật tư

- Bộ dụng cụ phẫu thuật phần mềm/tạo hình.

- Chỉ khâu không tiêu và chỉ tiêu cho lớp dưới da/cơ.

5.4. Trang thiết bị

- Bàn mổ, đèn mổ, máy hút dịch, dao điện đơn cực và lưỡng cực.

5.5. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng: Được giải thích rõ về quy trình và tai biến (đặc biệt là nguy cơ sẹo xấu).

- Vệ sinh sạch vùng mổ; nhịn ăn trước mổ ít nhất 6 giờ nếu thực hiện dưới gây mê.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại phòng mổ thuộc khoa Gây mê hồi sức.

5.9. 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: Đảm bảo đúng người, đúng chẩn đoán và vị trí vết thương.

b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c) *Đặt tư thế BN*: Nằm ngửa, đầu thẳng hoặc nghiêng nhẹ phù hợp để bộc lộ vết thương.

6. TIỀN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Vô cảm

- Tiến hành gây tê tại chỗ hoặc gây mê nội khí quản tùy độ lớn vết thương và sự hợp tác của người bệnh.

6.2. Bước 2: Làm sạch và đánh giá

- Rửa vết thương bằng nước muối và oxy già; lấy bỏ dị vật nông.
- Đánh giá độ sâu và các cấu trúc tổn thương bên dưới.

6.3. Bước 3: Cắt lọc

- Cắt bỏ mép da dập nát tiết kiệm nhất có thể; cắt lọc tổ chức hoại tử đến vùng có máu nuôi tốt.

6.4. Bước 4: Cầm máu

- Sử dụng dao điện hoặc khâu buộc các mạch máu đang chảy.

6.5. Bước 5: Khâu phục hồi

- Tiến hành khâu đóng vết thương theo từng lớp giải phẫu (cơ, tổ chức dưới da, da) để đảm bảo không để lại khoảng chết và tránh sẹo co kéo.
- Sử dụng chỉ không tiêu kích thước nhỏ khâu da để đảm bảo thẩm mỹ.

6.6. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật: Băng vô khuẩn vết mổ; đánh giá tri giác người bệnh.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo: Bàn giao hậu phẫu.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Sốc phản vệ do thuốc tê hoặc tai biến gây mê: Xử trí theo phác đồ chống sốc của Bộ Y tế.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu/Tụ máu: Nếu tụ máu nhiều cần mở vết mổ để lấy máu tụ và cầm máu lại.
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, có mủ. Xử trí bằng cách vệ sinh hàng ngày, cấy dịch làm kháng sinh đồ và dùng kháng sinh liều cao.
- Hoại tử mép da: Cắt lọc phần hoại tử và chăm sóc tổ chức hạt.

7.3. Biến chứng muộn

- Sẹo lồi hoặc sẹo xấu: Xử trí thẩm mỹ sau 1 năm nếu cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2018). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Phẫu thuật Tạo hình - Thẩm mỹ. Quyết định số 3449/QĐ-BYT ngày 07/06/2018 của Bộ Y tế.

CẮT LỘC - KHÂU VẾT THƯƠNG DA ĐẦU MANG TÓC

1. ĐẠI CƯƠNG

Cắt lọc - khâu vết thương da đầu mang tóc là phẫu thuật can thiệp ngoại khoa nhằm cắt lọc tổ chức hoại tử, làm sạch dị vật và xử lý khâu phục hồi các lớp giải phẫu của vùng da đầu bị tổn thương. Kỹ thuật này giúp bảo vệ hộp sọ, ngăn ngừa nhiễm trùng và đảm bảo yêu cầu về thẩm mỹ vùng mặt đầu cho người bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

- Các vết thương da đầu mang tóc có thể đóng trực tiếp.
- Một số chỉ định khác theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị do Bộ Y tế ban hành.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Da đầu bị khuyết rộng hoặc bị đứt rời hoàn toàn không thể đóng trực tiếp.
- Người bệnh đang mắc các bệnh lý toàn thân phối hợp nặng không đảm bảo an toàn phẫu thuật.

4. THẬN TRỌNG

- Cần đánh giá kỹ lưỡng các tổn thương nội sọ phối hợp (dập não, máu tụ nội sọ) thông qua các chẩn đoán hình ảnh trước khi tiến hành xử trí vết thương phần mềm da đầu.
- Thận trọng khi cắt lọc ở những vùng có mạch máu lớn để tránh mất máu cấp.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

a) *Nhân lực trực tiếp*: 01 Phẫu thuật viên chuyên khoa phẫu thuật tạo hình hoặc chuyên khoa hệ ngoại và 02 bác sĩ phụ phẫu thuật.

b) *Nhân lực hỗ trợ (nếu có)*: Kíp gây mê (01 Bác sĩ, 01 phụ mê) và kíp dụng cụ (01 điều dưỡng dụng cụ, 01 điều dưỡng chạy ngoài, 01 hộ lý).

5.2. Thuốc

- Dung dịch sát khuẩn: Betadine, nước muối sinh lý 9‰ và nước oxy già.
- Kháng sinh dự phòng hoặc kháng sinh điều trị phối hợp.

5.3. Vật tư

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình hoặc bộ đồ mổ sọ não cơ bản.
- Vật tư tiêu hao: Gạc con, bông sọ, bơm kim tiêm vô trùng.
- Chỉ khâu: Các loại chỉ không tiêu và chỉ tiêu để khâu từng lớp.

5.4. Trang thiết bị

- Bàn mổ, hệ thống đèn chiếu sáng phẫu thuật.
- Dao điện đơn cực và lưỡng cực dùng để cầm máu.
- Máy hút dịch và hệ thống theo dõi chức năng sống (Monitor).

5.5. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng: Giải thích rõ mục đích phẫu thuật, các tai biến có thể xảy ra; người bệnh hoặc đại diện gia đình ký cam đoan phẫu thuật.

- Thực hiện cạo tóc sạch sẽ vùng quanh vết thương; vệ sinh thân thể và nhịn ăn ít nhất 6 giờ trước khi thực hiện (nếu gây mê).

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật:

Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại phòng mổ thuộc khoa Gây mê hồi sức.

5.9. 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: Đảm bảo chính xác họ tên, tuổi, chẩn đoán và đặc điểm vết thương.

b) *Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.*

c) *Đặt tư thế BN*: Tùy theo vị trí vết thương, người bệnh nằm ngửa, nghiêng hoặc nằm sấp phù hợp cho thao tác bộc lộ.

6. TIỀN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1: Vô cảm

- Tiến hành gây mê toàn thân (thông thường là nội khí quản) hoặc gây tê tại chỗ tùy thuộc vào mức độ phức tạp của vết thương.

6.2. Bước 2: Làm sạch và đánh giá

- Vệ sinh bên ngoài vết thương bằng xà phòng Betadine và nước muối sinh lý.

- Đánh giá kỹ lưỡng độ sâu, bề rộng và các tổn thương cấu trúc phía dưới.

6.3. Bước 3: Cắt lọc

- Cắt bỏ các mép da mủn nát, cắt lọc tổ chức hoại tử tới tận vùng có máu nuôi tốt.

- Lấy bỏ hết dị vật bản như đất cát, kim loại.

6.4. Bước 4: Bơm rửa

- Sử dụng nước muối sinh lý và oxy già bơm rửa liên tục các góc ngách của vết thương để đảm bảo sạch khuẩn.

6.5. Bước 5: Khâu phục hồi

- Tiến hành khâu đóng vết thương theo từng lớp giải phẫu: đầu tiên là lớp cân Galea, sau đó đến tổ chức dưới da và sau cùng là lớp da đầu.

6.6. Bước 6: Dẫn lưu

- Đặt dẫn lưu kín nếu vết thương có nguy cơ tụ dịch hoặc khoang khuyết hổng lớn.

- Điều trị kháng sinh sau mổ.

6.7. Bước cuối cùng: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật: Đánh giá tình trạng người bệnh và độ kín khít của vết mổ.

- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo: Bàn giao người bệnh cho bộ phận hậu phẫu.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Phản ứng thuốc hoặc sốc phản vệ do thuốc gây tê, gây mê: Xử trí: Dùng thuốc chống dị ứng và hồi sức cấp cứu theo phác đồ chống sốc.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu hoặc tụ máu dưới da: Vết thương thấm máu nhiều qua băng hoặc dẫn lưu. Xử trí: Băng ép tích cực, nếu máu chảy nhiều phải mổ lại để cầm máu và bù dịch.

- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ hoặc chảy dịch đục. Xử trí: Thay băng hàng ngày, cấy dịch làm kháng sinh đồ và mở vết thương để làm sạch nếu cần thiết.

7.3.

Biến

chứng

muộn

- Hoại tử mép da: Một phần hoặc toàn bộ mép da bị tím đen, hoại tử. Xử trí: Cắt lọc phần hoại tử, chăm sóc vết thương và lập kế hoạch tạo hình lại khi ổn định.
- Sẹo xấu hoặc sẹo lồi: Xử trí: Theo dõi và xử trí tùy theo nhu cầu thẩm mỹ và tính chất bệnh lý của sẹo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2018). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Phẫu thuật Tạo hình - Thẩm mỹ. Quyết định số 3449/QĐ-BYT ngày 07/06/2018 của Bộ Y tế.

PHẪU THUẬT TẠO HÌNH VẾT THƯƠNG DA VÙNG MI MẮT

1. ĐẠI CƯƠNG

- Phẫu thuật tạo hình vết thương da vùng mi mắt là can thiệp ngoại khoa nhằm làm sạch, xử trí và phục hồi các tổn thương da mi mắt, đảm bảo liền vết thương tốt, bảo tồn chức năng mi mắt và đạt yêu cầu thẩm mỹ.

2. CHỈ ĐỊNH

- Vết thương da vùng mi mắt do chấn thương, tai nạn.
- Vết thương sau cắt bỏ u, sau phẫu thuật vùng mi cần tạo hình.
- Vết thương gây biến dạng mi, ảnh hưởng chức năng nhắm – mở mắt hoặc thẩm mỹ.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Khi tình trạng toàn thân không cho phép.

4. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý nền (đang dùng thuốc chống đông, đái tháo đường...).

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- a) Nhân lực trực tiếp: Bác sỹ
- b) Nhân lực hỗ trợ: Điều dưỡng hoặc kỹ thuật y.

5.2. Thuốc

- Cefpodoxim 200mg x 3 viên uống/ ngày x 7 ngày
- DD Povidine 5% vệ sinh mắt.
- Alphacymotripsin 4,2mg x 6 viên uống/ ngày x 7 ngày
- DD Alcain 0,5%/Tetracain 0,5% 10ml tra mắt 1 – 2 giọt/ lần x 2 – 3 lần
- DD Levofloxacin 0,5%/ Tobramycin 0,3% 10ml tra mắt 1 – 2 giọt/ lần x 2 – 3 lần.
- DD NaCl 0,9% 10 ml tra rửa mắt.
- Mỡ Oflovid 0,3% tra mắt

5.3. Vật tư

- Găng tay vô trùng x 2 đôi
- Găng tay sạch (găng khám) x 1 đôi
- Bơm tiêm các loại.
- Tăm bông x 5 cái
- Bông vô trùng x 5 quả
- Gạc vô trùng x 3 miếng
- Băng dính.
- Chỉ phẫu thuật các loại: Daclon (7/0, 8/0), Surgycril (6/0)...
- Kim tưới nước.
- Dao phẫu thuật

5.4. Trang thiết bị

- Sinh hiển vi phẫu thuật.
- Kính lúp.
- Bộ dụng cụ sát trùng da mi.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mi.
- Bàn đặt dụng cụ phẫu thuật.

5.5. Người bệnh

- a) Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng mắt cần thực hiện kỹ thuật.

b) Thực hiện bảng kiểm an toàn thực hiện kỹ thuật (nếu có) theo quy định của bệnh viện.

c) Đặt tư thế BN: nằm ngửa.

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

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Khoảng 20 - 60 phút.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.9. Kiểm tra hồ sơ

a) Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng mắt cần thực hiện kỹ thuật.

b) Thực hiện bảng kiểm an toàn thực hiện kỹ thuật (nếu có) theo quy định của bệnh viện.

c) Đặt tư thế BN: nằm ngửa

6. TIẾN HÀNH QTKT

Cách thức thực hiện kỹ thuật điều trị rách mi phụ thuộc vào vị trí của đường rách, độ sâu của tổn thương, tổn thương mi đơn thuần hay phối hợp tổn thương mắt.

6.1. Bước 1:

- Trong trường hợp rách mi toàn bộ chiều dày không mất tổ chức, không liên quan đến bờ mi: cắt lọc vết thương, tiến hành khâu mi theo các lớp giải phẫu, khâu lớp sụn kết mạc, chú ý khi khâu không để chỉ xuyên qua kết mạc tránh chỉ cọ vào bề mặt nhãn cầu gây tổn thương giác mạc. Nếu có tổn thương cơ nâng mi tìm chỗ rách của cơ nâng mi để khâu phục hồi, khâu cơ vòng cung mi, khâu da.

- Trong trường hợp rách mi có liên quan bờ mi: cắt lọc vết thương, tiến hành khâu phục hồi mi theo các lớp giải phẫu đúng bình diện. Khâu phục hồi bờ mi theo đúng các lớp giải phẫu, hàng chân lông mi, đường xám, bờ mi, khi khâu chú ý không để đầu chỉ cọ vào giác mạc gây tổn thương giác mạc. Khâu lớp sâu bao gồm sụn kết mạc, nếu cơ nâng mi có tổn thương thì cố gắng tìm lại và khâu phục hồi cơ nâng mi tránh sụp mi sau này, khâu cơ vòng và da mi.

6.2. Bước 2: Khâu da mi. Tra thuốc kháng sinh kết hợp chống viêm tại vết mổ. Băng vết thương.

6.3. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng toàn thân và tại mắt của người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.

- Hoàn thiện ghi chép phiếu thực hiện kỹ thuật, hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận theo dõi người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu bằng kẹp hoặc thiết bị chuyên dụng.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu vết thực hiện kỹ thuật, tụ máu dưới vết khâu, tuột chỉ vết khâu.

- Nhiễm trùng cần dùng kháng sinh và chăm sóc vết mổ tốt.

7.3. Tai biến muộn: Sẹo co kéo > Xử trí: sửa sẹo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2025). Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật về Mắt – Tập 1. Quyết định số 3517/QĐ – BHYT ngày 12 tháng 11 năm 2025 của Bộ Y tế.

PHẪU THUẬT CẮT BỎ U DA LÀNH TÍNH VÙNG DA ĐẦU TỪ 2 CM ĐẾN 5 CM

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật cắt bỏ u da lành tính vùng da đầu từ 2 cm đến 5 cm là kỹ thuật ngoại khoa nhằm loại bỏ các tổn thương u da lành tính khu trú tại da đầu có kích thước trung bình. Nguyên lý của kỹ thuật là cắt bỏ trọn khối u cùng rìa mô da lành an toàn, cầm máu triệt để và khâu phục hồi theo giải phẫu da đầu. Mục đích nhằm điều trị triệt để tổn thương, phòng ngừa tái phát, bảo tồn chức năng che phủ và thẩm mỹ vùng da đầu.

2. CHỈ ĐỊNH

U da lành tính vùng da đầu có kích thước từ 2 cm đến 5 cm. U da đầu gây đau, viêm, loét, chảy dịch hoặc ảnh hưởng thẩm mỹ. U da đầu nghi ngờ biến chứng hoặc cần xác định mô bệnh học. Một số chỉ định khác theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị do Bộ Y tế ban hành.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Nhiễm trùng cấp tính vùng da đầu chưa được kiểm soát. Rối loạn đông máu nặng chưa được điều chỉnh. Người bệnh có tình trạng toàn thân nặng không đủ điều kiện thực hiện phẫu thuật.

4. THẬN TRỌNG

Thận trọng do vùng da đầu nhiều mạch máu, nguy cơ chảy máu cao. Đánh giá kỹ vị trí u liên quan đến đường rạch thẩm mỹ và khả năng che phủ da đầu sau cắt u. Đảm bảo vô khuẩn tuyệt đối để phòng nhiễm trùng vết mổ.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Ngoại, Ngoại tạo hình hoặc Da liễu. Điều dưỡng phụ phẫu thuật.

5.2. Thuốc

Thuốc gây tê tại chỗ. Thuốc sát khuẩn da đầu. Thuốc giảm đau và kháng sinh theo chỉ định.

5.3. Vật tư

Bộ dụng cụ tiểu phẫu da đầu. Dao mổ. Kéo phẫu thuật. Kẹp cầm máu. Chỉ khâu mô và chỉ khâu da phù hợp. Gạc vô khuẩn và băng ép da đầu.

5.4. Trang thiết bị

Bàn thủ thuật hoặc bàn mổ. Đèn thủ thuật. Máy đốt điện hoặc máy hút dịch nếu cần.

5.5. Người bệnh

Thầy thuốc giải thích cho người bệnh và người nhà về mục đích, các bước tiến hành, nguy cơ chảy máu, biến chứng có thể xảy ra và tiên lượng sau phẫu thuật. Người bệnh được vệ sinh sạch vùng da đầu, cắt tóc khu trú quanh vị trí phẫu thuật và chuẩn bị đầy đủ điều kiện trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.6. Hồ sơ bệnh án

Thực hiện theo đúng quy định của Bộ Y tế.

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật

Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

Tại phòng mổ vô khuẩn hoặc phòng thủ thuật chuyên khoa.

5.9. Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra đúng người bệnh, đúng chẩn đoán và đúng vị trí u da đầu. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật theo quy định. Đặt tư thế người bệnh phù hợp để bộc lộ rõ vùng da đầu cần phẫu thuật.

6. TIỀN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Vô cảm và sát khuẩn

Gây tê tại chỗ vùng da đầu. Sát khuẩn rộng vùng phẫu thuật và vùng lân cận, trải khăn vô khuẩn.

6.2. Rạch da và bộc lộ tổn thương

Rạch da theo hình thoi hoặc theo hướng mọc tóc và nếp da đầu. Bộc lộ rõ khối u da và ranh giới tổn thương.

6.3. Cắt bỏ u da

Cắt bỏ toàn bộ khối u da cùng rìa mô lành an toàn. Cầm máu kỹ bằng buộc chỉ hoặc đốt điện do da đầu nhiều mạch máu.

6.4. Khâu đóng vết mổ

Khâu phục hồi các lớp mô dưới da. Khâu da chắc chắn, đảm bảo kín và thuận lợi cho liền thương vùng da đầu.

6.5. Kết thúc quy trình

Băng ép vô khuẩn vùng da đầu. Đánh giá tình trạng người bệnh sau phẫu thuật. Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án và bàn giao người bệnh cho bộ phận theo dõi tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

Chảy máu nhiều do tổn thương mạch máu da đầu. Xử trí bằng cầm máu tích cực và theo dõi sát.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

Tụ máu, nhiễm trùng vết mổ hoặc bung chỉ khâu. Điều trị bằng băng ép, kháng sinh và xử trí ngoại khoa khi cần.

7.3. Biến chứng muộn

Sẹo xấu, rụng tóc khu trú tại vùng mổ hoặc tái phát u. Theo dõi lâu dài và can thiệp chỉnh hình khi cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2017). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa, lĩnh vực Ngoại tạo hình và Da liễu.
Ban hành kèm theo Quyết định số 4480/QĐ-BYT ngày 18/8/2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

PHẪU THUẬT CẮT U DA LÀNH TÍNH VÙNG HÀM MẶT

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật cắt u da lành tính vùng hàm mặt là kỹ thuật ngoại khoa nhằm loại bỏ các tổn thương u da lành tính khu trú tại vùng hàm mặt. Nguyên lý của kỹ thuật là cắt bỏ hoàn toàn khối u cùng rìa mô da lành an toàn, đồng thời khâu phục hồi theo giải phẫu và thẩm mỹ vùng hàm mặt. Mục đích nhằm điều trị triệt để tổn thương, phòng ngừa tái phát, bảo tồn chức năng và đảm bảo thẩm mỹ cho người bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

U da lành tính vùng hàm mặt. U da hàm mặt gây đau, viêm, loét, chảy dịch hoặc ảnh hưởng thẩm mỹ. U da nghi ngờ biến chứng hoặc cần xác định mô bệnh học. Một số chỉ định khác theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị do Bộ Y tế ban hành.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Nhiễm trùng cấp tính vùng hàm mặt chưa được kiểm soát. Rối loạn đông máu nặng chưa được điều chỉnh. Người bệnh có tình trạng toàn thân nặng không đủ điều kiện thực hiện phẫu thuật.

4. THẬN TRỌNG

Thận trọng khi u nằm gần các nhánh thần kinh mặt, tuyến nước bọt hoặc ống tuyến. Đánh giá kỹ nguy cơ sẹo xấu và biến dạng thẩm mỹ sau phẫu thuật. Đảm bảo vô khuẩn tuyệt đối trong quá trình thực hiện.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Răng Hàm Mặt, Ngoại tạo hình hoặc Ngoại tổng quát. Điều dưỡng phụ phẫu thuật.

5.2. Thuốc

Thuốc gây tê tại chỗ. Thuốc sát khuẩn da. Thuốc giảm đau và kháng sinh theo chỉ định.

5.3. Vật tư

Bộ dụng cụ tiểu phẫu da. Dao mổ. Kéo phẫu thuật. Kẹp cầm máu. Chỉ khâu da thẩm mỹ phù hợp. Gạc vô khuẩn và băng che vết mổ.

5.4. Trang thiết bị

Bàn thủ thuật hoặc bàn mổ. Đèn thủ thuật. Máy hút dịch nếu cần.

5.5. Người bệnh

Thầy thuốc giải thích cho người bệnh và người nhà về mục đích, các bước tiến hành, nguy cơ, biến chứng có thể xảy ra và tiên lượng sau phẫu thuật. Người bệnh được vệ sinh sạch vùng hàm mặt và loại bỏ các yếu tố nguy cơ nhiễm trùng trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.6. Hồ sơ bệnh án

Thực hiện theo đúng quy định của Bộ Y tế.

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật

Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

Tại phòng mổ vô khuẩn hoặc phòng thủ thuật chuyên khoa Răng Hàm Mặt.

5.9. Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra đúng người bệnh, đúng chẩn đoán và đúng vị trí u. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật theo quy định. Đặt tư thế người bệnh phù hợp để bộc lộ rõ vùng hàm mặt cần phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Vô cảm và sát khuẩn

Gây tê tại chỗ vùng hàm mặt. Sát khuẩn rộng vùng phẫu thuật và trải khăn vô khuẩn.

6.2. Rạch da và bộc lộ tổn thương

Rạch da theo nếp da tự nhiên hoặc đường thẩm mỹ phù hợp với vùng hàm mặt. Bộc lộ rõ khối u da và ranh giới tổn thương.

6.3. Cắt bỏ u da

Cắt bỏ toàn bộ khối u da cùng rìa mô lành an toàn. Cầm máu kỹ trong quá trình phẫu thuật, hạn chế tổn thương mô lành và các cấu trúc lân cận.

6.4. Khâu đóng vết mổ

Khâu phục hồi các lớp mô theo giải phẫu. Khâu da bằng chỉ thẩm mỹ, đảm bảo kín, không căng và đạt yêu cầu thẩm mỹ vùng hàm mặt.

6.5. Kết thúc quy trình

Băng che vô khuẩn vết mổ. Đánh giá tình trạng người bệnh sau phẫu thuật. Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án và bàn giao người bệnh cho bộ phận theo dõi tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

Chảy máu hoặc tổn thương mô lân cận. Xử trí bằng cầm máu và khâu phục hồi kịp thời.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

Nhiễm trùng vết mổ, tụ máu hoặc phù nề vùng hàm mặt. Điều trị bằng kháng sinh, chăm sóc vết mổ và theo dõi sát.

7.3. Biến chứng muộn

Sẹo xấu, sẹo lồi hoặc tái phát u. Cần theo dõi lâu dài và can thiệp chỉnh hình khi cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2017). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa, lĩnh vực Răng Hàm Mặt và Ngoại tạo hình. Ban hành kèm theo Quyết định số 4480/QĐ-BYT ngày 18/8/2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

PHẪU THUẬT CẮT U PHẦN MỀM VÙNG CỔ DƯỚI 2 CM

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật cắt u phần mềm vùng cổ dưới 2 cm là kỹ thuật ngoại khoa nhằm loại bỏ các khối u phần mềm lành tính hoặc nghi ngờ lành tính khu trú tại vùng cổ. Nguyên lý của kỹ thuật là bóc lột tổn thương, cắt bỏ toàn bộ khối u cùng rìa mô lành an toàn và khâu phục hồi theo giải phẫu. Mục đích nhằm điều trị triệt để tổn thương, phòng ngừa tái phát, đồng thời bảo tồn chức năng và thẩm mỹ vùng cổ.

2. CHỈ ĐỊNH

U phần mềm vùng cổ có kích thước dưới 2 cm. U phần mềm vùng cổ gây đau, viêm, chèn ép nhẹ hoặc ảnh hưởng thẩm mỹ. U phần mềm nghi ngờ biến chứng hoặc cần xác định mô bệnh học. Một số chỉ định khác theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị do Bộ Y tế ban hành.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Nhiễm trùng cấp tính vùng cổ chưa được kiểm soát. Rối loạn đông máu nặng chưa được điều chỉnh. Người bệnh có tình trạng toàn thân nặng không đủ điều kiện thực hiện phẫu thuật.

4. THẬN TRỌNG

Thận trọng khi khối u nằm gần mạch máu lớn, thần kinh hoặc khí quản vùng cổ. Đánh giá kỹ nguy cơ chảy máu và tổn thương cấu trúc lân cận. Lựa chọn đường rạch da phù hợp để hạn chế sẹo xấu.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Ngoại, Tai Mũi Họng hoặc Ngoại tạo hình. Điều dưỡng phụ phẫu thuật.

5.2. Thuốc

Thuốc gây tê tại chỗ. Thuốc sát khuẩn da. Thuốc giảm đau và kháng sinh theo chỉ định.

5.3. Vật tư

Bộ dụng cụ tiểu phẫu phần mềm. Dao mổ. Kéo phẫu thuật. Kẹp cầm máu. Chỉ khâu mô và chỉ khâu da phù hợp. Gạc vô khuẩn và băng che vết mổ.

5.4. Trang thiết bị

Bàn thủ thuật hoặc bàn mổ. Đèn thủ thuật. Máy đốt điện hoặc máy hút dịch nếu cần.

5.5. Người bệnh

Thầy thuốc giải thích cho người bệnh và người nhà về mục đích, các bước tiến hành, nguy cơ, biến chứng có thể xảy ra và tiên lượng sau phẫu thuật. Người bệnh được vệ sinh sạch vùng cổ, loại bỏ các yếu tố nguy cơ nhiễm trùng trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.6. Hồ sơ bệnh án

Thực hiện theo đúng quy định của Bộ Y tế.

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật

Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

Tại phòng mổ vô khuẩn hoặc phòng thủ thuật chuyên khoa.

5.9. Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra đúng người bệnh, đúng chẩn đoán và đúng vị trí u. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật theo quy định. Đặt tư thế người bệnh phù hợp để bộc lộ rõ vùng cổ cần phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Vô cảm và sát khuẩn

Gây tê tại chỗ vùng cổ. Sát khuẩn rộng vùng phẫu thuật và trải khăn vô khuẩn.

6.2. Rạch da và bộc lộ tổn thương

Rạch da theo nếp da tự nhiên vùng cổ hoặc đường thẩm mỹ phù hợp. Bộc lộ rõ khối u phần mềm và ranh giới tổn thương.

6.3. Cắt bỏ u phần mềm

Cắt bỏ toàn bộ khối u cùng bao u nếu có. Cầm máu kỹ trong quá trình phẫu thuật, hạn chế tổn thương mô lành và các cấu trúc lân cận.

6.4. Khâu đóng vết mổ

Khâu phục hồi các lớp mô theo giải phẫu. Khâu da đảm bảo kín, không căng và đạt yêu cầu thẩm mỹ vùng cổ.

6.5. Kết thúc quy trình

Băng che vô khuẩn vết mổ. Đánh giá tình trạng người bệnh sau phẫu thuật. Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án và bàn giao người bệnh cho bộ phận theo dõi tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

Chảy máu do tổn thương mạch máu vùng cổ. Xử trí bằng cầm máu kịp thời và theo dõi sát.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

Tụ máu, nhiễm trùng vết mổ hoặc phù nề vùng cổ. Điều trị bằng băng ép, kháng sinh và can thiệp khi cần thiết.

7.3. Biến chứng muộn

Sẹo xấu, sẹo lồi hoặc tái phát u. Cần theo dõi lâu dài và điều trị chỉnh hình khi cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2017). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa, lĩnh vực Ngoại tổng quát và Tai Mũi Họng. Ban hành kèm theo Quyết định số 4480/QĐ-BYT ngày 18/8/2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

PHẪU THUẬT CẮT U MÁU NHỎ HƠN 2 CM VÙNG ĐẦU MẶT CỔ

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật cắt u máu nhỏ hơn 2 cm vùng đầu mặt cổ là kỹ thuật ngoại khoa nhằm loại bỏ các tổn thương u máu nông có kích thước nhỏ, khu trú tại vùng đầu mặt cổ. Nguyên lý của kỹ thuật là cắt bỏ hoàn toàn khối u máu, kiểm soát chảy máu tốt và khâu phục hồi mô theo giải phẫu và thẩm mỹ. Mục đích nhằm điều trị triệt để tổn thương, hạn chế biến chứng chảy máu và đảm bảo chức năng cũng như thẩm mỹ vùng đầu mặt cổ.

2. CHỈ ĐỊNH

U máu nông vùng đầu mặt cổ có kích thước nhỏ hơn 2 cm. U máu gây đau, chảy máu, loét hoặc viêm nhiễm tái diễn. U máu ảnh hưởng đến thẩm mỹ hoặc chức năng. U máu nghi ngờ biến chứng cần can thiệp phẫu thuật. Một số chỉ định khác theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị do Bộ Y tế ban hành.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Rối loạn đông máu nặng chưa được điều chỉnh. Nhiễm trùng cấp tính tại vùng phẫu thuật chưa được kiểm soát. Người bệnh có tình trạng toàn thân nặng không đủ điều kiện thực hiện phẫu thuật.

4. THẬN TRỌNG

Thận trọng với u máu nằm gần các mạch máu lớn, dây thần kinh hoặc các cơ quan quan trọng vùng đầu mặt cổ. Đánh giá kỹ nguy cơ chảy máu trong và sau phẫu thuật. Cân nhắc yếu tố thẩm mỹ khi lựa chọn đường rạch da.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Ngoại, Ngoại tạo hình hoặc Tai Mũi Họng. Điều dưỡng phụ phẫu thuật.

5.2. Thuốc

Thuốc gây tê tại chỗ. Thuốc sát khuẩn da. Thuốc giảm đau và kháng sinh theo chỉ định.

5.3. Vật tư

Bộ dụng cụ tiểu phẫu da. Dao mổ. Kéo phẫu thuật. Kẹp cầm máu. Chỉ khâu da thẩm mỹ. Gạc vô khuẩn và băng che vết mổ.

5.4. Trang thiết bị

Bàn thủ thuật hoặc bàn mổ. Đèn thủ thuật. Máy đốt điện hoặc máy hút dịch nếu cần.

5.5. Người bệnh

Thầy thuốc giải thích cho người bệnh và người nhà về mục đích, các bước tiến hành, nguy cơ chảy máu, biến chứng và tiên lượng sau phẫu thuật. Người bệnh được vệ sinh sạch vùng đầu mặt cổ, loại bỏ các yếu tố nguy cơ nhiễm trùng trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.6. Hồ sơ bệnh án

Thực hiện theo đúng quy định của Bộ Y tế.

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật

Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

Tại phòng mổ vô khuẩn hoặc phòng thủ thuật chuyên khoa.

5.9. Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra đúng người bệnh, đúng chẩn đoán và đúng vị trí u máu. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật theo quy định. Đặt tư thế người bệnh phù hợp để bộc lộ rõ vùng đầu mặt cổ cần phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Vô cảm và sát khuẩn

Gây tê tại chỗ vùng phẫu thuật. Sát khuẩn rộng vùng đầu mặt cổ và trải khăn vô khuẩn.

6.2. Rạch da và bộc lộ u máu

Rạch da theo nếp da tự nhiên hoặc đường thẩm mỹ phù hợp. Bộc lộ rõ khối u máu và ranh giới tổn thương.

6.3. Cắt bỏ u máu

Cắt bỏ toàn bộ khối u máu, kiểm soát chảy máu cẩn thận bằng buộc chỉ hoặc đốt điện. Hạn chế tối đa tổn thương mô lành xung quanh.

6.4. Khâu đóng vết mổ

Khâu phục hồi các lớp mô theo giải phẫu. Khâu da bằng chỉ thẩm mỹ, đảm bảo kín và đạt yêu cầu thẩm mỹ.

6.5. Kết thúc quy trình

Băng che vô khuẩn vết mổ. Đánh giá tình trạng người bệnh sau phẫu thuật. Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án và bàn giao người bệnh cho bộ phận theo dõi tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

Chảy máu nhiều trong quá trình phẫu thuật. Xử trí bằng cầm máu tích cực và theo dõi sát.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

Chảy máu thứ phát, tụ máu hoặc nhiễm trùng vết mổ. Điều trị bằng băng ép, kháng sinh và can thiệp khi cần thiết.

7.3. Biến chứng muộn

Sẹo xấu, sẹo lồi hoặc tái phát u máu. Theo dõi lâu dài và điều trị chỉnh hình khi cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2017). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa, lĩnh vực Ngoại tạo hình và
Tai Mũi Họng.
Ban hành kèm theo Quyết định số 4480/QĐ-BYT ngày 18/8/2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

PHẪU THUẬT CẮT U DA MẶT DƯỚI 2 CM

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật cắt u da mặt dưới 2 cm là kỹ thuật ngoại khoa nhằm loại bỏ các tổn thương u da lành tính hoặc nghi ngờ lành tính khu trú tại vùng mặt. Nguyên lý của kỹ thuật là cắt bỏ toàn bộ khối u cùng rìa mô lành an toàn, đồng thời khâu phục hồi theo nếp giải phẫu và thẩm mỹ vùng mặt. Mục đích nhằm điều trị triệt để tổn thương, phòng ngừa tái phát và đảm bảo chức năng cũng như thẩm mỹ cho người bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

U da lành tính vùng mặt có kích thước dưới 2 cm. U da mặt gây đau, viêm, loét, chảy dịch hoặc ảnh hưởng thẩm mỹ. U da mặt nghi ngờ ác tính cần cắt bỏ để làm mô bệnh học. Một số chỉ định khác theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị do Bộ Y tế ban hành.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Nhiễm trùng cấp tính vùng da mặt chưa được kiểm soát. Rối loạn đông máu nặng chưa được điều chỉnh. Người bệnh có tình trạng toàn thân nặng không đủ điều kiện thực hiện phẫu thuật.

4. THẬN TRỌNG

Thận trọng với các u nằm gần mắt, mũi, miệng hoặc đường đi của các nhánh thần kinh mặt. Đánh giá kỹ nguy cơ sẹo xấu và biến dạng thẩm mỹ sau phẫu thuật. Đảm bảo vô khuẩn tuyệt đối trong quá trình thực hiện.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Ngoại, Da liễu hoặc Ngoại tạo hình. Điều dưỡng phụ phẫu thuật.

5.2. Thuốc

Thuốc gây tê tại chỗ. Thuốc sát khuẩn da. Thuốc giảm đau và kháng sinh theo chỉ định.

5.3. Vật tư

Bộ dụng cụ tiểu phẫu da. Dao mổ. Kéo phẫu thuật. Kẹp cầm máu. Chỉ khâu da thẩm mỹ phù hợp. Gạc vô khuẩn và băng che vết mổ.

5.4. Trang thiết bị

Bàn thủ thuật hoặc bàn mổ. Đèn thủ thuật. Máy hút dịch nếu cần.

5.5. Người bệnh

Thầy thuốc giải thích cho người bệnh và người nhà về mục đích, các bước tiến hành, nguy cơ, biến chứng có thể xảy ra và tiên lượng sau phẫu thuật. Người bệnh được vệ sinh sạch vùng da mặt, loại bỏ mỹ phẩm và các yếu tố nguy cơ nhiễm trùng trước thủ thuật.

5.6. Hồ sơ bệnh án

Thực hiện theo đúng quy định của Bộ Y tế.

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật

Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

Tại phòng mổ vô khuẩn hoặc phòng thủ thuật chuyên khoa.

5.9. Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra đúng người bệnh, đúng chẩn đoán và đúng vị trí tổn thương. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật theo quy định. Đặt tư thế người bệnh phù hợp để bộc lộ rõ vùng mặt cần phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Vô cảm và sát khuẩn

Gây tê tại chỗ vùng da mặt. Sát khuẩn rộng vùng phẫu thuật và vùng lân cận, trải khăn vô khuẩn.

6.2. Rạch da và bộc lộ tổn thương

Rạch da quanh khối u theo hình thoi hoặc theo nếp căng da tự nhiên của vùng mặt. Bộc lộ rõ tổn thương và ranh giới u.

6.3. Cắt bỏ u da

Cắt bỏ toàn bộ khối u cùng rìa mô lành an toàn. Cầm máu kỹ trong quá trình phẫu thuật, hạn chế tối đa tổn thương mô lành.

6.4. Khâu đóng vết mổ

Khâu phục hồi các lớp mô theo giải phẫu. Khâu da bằng chỉ thẩm mỹ, đảm bảo kín, không căng và đạt yêu cầu thẩm mỹ.

6.5. Kết thúc quy trình

Che phủ vết mổ bằng gạc vô khuẩn. Đánh giá tình trạng người bệnh sau phẫu thuật. Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án và bàn giao người bệnh cho bộ phận theo dõi tiếp.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

Chảy máu tại chỗ hoặc tổn thương mô lân cận. Xử trí bằng cầm máu và khâu phục hồi kịp thời.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

Nhiễm trùng vết mổ, tụ máu, phù nề vùng mặt. Điều trị bằng kháng sinh, chăm sóc vết mổ và theo dõi sát.

7.3. Biến chứng muộn

Sẹo xấu, sẹo lồi hoặc tái phát u. Cần theo dõi lâu dài và can thiệp chỉnh hình khi cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2017). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa, lĩnh vực Ngoại tạo hình và Da liễu.
Ban hành kèm theo Quyết định số 4480/QĐ-BYT ngày 18/8/2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

PHẪU THUẬT CẮT BỎ U DA VÀNH TAI DƯỚI 2 CM

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật cắt bỏ u da vành tai dưới 2 cm là kỹ thuật ngoại khoa nhằm loại bỏ các khối u da lành tính hoặc nghi ngờ lành tính khu trú tại vùng vành tai. Nguyên lý của kỹ thuật là cắt bỏ toàn bộ tổn thương da cùng rìa mô lành an toàn, sau đó khâu phục hồi giải phẫu vành tai. Mục đích nhằm điều trị triệt để tổn thương, phòng ngừa tái phát và bảo tồn hình dạng, chức năng thẩm mỹ của tai.

2. CHỈ ĐỊNH

U da lành tính vùng vành tai có kích thước dưới 2 cm. U da vành tai gây đau, viêm, loét, chảy dịch hoặc ảnh hưởng thẩm mỹ. U da vành tai nghi ngờ ác tính cần cắt bỏ để làm mô bệnh học. Một số chỉ định khác theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị do Bộ Y tế ban hành.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Nhiễm trùng cấp tính vùng vành tai chưa được kiểm soát. Rối loạn đông máu nặng chưa được điều chỉnh. Người bệnh có tình trạng toàn thân nặng không đủ điều kiện thực hiện phẫu thuật.

4. THẬN TRỌNG

Thận trọng khi u nằm gần ống tai ngoài hoặc bờ tự do của vành tai. Đánh giá kỹ nguy cơ biến dạng vành tai sau phẫu thuật. Đảm bảo vô khuẩn tuyệt đối để tránh nhiễm trùng và viêm sụn tai thứ phát.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng hoặc Ngoại tạo hình. Điều dưỡng phụ phẫu thuật.

5.2. Thuốc

Thuốc gây tê tại chỗ. Thuốc sát khuẩn da. Thuốc giảm đau và kháng sinh theo chỉ định.

5.3. Vật tư

Bộ dụng cụ tiểu phẫu tai. Dao mổ. Kéo phẫu thuật. Kẹp cầm máu. Chỉ khâu da phù hợp. Gạc vô khuẩn và băng ép tai.

5.4. Trang thiết bị

Bàn thủ thuật hoặc bàn mổ. Đèn thủ thuật. Máy hút dịch nếu cần.

5.5. Người bệnh

Thầy thuốc giải thích cho người bệnh và người nhà về mục đích, các bước tiến hành, nguy cơ và biến chứng có thể xảy ra, tiên lượng sau phẫu thuật. Người bệnh được vệ sinh sạch vùng tai, loại bỏ các yếu tố nguy cơ nhiễm trùng và chuẩn bị đầy đủ điều kiện trước thủ thuật.

5.6. Hồ sơ bệnh án

Thực hiện theo đúng quy định của Bộ Y tế.

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật

Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

Tại phòng mổ vô khuẩn hoặc phòng thủ thuật chuyên khoa Tai Mũi Họng.

5.9. Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra đúng người bệnh, đúng chẩn đoán và đúng vị trí tổn thương. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật theo quy định. Đặt tư thế người bệnh phù hợp để bộc lộ rõ vùng vành tai cần phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Vô cảm và sát khuẩn

Gây tê tại chỗ vùng vành tai. Sát khuẩn rộng vùng tai và vùng lân cận, trải khăn vô khuẩn.

6.2. Rạch da và bộc lộ tổn thương

Rạch da quanh u theo hình thoi hoặc đường cong phù hợp với nếp vành tai, đảm bảo lấy trọn u cùng rìa mô lành an toàn. Bộc lộ rõ tổn thương.

6.3. Cắt bỏ u da

Cắt bỏ toàn bộ khối u da, hạn chế tối đa tổn thương mô lành và sụn bên dưới. Cầm máu kỹ trong quá trình phẫu thuật.

6.4. Khâu đóng vết mổ

Khâu phục hồi các lớp mô theo giải phẫu. Khâu da đảm bảo kín, không căng và giữ hình dạng tự nhiên của vành tai.

6.5. Kết thúc quy trình

Băng ép vô khuẩn vùng tai. Đánh giá tình trạng người bệnh sau phẫu thuật. Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án và bàn giao người bệnh cho bộ phận theo dõi tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

Chảy máu tại chỗ hoặc tổn thương mô xung quanh. Xử trí bằng cầm máu và khâu phục hồi kịp thời.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

Nhiễm trùng vết mổ, tụ máu vành tai. Điều trị bằng kháng sinh, băng ép hoặc dẫn lưu khi cần thiết.

7.3. Biến chứng muộn

Sẹo xấu, biến dạng vành tai hoặc tái phát u. Cần theo dõi và can thiệp chỉnh hình nếu cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2017). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa, lĩnh vực Tai Mũi Họng và Ngoại tạo hình.
Ban hành kèm theo Quyết định số 4480/QĐ-BYT ngày 18/8/2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

PHẪU THUẬT CẮT BỎ U SỤN VÀNH TAI DƯỚI 2 CM

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật cắt bỏ u sụn vành tai dưới 2 cm là kỹ thuật ngoại khoa nhằm loại bỏ các khối u lành tính hoặc nghi ngờ lành tính xuất phát từ sụn vành tai. Nguyên lý của kỹ thuật là bóc lột tổn thương, cắt bỏ trọn khối u cùng phần sụn liên quan và khâu phục hồi cấu trúc vành tai. Mục đích nhằm điều trị triệt để tổn thương, phòng ngừa biến chứng, bảo tồn hình dạng và chức năng thẩm mỹ của tai.

2. CHỈ ĐỊNH

U sụn lành tính vành tai có kích thước dưới 2 cm. U sụn vành tai gây đau, viêm, nhiễm trùng hoặc ảnh hưởng thẩm mỹ. U sụn vành tai nghi ngờ biến chứng hoặc cần sinh thiết xác định mô bệnh học. Một số chỉ định khác theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị do Bộ Y tế ban hành.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Nhiễm trùng cấp tính vùng tai chưa được kiểm soát. Rối loạn đông máu chưa được điều chỉnh. Người bệnh có tình trạng toàn thân nặng không đủ điều kiện thực hiện phẫu thuật.

4. THẬN TRỌNG

Thận trọng khi tổn thương nằm gần ống tai ngoài hoặc vùng bám của vành tai. Đánh giá kỹ nguy cơ biến dạng vành tai sau phẫu thuật. Đảm bảo vô khuẩn để hạn chế nguy cơ nhiễm trùng và viêm sụn tai.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng hoặc Ngoại tạo hình. Điều dưỡng phụ phẫu thuật.

5.2. Thuốc

Thuốc gây tê tại chỗ. Thuốc sát khuẩn. Thuốc giảm đau và kháng sinh theo chỉ định.

5.3. Vật tư

Bộ dụng cụ tiểu phẫu tai. Dao mổ. Kéo phẫu thuật. Kẹp cầm máu. Chỉ khâu da và chỉ khâu sụn phù hợp. Gạc vô khuẩn và băng ép tai.

5.4. Trang thiết bị

Bàn thủ thuật hoặc bàn mổ. Đèn thủ thuật. Máy hút dịch nếu cần.

5.5. Người bệnh

Thầy thuốc giải thích cho người bệnh và người nhà về mục đích, các bước tiến hành, nguy cơ, biến chứng có thể xảy ra và tiên lượng sau phẫu thuật. Người bệnh được vệ sinh sạch vùng tai, cạo lông nếu cần và chuẩn bị đầy đủ điều kiện trước thủ thuật.

5.6. Hồ sơ bệnh án

Thực hiện theo đúng quy định của Bộ Y tế.

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật

Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

Tại phòng mổ vô khuẩn hoặc phòng thủ thuật chuyên khoa Tai Mũi Họng.

5.9. Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra đúng người bệnh, đúng chẩn đoán và đúng vị trí tổn thương. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật. Đặt tư thế người bệnh phù hợp để bộc lộ rõ vành tai cần phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Vô cảm và sát khuẩn

Gây tê tại chỗ vùng vành tai. Sát khuẩn rộng vùng tai và trái khăn vô khuẩn.

6.2. Rửa da và bộc lộ tổn thương

Rửa da theo nếp tự nhiên của vành tai tại vị trí khối u. Bộc lộ rõ u sụn và mô xung quanh.

6.3. Cắt bỏ u sụn

Cắt trọn khối u cùng phần sụn tổn thương. Cầm máu kỹ trong quá trình phẫu thuật, hạn chế tổn thương mô lành.

6.4. Khâu phục hồi

Khâu phục hồi sụn nếu cần. Khâu đóng da đảm bảo kín, không căng và giữ hình dạng vành tai.

6.5. Kết thúc quy trình

Băng ép vô khuẩn vùng tai. Đánh giá tình trạng người bệnh sau phẫu thuật. Hoàn thiện hồ sơ bệnh án và bàn giao người bệnh theo dõi tiếp.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

Chảy máu tại chỗ hoặc tổn thương sụn lan rộng. Xử trí bằng cầm máu và khâu phục hồi kịp thời.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

Nhiễm trùng vết mổ, viêm sụn tai, tụ máu vành tai. Điều trị bằng kháng sinh, dẫn lưu hoặc can thiệp khi cần.

7.3. Biến chứng muộn

Biến dạng vành tai, sẹo xấu hoặc tái phát u. Cần theo dõi và can thiệp chỉnh hình khi cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2017). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa, lĩnh vực Tai Mũi Họng và Ngoại tạo hình.
Ban hành kèm theo Quyết định số 4480/QĐ-BYT ngày 18/8/2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

PHẪU THUẬT KHÂU ĐÓNG VẾT THƯƠNG DƯƠNG VẬT

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật khâu đóng vết thương dương vật là kỹ thuật ngoại khoa nhằm xử trí các vết thương phần mềm của dương vật do chấn thương hoặc sau can thiệp phẫu thuật. Nguyên lý của kỹ thuật là làm sạch, cắt lọc tổ chức dập nát và khâu phục hồi các lớp mô giải phẫu của dương vật. Mục đích nhằm cầm máu, phòng ngừa nhiễm trùng, bảo tồn chức năng sinh lý và đảm bảo hình thể dương vật.

2. CHỈ ĐỊNH

Vết thương dương vật do chấn thương hở, tai nạn sinh hoạt hoặc tai nạn lao động. Vết thương dương vật sau phẫu thuật cần khâu phục hồi. Vết thương phần mềm dương vật không có chỉ định cắt bỏ rộng hoặc tạo hình phức tạp. Một số chỉ định khác theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị do Bộ Y tế ban hành.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Nhiễm trùng lan rộng tại chỗ chưa được kiểm soát. Tổn thương dương vật phức tạp có kèm tổn thương niệu đạo hoặc thể hang cần xử trí chuyên sâu khác. Tình trạng toàn thân người bệnh không cho phép thực hiện phẫu thuật.

4. THẬN TRỌNG

Thận trọng khi xử trí các vết thương gần lỗ niệu đạo để tránh tổn thương niệu đạo. Đánh giá kỹ mức độ tổn thương thể hang và mạch máu dương vật. Đảm bảo vô khuẩn tuyệt đối trong quá trình phẫu thuật.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Ngoại hoặc Ngoại tiết niệu. Điều dưỡng phụ mổ.

5.2. Thuốc

Thuốc gây tê tại chỗ hoặc gây mê theo chỉ định. Thuốc sát khuẩn. Thuốc giảm đau, kháng sinh và thuốc cầm máu theo chỉ định.

5.3. Vật tư

Bộ dụng cụ phẫu thuật phần mềm. Chỉ khâu tự tiêu và không tiêu phù hợp. Gạc vô khuẩn. Băng vô khuẩn.

5.4. Trang thiết bị

Bàn mổ hoặc bàn thủ thuật. Đèn mổ. Máy hút dịch. Dao điện nếu cần.

5.5. Người bệnh

Thầy thuốc giải thích cho người bệnh và người nhà về mục đích, các bước tiến hành, nguy cơ, biến chứng có thể xảy ra và tiên lượng sau phẫu thuật. Người bệnh được vệ sinh sạch vùng sinh dục, nhịn ăn uống theo quy định nếu gây mê và được đánh giá đầy đủ điều kiện tiền phẫu.

5.6. Hồ sơ bệnh án

Thực hiện theo đúng quy định của Bộ Y tế.

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật

Theo thời gian thực tế thực hiện phẫu thuật.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

Tại phòng mổ vô khuẩn thuộc khoa Gây mê hồi sức hoặc phòng thủ thuật trong trường hợp đơn giản.

5.9. Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra đúng người bệnh, đúng chẩn đoán và đúng vị trí vết thương. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật theo quy định. Đặt tư thế người bệnh nằm ngửa, dương vật được cố định thuận lợi cho thao tác.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Vô cảm và sát khuẩn

Thực hiện gây tê hoặc gây mê theo chỉ định. Sát khuẩn rộng vùng dương vật và vùng lân cận, trải khăn vô khuẩn.

6.2. Xử trí vết thương

Làm sạch vết thương, lấy bỏ dị vật nếu có. Cắt lọc tổ chức dập nát, đánh giá mức độ tổn thương mô mềm và cầm máu kỹ.

6.3. Khâu đóng vết thương

Khâu phục hồi các lớp mô của dương vật theo đúng giải phẫu. Đảm bảo vết khâu không căng, không chèn ép mạch máu và niệu đạo.

6.4. Kết thúc quy trình

Băng vô khuẩn vết mổ. Đánh giá tình trạng người bệnh sau phẫu thuật. Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án và bàn giao người bệnh cho khoa điều trị tiếp tục theo dõi.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

Chảy máu do tổn thương mạch máu dương vật. Xử trí bằng cầm máu kịp thời.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

Phù nề, tụ máu hoặc nhiễm trùng vết mổ. Theo dõi, chăm sóc vết thương và điều trị theo chỉ định.

7.3. Biến chứng muộn

Sẹo xấu, cong dương vật hoặc rối loạn chức năng sinh lý. Cần theo dõi và can thiệp khi cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2017). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa, chuyên ngành Ngoại tiết niệu.

Ban hành kèm theo Quyết định số 4480/QĐ-BYT ngày 18/8/2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

QUY TRÌNH ĐẶT NỘI KHÍ QUẢN TRONG GÂY Mê (GÂY Mê 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 sĩ trong thực hành phải thuần thục kỹ thuật đặt nội khí quản. Có rất 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

2.1. Chỉ định rõ ràng

Bảo vệ đường thở khỏi bị nhiễm khuẩn từ thực quản khi gây mê

- Trào ngược dạ dày – thực quản
- Túi thừa cùng hầu
- Thoát vị hoành
- Phẫu thuật cấp cứu
- Thời gian nhịn ăn uống chưa đủ

Hạn chế tiếp cận bệnh nhân hoặc đường thở trong quá trình phẫu thuật

- Tư thế nằm sấp
- Phẫu thuật thần kinh
- Phẫu thuật mà đường thở bị chia sẻ (Phẫu thuật Tai mũi họng hoặc Răng hàm mặt)

Bảo vệ đường thở bệnh nhân suy giảm tri giác (điểm Glasgow <9)

Hồi sức ngừng tuần hoàn.

Tắc nghẽn đường thở không cải thiện khi thực hiện các thủ thuật thở đơn giản.

2.2. Các chỉ định tương đối

- Cần thiết cho thông khí áp lực dương ngắt quãng (như khi có suy hô hấp)
- Cần giãn cơ (như khi có phẫu thuật tại ổ bụng)
- Bỏng mặt và tổn thương do hít thở
- Béo phì

Chỉ định đặt nội khí quản qua đường mũi: Trong một số trường hợp đặt nội khí quản qua đường mũi được chọn lựa, đó là:

- ❖ Tránh trường phẫu thuật: với các phẫu thuật tai mũi họng, răng hàm mặt, đặc biệt là các phẫu thuật tại khoang miệng.
- ❖ Khó tiếp cận qua đường miệng: Chấn thương hàm mặt, vỡ xương hàm dưới, viêm dính khớp thái dương hàm hoặc cột sống cổ, cứng hàm, uốn ván, động kinh.
- ❖ Có nhu cầu thông khí kéo dài: đặt đường mũi có các ưu điểm là bệnh nhân đường thở thoải mái hơn, việc cố định cũng dễ hơn, ít có phản xạ nuốt và không có các nguy cơ liên quan tới cần ống nội khí quản.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người làm gây mê hồi sức chưa được đào tạo đầy đủ về đặt nội khí quản hoặc thiếu các phương tiện, dụng cụ thiết yếu.
- Tắc nghẽn đường thở do dị vật ở trên điểm ống sẽ đi qua.
- Thận trọng ở bệnh nhân chấn thương cột sống cổ (phải cố định cột sống cổ theo một đường thẳng để ngăn ngừa thêm tổn thương thê cột sống cổ hoặc tủy)

Chống chỉ định đặt đường mũi khi:

- ❖ Rối loạn đông máu
- ❖ Vỡ nền sọ, dò dịch não tủy
- ❖ Bệnh lý tại mũi: chảy máu mũi, Polyp mũi, vẹo vách ngăn, lỗ mũi hẹp và nhiễm trùng tại mũi, viêm xoang mũi mãn tính.

IV. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

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

4.2. Dụng cụ

- Dụng cụ, thuốc gây tê tại chỗ: Lidocain 2%, bơm tiêm 5ml
- Găng, mũ, khẩu trang
- Máy theo dõi SpO₂
- Đèn soi thanh quản lưỡi thẳng và cong
- Kẹp Magill
- Thuốc tiền mê: Midazolam
- Thuốc mê tĩnh mạch: Propofol, Etomidat, Ketamin...
- Thuốc giãn cơ: Rocuronium, Suxamethylcholin, Atracium...
- 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 10 tuổi	6,5
Trẻ 6 tuổi	5,5
Trẻ 4 tuổi	5
Trẻ 1 tuổi	4

Trẻ 3 tháng	3,5
Trẻ sơ sinh	3

4.3. Người bệnh

- Giải thích về kỹ thuật để gia đình người bệnh yên tâm, hợp tác
- Đo các chức năng sống (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, SpO2)
- Đặt người bệnh ở tư thế thích hợp, nằm ngửa, cho thở oxy 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.
- Mặc máy theo dõi, hút đờm, dịch dạ dày.

4.4. 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

5.1. Đặt NKQ đường miệng

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

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

5.1.3. Thực hiện kỹ thuật

5.1.3.1. Cho người bệnh thở oxy hoặc bóp bóng qua mặt nạ

5.1.3.2. Khởi mê

- Thuốc ngủ: thuốc mê tĩnh mạch (Propofol, Etomidat, Ketamin...), thuốc mê bốc hơi (Sevofluran...)
- Thuốc giảm đau: Fentanyl, Sufentanil, Morphin...
- Thuốc giãn cơ (nếu cần): Succinylcholin, Rocuronium, Vecuronium...
- Điều kiện đặt ống nội khí quản: người bệnh ngủ sâu, đủ độ giãn cơ (trong đa số các trường hợp)

5.1.3.3. Làm nghiệm pháp Sellick, bảo vệ tránh trào ngược nếu khởi mê nhanh trong trường hợp dạ dày đầy

5.1.3.4. Bộc lộ thanh môn

Tay trái:

- Cầm đèn soi thanh quản, luồn lưỡi đèn vào miệng gạt từ phải qua trái
- Nâng đèn bộc lộ thanh môn và nắp thanh môn
- Đưa đầu lưỡi đèn sát gốc nắp thanh môn đèn lưỡi cong
- Hoặc đè lên nắp thanh môn đối với đèn lưỡi thẳng
- Nâng đèn bộc lộ rõ thanh môn không lấy cung răng hàm trên để làm điểm tựa

5.1.3.5 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, pank Magill, dây dẫn...
 - ❖ Qua thanh môn đẩy ống vào sâu thêm 3 – 5 cm

5.1.3.6 Kiểm tra ống

- Đầu NKQ nằm ở 1/3 giữa 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 EtCO₂ khí thở ra
 - ❖ Xquang ngực...

5.1.3.7 Cố định ống

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

5.1.4 Đặt nội khí quản qua đường mũi

5.1.4.1 Cho người bệnh thở oxy hoặc bóp bóng qua mặt nạ

- **Khởi mê**
 - Thuốc ngủ: thuốc mê tĩnh mạch (Propofol, Etomidat, Ketamin...), thuốc mê bốc hơi (Sevofluran...)
 - Thuốc giảm đau: Fentanyl, Sufentanil, Morphin...
 - Thuốc giãn cơ (nếu cần): Succinylcholin, Rocuronium, Vecuronium...
 - Điều kiện đặt ống nội khí quản: người bệnh ngủ sâu, đủ độ giãn cơ (trong đa số các trường hợp)
- **Làm nghiệm pháp Sellick, bảo vệ tránh trào ngược nếu khởi mê nhanh trong trường hợp dạ dày đầy**
- **Kỹ thuật:**
 - Chọn bên mũi thông và nhỏ thuốc co mạch cuốn mũi (Naphazolin, Otrivine...)
 - Chọn cỡ ống NKQ nhỏ hơn so với đường miệng. Luồn ống NKQ đã được bôi trơn bằng Lidocain qua lỗ mũi
 - Mở miệng, đưa đèn soi thanh quản vào bên phải miệng, gạt lưỡi sang bên trái, đẩy đèn sâu, phối hợp với tay phải đè sụn giáp nhấn tìm nắp thanh môn và lỗ thanh môn.
 - Trường hợp thuận lợi: luồn ống NKQ nhẹ nhàng qua lỗ thanh môn, dừng lại khi bóng của ống NKQ đi qua dây thanh âm 2 – 3 cm. Dùng kìm Magill hướng đầu ống NKQ vào đúng lỗ thanh môn; người phụ đẩy ống NKQ từ bên ngoài vào trong trường hợp khó.
 - Rút đèn soi thanh quản nhẹ nhàng.
 - Bơm bóng NKQ.

- Kiểm tra vị trí đúng của ống NKQ bằng nghe phổi và kết quả EtCO₂
- Cố định ống bằng băng dính.

Trong trường hợp đặt NKQ khó: áp dụng quy trình đặt ống nội khí quản khó.

Duy trì mê:

- Duy trì mê bằng thuốc mê tĩnh mạch hoặc thuốc mê bốc hơi, thuốc giảm đau, thuốc giãn cơ (nếu cần).
- Kiểm soát hô hấp bằng máy hoặc bóp tay.

VI. THEO DÕI

- Theo độ sâu của gây mê dựa vào nhịp tim, huyết áp, vã mồ hôi, chảy nước mắt (PRST); MAC, BIS và Entropy (nếu có)...
- Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn: nhịp tim, huyết áp, SpO₂, EtCO₂, thân nhiệt.
- Đề phòng ống NKQ sai vị trí, gập, tắc.

Tiêu chuẩn rút ống nội khí quản

- Người bệnh tỉnh, làm theo lệnh.
- Nâng đầu trên 5 giây, TOF >0,9 (nếu có)
- Tự thở đều, tần số thở trong giới hạn bình thường.
- Mạch, huyết áp ổn định.
- Thân nhiệt > 35°C
- Không có biến chứng của gây mê và phẫu thuật.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

7.1 Trào ngược dịch dạ dày vào đường thở

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

Xử trí:

- Hút sạch ngay dịch, nằm đầu thấp, nghiêng đầu sang bên.
- Đặt nhanh ống nội khí quản và hút sạch dịch trong đường thở
- Theo dõi và đề phòng nhiễm trùng phổi sau mổ

7.2. Rối loạn huyết động

- Hạ hoặc tăng huyết áp, rối loạn nhịp tim (nhịp chậm, nhịp nhanh, loạn nhịp)
- Xử trí tùy theo triệu chứng và nguyên nhân

7.3. Tai biến do đặt nội khí quản

- Không đặt được ống nội khí quản
- ❖ Xử lý theo qui trình đặt ống nội khí quản khó hoặc chuyển phương pháp vô cảm khác.
 - Đặt nhầm vào dạ dày
 - ❖ Nghe phổi không có rì rào phế nang, không đo được EtCO₂.
 - ❖ Đặt lại ống nội khí quản.
- Co thắt thanh – khí – phế quản

- ❖ Khó hoặc không thể thông khí, nghe phổi có ran rít hoặc phổi câm.
- ❖ Cung cấp Oxy đầy đủ, thêm thuốc ngủ và giãn cơ, đảm bảo thông khí và cho các thuốc giãn phế quản và corticoid.

- Chấn thương khi đặt ống

- ❖ Chảy máu, gãy răng, tổn thương dây thanh âm, rơi dị vật vào đường thở...

Xử trí tùy theo tổn thương.

7.4. Các biến chứng về hô hấp

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

7.5. Biến chứng sau rút ống nội khí quản

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

Xử trí triệu chứng và theo nguyên nhân

VIII. GHI CHÉP HỒ SƠ

- Ghi đầy đủ thuốc, liều dùng, thời gian.
- Thông số monitor, diễn biến trong và sau gây mê.
- Ký xác nhận của bác sĩ gây mê hồi sức.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Michael Dunham C; Robert D. Barraco et al – Guidelines for emergency tracheal intubation immediately following trauma injury.

2. Christopher Kabrhel, Todd W. Thomsen, Gary S. Setnik, Ron M. Walls (2007) – Orotracheal Intubation – N Engl J Med 365; 17.

3. Nguyễn Hữu Tú (2014) – Gây mê hồi sức (giáo trình dành cho đào tạo sau đại học), Nhà xuất bản Y học.

QUY TRÌNH GÂY Mê BẰNG DỤNG CỤ KIỂM SOÁT ĐƯỜNG THỞ TRÊN NẮP THANH MÔN

I. ĐẠI CƯƠNG

Gây mê bằng dụng cụ kiểm soát đường thở trên nắp thanh môn là phương pháp gây mê toàn thân sử dụng các dụng cụ đặt trên thanh môn nhằm duy trì thông khí và oxy hóa mà không cần đặt nội khí quản. Các dụng cụ thường dùng gồm mask thanh quản (LMA), i-gel và các thiết bị tương đương.

II. CHỈ ĐỊNH

- Phẫu thuật hoặc thủ thuật ngắn và trung bình.
- Phẫu thuật không yêu cầu giãn cơ sâu hoặc kiểm soát đường thở tuyệt đối.
- Người bệnh nguy cơ hít sặc thấp.
- Thủ thuật chẩn đoán hoặc can thiệp không xâm lấn đường thở.
- Thay thế tạm thời đặt nội khí quản trong một số trường hợp đường thở khó.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối.
- Chống chỉ định tương đối:
 - ❖ Người bệnh nguy cơ hít sặc cao (dạ dày đầy, trào ngược nặng).
 - ❖ Phẫu thuật vùng bụng, ngực cần áp lực đường thở cao.
 - ❖ Hạn chế há miệng, dị dạng vùng hầu họng nặng.
 - ❖ Bệnh nhân béo phì, thai phụ cuối thai kỳ (cần nhắc).

IV. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Bác sĩ gây mê hồi sức được đào tạo về kiểm soát đường thở.
- Điều dưỡng gây mê hỗ trợ.

4.2. Phương tiện, trang thiết bị

- Monitor theo dõi: mạch, huyết áp, SpO₂, ECG, EtCO₂ (nếu có).
- Oxy trung tâm hoặc bình oxy.
- Bóng Ambu, mask mặt.
- Máy hút đờm.

- Dụng cụ kiểm soát đường thở trên nắp thanh môn (LMA, i-gel...) các cỡ.
- Phương tiện xử trí đường thở khó và đặt nội khí quản dự phòng.

4.3. Thuốc

- Thuốc tiền mê (midazolam, atropin... tùy chỉ định).
- Thuốc mê tĩnh mạch: propofol, thiopental, etomidate.
- Thuốc giảm đau: fentanyl, morphin, sufentanil.
- Thuốc giãn cơ: thường không cần, chỉ sử dụng khi có chỉ định.
- Thuốc cấp cứu: adrenalin, atropin, ephedrin, thuốc vận mạch.

4.4. Người bệnh

- Giải thích phương pháp gây mê, ký cam kết.
- Nhịn ăn uống đúng quy định.
- Đánh giá trước mê: ASA, nguy cơ hít sặc, đường thở.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Trước gây mê

- Kiểm tra hồ sơ, người bệnh, phương tiện và thuốc.
- Đặt đường truyền tĩnh mạch đảm bảo.
- Theo dõi các thông số sinh tồn ban đầu.
- Thở oxy trước mê 3–5 phút.

5.2. Khởi mê

- Tiêm thuốc tiền mê khi cần.
- Tiêm thuốc giảm đau.
- Tiêm thuốc mê tĩnh mạch đến khi người bệnh mất ý thức, mất phản xạ bảo vệ đường thở.

5.3. Đặt dụng cụ kiểm soát đường thở trên nắp thanh môn

- Chọn cỡ dụng cụ phù hợp với cân nặng người bệnh.
- Bôi trơn dụng cụ (nếu cần).
- Đặt dụng cụ theo đúng kỹ thuật.
- Bơm cuff (đối với LMA có cuff) với áp lực phù hợp.
- Kiểm tra hiệu quả thông khí: quan sát lồng ngực, nghe phổi, SpO₂, EtCO₂.
- Cố định dụng cụ chắc chắn.

5.4. Duy trì mê

- Duy trì mê bằng thuốc mê tĩnh mạch hoặc mê hô hấp.
- Thông khí tự nhiên hoặc hỗ trợ tùy tình trạng.
- Theo dõi liên tục mạch, huyết áp, SpO_2 , $EtCO_2$.

5.5. Kết thúc gây mê

- Ngừng thuốc mê khi kết thúc phẫu thuật.
- Thở oxy hỗ trợ.
- Rút dụng cụ khi người bệnh tỉnh, tự thở tốt và có phản xạ bảo vệ đường thở.
- Chuyển người bệnh về phòng hồi tỉnh.

VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC SAU GÂY Mê

- Theo dõi tại phòng hồi tỉnh: tri giác, hô hấp, tuần hoàn.
- Phát hiện sớm các biến chứng: đau họng, khàn tiếng, suy hô hấp.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Thông khí không hiệu quả → chỉnh lại vị trí, đổi cỡ hoặc chuyển đặt nội khí quản.
- Trào ngược, hít sặc → hút đờm, oxy, đặt nội khí quản khi cần.
- Co thắt thanh quản → oxy 100%, thuốc giãn phế quản, giãn cơ nếu cần.
- Tụt huyết áp, rối loạn nhịp → xử trí theo nguyên nhân.

VIII. GHI CHÉP HỒ SƠ

- Ghi đầy đủ loại dụng cụ, cỡ, số lần đặt.
- Ghi thuốc, liều lượng, diễn biến trong và sau gây mê.
- Ký xác nhận bác sĩ gây mê hồi sức.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trường Đại học Y Hà Nội.** *Giáo trình Gây mê Hồi sức.* Nhà xuất bản Y học.
2. **American Society of Anesthesiologists (ASA).** *Practice Guidelines for Management of the Difficult Airway.*
3. **World Federation of Societies of Anaesthesiologists (WFSA).** *Supraglottic Airway Devices in Anaesthesia – Clinical Update.*

QUY TRÌNH GÂY Mê ĐƯỜNG TĨNH MẠCH

I. ĐẠI CƯƠNG

Gây mê đường tĩnh mạch là phương pháp gây mê toàn thân sử dụng các thuốc mê, giảm đau, an thần và/hoặc giãn cơ đưa trực tiếp vào đường tĩnh mạch nhằm làm mất ý thức, mất cảm giác đau và ức chế phản xạ trong quá trình phẫu thuật hoặc thủ

thuật. Phương pháp này có thể được sử dụng đơn thuần hoặc phối hợp với các phương pháp kiểm soát đường thở phù hợp.

II. CHỈ ĐỊNH

- Phẫu thuật hoặc thủ thuật ngắn, trung bình.
- Phẫu thuật không yêu cầu đặt nội khí quản hoặc kiểm soát đường thở xâm lấn.
- Thủ thuật chẩn đoán, can thiệp (nội soi, nắn chỉnh, tiểu phẫu).
- Người bệnh không dung nạp hoặc chống chỉ định với thuốc mê hô hấp.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối.
- Chống chỉ định tương đối:
 - Người bệnh có nguy cơ tắc nghẽn đường thở cao.
 - Bệnh nhân suy hô hấp, suy tuần hoàn chưa được hồi sức ổn định.
 - Thiếu phương tiện theo dõi và cấp cứu hồi sức.

IV. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Bác sĩ gây mê hồi sức được đào tạo và có chứng chỉ phù hợp.
- Điều dưỡng gây mê hỗ trợ.

4.2. Phương tiện, trang thiết bị

- Monitor theo dõi: mạch, huyết áp, SpO₂, ECG, nhịp thở (EtCO₂ nếu có).
- Oxy trung tâm hoặc bình oxy.
- Bóng Ambu, mask, canuyn miệng – hầu.
- Máy hút đờm.
- Phương tiện xử trí đường thở khó và cấp cứu hồi sức.

4.3. Thuốc

- Thuốc tiền mê (midazolam, atropin... tùy chỉ định).
- Thuốc mê tĩnh mạch: propofol, thiopental, etomidate, ketamine.
- Thuốc giảm đau: fentanyl, morphin, sufentanil.
- Thuốc giãn cơ (khi cần): rocuronium, succinylcholin.
- Thuốc cấp cứu: adrenalin, atropin, ephedrin, thuốc vận mạch.

4.4. Người bệnh

- Giải thích phương pháp gây mê, ký cam kết.
- Nhịn ăn uống theo quy định.
- Đánh giá trước mê: ASA, bệnh lý phối hợp, nguy cơ đường thở.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Trước gây mê

- Kiểm tra đúng người bệnh, đúng chỉ định.
- Kiểm tra đầy đủ phương tiện, thuốc.
- Đặt ít nhất một đường truyền tĩnh mạch đảm bảo.
- Theo dõi các thông số sinh tồn ban đầu.
- Thở oxy trước mê 3–5 phút.

5.2. Khởi mê đường tĩnh mạch

- Tiêm thuốc tiền mê khi cần.
- Tiêm thuốc giảm đau tĩnh mạch.
- Tiêm thuốc mê tĩnh mạch theo liều phù hợp.
- Đánh giá mức độ mất ý thức, hô hấp và huyết động.

5.3. Duy trì mê

- Duy trì mê bằng truyền liên tục hoặc tiêm nhắc thuốc mê tĩnh mạch.
- Phối hợp thuốc giảm đau ± giãn cơ nếu cần.
- Hỗ trợ hoặc kiểm soát hô hấp bằng mask, bóng Ambu hoặc phương tiện khác khi cần.
- Theo dõi liên tục mạch, huyết áp, SpO₂, nhịp thở.

5.4. Kết thúc gây mê

- Ngừng thuốc mê khi kết thúc phẫu thuật/thủ thuật.
- Thở oxy hỗ trợ.
- Theo dõi hồi tỉnh: tri giác, hô hấp, tuần hoàn.
- Chuyển người bệnh về phòng hồi tỉnh khi ổn định.

VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC SAU GÂY Mê

- Theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở, SpO₂.
- Đánh giá mức độ tỉnh táo, đau, buồn nôn/nôn.
- Phát hiện sớm và xử trí kịp thời các biến chứng.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Suy hô hấp, ngừng thở → hỗ trợ thông khí, oxy, đặt nội khí quản khi cần.
- Tụt huyết áp → bù dịch, thuốc vận mạch.
- Dị ứng, phản vệ → xử trí theo phác đồ phản vệ của Bộ Y tế.
- Buồn nôn, nôn → thuốc chống nôn, theo dõi hít sặc.

VIII. GHI CHÉP HỒ SƠ

- Ghi đầy đủ thuốc, liều lượng, thời gian sử dụng.
- Theo dõi diễn biến trong và sau gây mê.
- Ký xác nhận bác sĩ gây mê hồi sức.

- TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Hữu Tú (2014) – Gây mê hồi sức (giáo trình dành cho đào tạo sau đại học), Nhà xuất bản Y học.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT GÂY Mê HỒ HẤP

I. ĐẠI CƯƠNG

Gây mê hồ hấp là kỹ thuật gây mê toàn thân kèm kiểm soát đường thở và thông khí bằng phương tiện hồ hấp (máy thở), đảm bảo oxy hóa và thẩm thấu khí cho bệnh nhân trong quá trình phẫu thuật/ thủ thuật.

II. CHỈ ĐỊNH

- Phẫu thuật lớn, phức tạp, kéo dài.
- Phẫu thuật vùng ngực/ bụng/ lồng ngực.
- Cần kiểm soát hoàn toàn đường thở.
- Người bệnh có rối loạn ý thức, không hợp tác.
- Cấp cứu đường thở.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối;
- Chống chỉ định tương đối tùy tình trạng hô hấp/t tuần hoàn chưa ổn định.

IV. CHUẨN BỊ

4.1. Nhân sự

- Bác sĩ gây mê hồi sức có chứng chỉ.
- Điều dưỡng gây mê trợ giúp.

4.2. Trang thiết bị

- Máy gây mê có hệ thống thở.
- Monitor mạch, huyết áp, SpO₂, ECG, EtCO₂.

- Ống nội khí quản, các cỡ; thanh nẹp, lưỡi soi.
- Dụng cụ hỗ trợ đường thở khó (SAD, bougie, kit đường thở khó).
- Thùng dụng cụ cấp cứu.

4.3. Thuốc

- Thuốc tiền mê, thuốc mê khởi mê: propofol/etomidate/thiopental.
- Thuốc giảm đau: fentanyl, sufentanil.
- Thuốc giãn cơ: suxamethonium, rocuronium.
- Thuốc duy trì mê (khí mê/thuốc mê tĩnh mạch).
- Thuốc cấp cứu (adrenalin, atropin, thuốc vận mạch).

4.4. Bệnh nhân

- Nhịn ăn/ uống đúng quy định.
- Đánh giá trước mê: ASA, đường thở, bệnh phổi hợp.
- Giải thích, ký cam kết gây mê.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Trước gây mê

- Xác định đúng bệnh nhân – phẫu thuật – phẫu thuật viên.
- Kiểm tra thiết bị, oxy, thuốc, monitor.
- Đặt đường truyền tĩnh mạch.
- Theo dõi sinh hiệu ban đầu; thở oxy 3–5 phút.

5.2. Khởi mê

- Tiêm thuốc tiền mê (nếu cần).
- Tiêm thuốc khởi mê tĩnh mạch.
- Tiêm thuốc giãn cơ theo chỉ định.
- Hỗ trợ thở bằng mask/ball nếu cần.

5.3. Kiểm soát đường thở và đặt nội khí quản

- Đặt bệnh nhân tư thế sniffing.
- Sử dụng soi thanh quản đặt ống nội khí quản (ETT).
- Bơm cuff, cố định ống.
- Xác định vị trí đúng bằng nghe phổi, EtCO₂, SpO₂.

5.4. Duy trì mê – hô hấp

- Duy trì mê bằng khí hoặc tĩnh mạch.
- Máy thở: điều chỉnh theo tình trạng bệnh nhân/phẫu thuật.
- Theo dõi mạch, huyết áp, SpO₂, EtCO₂ liên tục.

- Điều chỉnh thuốc giãn cơ khi cần.

5.5. Kết thúc gây mê

- Giảm/ ngừng thuốc mê khi phẫu thuật hoàn tất.
- Hút đờm dãi, hỗ trợ thông khí.
- Rút ống nội khí quản khi bệnh nhân tỉnh, tự thở tốt, đáp ứng phản xạ bảo vệ đường thở.
- Chuyển người bệnh đến phòng hồi tỉnh.

VI. THEO DÕI – CHĂM SÓC SAU GÂY Mê

- Theo dõi mạch, huyết áp, SpO₂, nhịp thở tại phòng hồi tỉnh.
- Đánh giá đau, buồn nôn, nôn.
- Phát hiện sớm các biến chứng: suy hô hấp, tụt huyết áp, rối loạn nhịp.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- **Đặt ống thất bại/ đường thở khó:** xử trí theo phác đồ đường thở khó, SAD/ ống dẫn dòng.
- **Hạ oxy:** đánh giá vị trí ống, thông khí, tăng O₂.
- **Hạ huyết áp:** bù dịch/ thuốc vận mạch.
- **Loạn nhịp:** xử trí theo ACLS.
- **Co thắt phế quản:** giãn phế quản, oxy

VIII. GHI CHÉP HỒ SƠ

- Ghi đầy đủ loại dụng cụ, cỡ, số lần đặt.
- Ghi thuốc, liều lượng, diễn biến trong và sau gây mê.
- Ký xác nhận bác sĩ gây mê hồi sức.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1.Trường Đại học Y Hà Nội. *Giáo trình Gây mê Hồi sức*. Nhà xuất bản Y học.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT GÂY Mê QUÁ MỞ KHÍ QUẢN

I. ĐẠI CƯƠNG

Gây mê qua mở khí quản là phương pháp gây mê toàn thân trong đó **đường thở được kiểm soát bằng ống mở khí quản** (đã có sẵn hoặc mở mới), nhằm đảm bảo thông khí, oxy hóa và duy trì mê an toàn cho người bệnh trong phẫu thuật hoặc can thiệp thủ thuật. Phương pháp này thường áp dụng cho các trường hợp **không thể hoặc không nên đặt nội khí quản qua đường tự nhiên**, hoặc người bệnh đã có mở khí quản từ trước.

II. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh đã có **mở khí quản** cần phẫu thuật dưới gây mê toàn thân.
- Phẫu thuật vùng đầu – cổ, hàm mặt, thanh quản không thể đặt nội khí quản đường miệng/mũi.
- Người bệnh có nguy cơ cao tắc nghẽn đường thở trên.
- Hồi sức người bệnh nặng cần kiểm soát đường thở lâu dài qua mở khí quản.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Chống chỉ định tuyệt đối

- Không có đường mở khí quản thông suốt và không thể thiết lập đường thở thay thế an toàn.
- **Chống chỉ định tương đối**
- Nhiễm trùng nặng vùng mở khí quản chưa được kiểm soát.
- Rối loạn đông máu chưa điều chỉnh.
- Tình trạng huyết động không ổn định chưa được hồi sức.

IV. THẬN TRỌNG

- Người bệnh có bệnh lý tim mạch, hô hấp nặng.
- Nguy cơ tụt huyết áp do thuốc mê.
- Nguy cơ tuột ống, tắc ống mở khí quản trong quá trình gây mê.
- Theo dõi chặt chẽ SpO₂, EtCO₂, huyết động.

V. CHUẨN BỊ

5.1. Nhân lực

- Bác sĩ gây mê hồi sức được đào tạo chuyên ngành.
- Điều dưỡng gây mê.

5.2. Phương tiện, trang thiết bị

- Máy gây mê có hệ thống thở phù hợp với ống mở khí quản.
- Monitor theo dõi: ECG, SpO₂, huyết áp không xâm lấn/xâm lấn, EtCO₂.
- Bóng Ambu, oxy, máy hút.
- Ống mở khí quản dự phòng (cùng cỡ và cỡ nhỏ hơn).
- Dụng cụ cố định ống mở khí quản.

5.3. Thuốc

- Thuốc khởi mê: propofol, etomidate hoặc thuốc tương đương.
- Thuốc giảm đau: opioid (fentanyl, morphin...).
- Thuốc giãn cơ (nếu cần): rocuronium, atracurium...
- Thuốc duy trì mê: thuốc mê hô hấp hoặc thuốc mê tĩnh mạch.
- Thuốc cấp cứu: adrenalin, atropin, ephedrin, noradrenalin.

5.4. Người bệnh

- Nhịn ăn theo quy định.
- Giải thích thủ thuật (nếu tỉnh).
- Đặt đường truyền tĩnh mạch, đánh giá tiền mê đầy đủ.

VI. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Kiểm tra trước gây mê

- Xác nhận danh tính, chỉ định phẫu thuật.
- Đánh giá đường thở qua mở khí quản.
- Kiểm tra máy gây mê, hệ thống thở, oxy, hút.
- Gắn monitor theo dõi.

6.2. Gây mê

- Cho người bệnh thở oxy 100% qua ống mở khí quản.
- Khởi mê bằng thuốc tĩnh mạch.
- Giảm đau và giãn cơ (nếu có chỉ định).
- Kết nối ống mở khí quản với hệ thống thở của máy gây mê.
- Duy trì mê bằng thuốc mê hô hấp hoặc mê tĩnh mạch theo phác đồ.

6.3. Duy trì mê

- Điều chỉnh độ mê, thông khí, oxy hóa phù hợp.
- Theo dõi liên tục mạch, huyết áp, SpO₂, EtCO₂.
- Đảm bảo ống mở khí quản luôn thông suốt và cố định chắc chắn.

6.4. Kết thúc gây mê

- Giảm dần thuốc mê.
- Hút sạch đờm dãi qua ống mở khí quản.
- Đánh giá tri giác, hô hấp, huyết động.
- Chuyển người bệnh về hồi tỉnh hoặc hồi sức.

VII. THEO DÕI

- Theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở, SpO₂.
- Theo dõi tình trạng ống mở khí quản: tuột ống, tắc ống, chảy máu.
- Đánh giá đau, tri giác, biến chứng hô hấp sau mê.

VIII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

8.1. Tắc ống mở khí quản

- Hút đờm dãi.
- Thay ống mở khí quản nếu cần.

8.2. Tuột ống mở khí quản

- Thiết lập lại đường thở ngay.
- Thông khí hỗ trợ, đặt lại ống.

8.3. Suy hô hấp

- Thông khí hỗ trợ, điều chỉnh máy thở.
- Đánh giá nguyên nhân và xử trí kịp thời.

8.4. Rối loạn huyết động

- Điều chỉnh thuốc mê.
- Dùng thuốc vận mạch theo chỉ định.

IX. GHI CHÉP HỒ SƠ

- Ghi đầy đủ loại dụng cụ, cỡ, số lần đặt.
- Ghi thuốc, liều lượng, diễn biến trong và sau gây mê.
- Ký xác nhận bác sĩ gây mê hồi sức.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2016). Quyết định số 782/QĐ-BYT về hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Gây mê hồi sức.

2. **Trường Đại học Y Hà Nội.** *Giáo trình Gây mê Hồi sức.* Nhà xuất bản Y học.
3. Miller RD. Miller's Anesthesia. Elsevier.
4. Morgan & Mikhail. Clinical Anesthesiology. McGraw-Hill.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN ĐƯỜNG TĨNH MẠCH

I. ĐẠI CƯƠNG

An thần đường tĩnh mạch là phương pháp sử dụng thuốc an thần qua đường tĩnh mạch nhằm làm giảm lo âu, căng thẳng, giúp người bệnh hợp tác khi thực hiện các thủ thuật hoặc phẫu thuật nhỏ, trong khi **người bệnh vẫn tự thở và duy trì phản xạ bảo vệ đường thở.**

Mức độ an thần có thể từ nhẹ đến vừa, không thay thế cho gây mê toàn thân.

II. CHỈ ĐỊNH

- Thủ thuật chẩn đoán hoặc điều trị gây lo lắng, đau nhẹ đến trung bình.
- Phẫu thuật nhỏ không cần gây mê toàn thân.
- Người bệnh lo âu, sợ hãi nhưng còn khả năng hợp tác.
- Hỗ trợ vô cảm phối hợp với gây tê tại chỗ hoặc gây tê vùng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Chống chỉ định tuyệt đối

- Dị ứng với thuốc an thần dự kiến sử dụng.
- Suy hô hấp nặng chưa được kiểm soát.
- Không có điều kiện theo dõi và cấp cứu đường thở.

Chống chỉ định tương đối

- Người bệnh béo phì, hội chứng ngưng thở khi ngủ.
- Suy gan, suy thận nặng.
- Người bệnh không nhịn ăn theo quy định.
- Người bệnh không hợp tác.

IV. THẬN TRỌNG

- Nguy cơ suy hô hấp, tụt huyết áp do thuốc.
- Nguy cơ an thần quá mức chuyển sang gây mê.
- Cần theo dõi sát SpO₂, nhịp thở, huyết động.
- Luôn sẵn sàng phương tiện kiểm soát đường thở.

V. CHUẨN BỊ

5.1. Nhân lực

- Bác sĩ gây mê hồi sức hoặc bác sĩ được đào tạo về an thần.
- Điều dưỡng gây mê hồi sức theo dõi.

5.2. Phương tiện, trang thiết bị

- Monitor theo dõi: mạch, huyết áp, SpO₂, nhịp thở.
- Oxy, bóng Ambu, máy hút.
- Phương tiện cấp cứu đường thở.

5.3. Thuốc

- Thuốc an thần: midazolam, propofol liều an thần hoặc thuốc tương đương.
- Thuốc giảm đau (nếu cần): fentanyl, morphin liều thấp.
- Thuốc cấp cứu: adrenalin, atropin, flumazenil (nếu dùng benzodiazepine).

5.4. Người bệnh

- Nhịn ăn theo quy định.
- Đánh giá tiền an thần.
- Đặt đường truyền tĩnh mạch.
- Giải thích thủ thuật (nếu tỉnh).

VI. CÁC BƯỚC TIỀN HÀNH

6.1. Trước an thần

- Kiểm tra hồ sơ, chỉ định.
- Đánh giá đường thở, hô hấp, tuần hoàn.
- Gắn monitor theo dõi.
- Cho thở oxy nếu cần.

6.2. Thực hiện an thần

- Tiêm thuốc an thần tĩnh mạch **từ từ, tăng liều từng bước.**
- Đánh giá mức độ an thần thường xuyên.
- Duy trì người bệnh tự thở, đáp ứng khi gọi.
- Phối hợp giảm đau nếu cần.

6.3. Trong quá trình an thần

- Theo dõi liên tục mạch, huyết áp, SpO₂, nhịp thở.
- Phát hiện sớm dấu hiệu suy hô hấp hoặc tụt huyết áp.
- Điều chỉnh liều thuốc phù hợp.

6.4. Kết thúc an thần

- Ngừng thuốc an thần.
- Theo dõi người bệnh đến khi tỉnh táo.
- Đánh giá khả năng tự thở, huyết động ổn định.
- Chuyển về buồng theo dõi hoặc hồi tỉnh.

VII. THEO DÕI

- Theo dõi tri giác, nhịp thở, SpO₂, huyết áp.
- Theo dõi tác dụng phụ của thuốc.
- Đảm bảo người bệnh tỉnh hoàn toàn trước khi rời khu vực thủ thuật.

VIII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

8.1. Suy hô hấp

- Ngừng thuốc an thần.
- Thở oxy, hỗ trợ thông khí bằng bóng Ambu.

- Đặt đường thở nâng cao nếu cần.

8.2. Tụt huyết áp

- Ngừng hoặc giảm liều thuốc.
- Truyền dịch, dùng thuốc vận mạch nếu cần.

8.3. An thần quá mức

- Ngừng thuốc.
- Theo dõi sát.
- Dùng thuốc đối kháng (nếu có chỉ định).

IX. GHI CHÉP HỒ SƠ

9.1. Trước an thần

- Phiếu đánh giá tiền an thần.
- Chỉ định thủ thuật, phương pháp an thần.

9.2. Trong an thần

- Phiếu theo dõi an thần ghi rõ:
 - ❖ Thời gian bắt đầu – kết thúc an thần.
 - ❖ Thuốc, liều lượng, đường dùng.
 - ❖ Mạch, huyết áp, SpO₂, nhịp thở.
 - ❖ Diễn biến và tai biến (nếu có).

9.3. Sau an thần

- Tình trạng tri giác, hô hấp, huyết động.
- Ký xác nhận bác sĩ và điều dưỡng.

9.4. Lưu trữ

- Lưu trong bệnh án theo quy định của Bộ Y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trường Đại học Y Hà Nội. Giáo trình Gây mê Hồi sức. Nhà xuất bản Y học.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN ĐƯỜNG HÔ HẤP

I. ĐẠI CƯƠNG

An thần đường hô hấp là phương pháp sử dụng **thuốc an thần dạng khí hoặc hơi** qua đường hô hấp nhằm làm giảm lo âu, căng thẳng cho người bệnh trong quá trình thực hiện thủ thuật hoặc phẫu thuật nhỏ, trong khi **người bệnh vẫn tự thở và duy trì phản xạ bảo vệ đường thở**.

Phương pháp thường sử dụng các thuốc an thần hô hấp nồng độ thấp, không gây mê toàn thân.

II. CHỈ ĐỊNH

- Thủ thuật chẩn đoán hoặc điều trị gây lo lắng, đau nhẹ.
- Phẫu thuật nhỏ không cần gây mê toàn thân.
- Người bệnh sợ hãi, lo âu nhưng còn hợp tác.
- Phối hợp với gây tê tại chỗ hoặc gây tê vùng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Chống chỉ định tuyệt đối

- Dị ứng hoặc chống chỉ định với thuốc an thần hô hấp.
- Suy hô hấp nặng chưa kiểm soát.
- Không có điều kiện theo dõi và cấp cứu đường thở.

Chống chỉ định tương đối

- Người bệnh không hợp tác, kích thích.
- Tắc nghẽn đường thở trên.
- Người bệnh không nhịn ăn theo quy định.
- Bệnh lý hô hấp mạn tính nặng.

IV. THẬN TRỌNG

- Nguy cơ suy hô hấp khi an thần quá mức.
- Nguy cơ chuyển từ an thần sang gây mê.
- Cần theo dõi liên tục SpO₂, nhịp thở.
- Luôn sẵn sàng phương tiện kiểm soát đường thở.

V. CHUẨN BỊ

1. Nhân lực

- Bác sĩ gây mê hồi sức hoặc bác sĩ được đào tạo về an thần.
- Điều dưỡng theo dõi.

2. Phương tiện, trang thiết bị

- Máy gây mê hoặc thiết bị cung cấp thuốc an thần hô hấp.
- Monitor theo dõi: mạch, huyết áp, SpO₂, nhịp thở.
- Oxy, bóng Ambu, máy hút.
- Phương tiện cấp cứu đường thở.

3. Thuốc

- Thuốc an thần đường hô hấp (ví dụ: sevoflurane, nitrous oxide nồng độ an thần).
- Oxy y tế.
- Thuốc cấp cứu: adrenalin, atropin.

4. Người bệnh

- Nhịn ăn theo quy định.
- Đánh giá tiền an thần.
- Giải thích thủ thuật (nếu tỉnh).

VI. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Trước an thần

- Kiểm tra hồ sơ, chỉ định.
- Đánh giá hô hấp, tuần hoàn, đường thở.
- Gắn monitor theo dõi.
- Cho người bệnh thở oxy trước thủ thuật.

2. Thực hiện an thần

- Cung cấp thuốc an thần qua đường hô hấp **với nồng độ thấp, tăng dần.**
- Theo dõi mức độ an thần.
- Đảm bảo người bệnh tự thở, còn đáp ứng khi gọi.

3. Trong quá trình an thần

- Theo dõi liên tục mạch, huyết áp, SpO₂, nhịp thở.
- Điều chỉnh nồng độ thuốc phù hợp.
- Phát hiện sớm dấu hiệu suy hô hấp.

4. Kết thúc an thần

- Ngừng thuốc an thần.
- Cho người bệnh thở oxy 100%.
- Theo dõi đến khi tỉnh táo hoàn toàn.
- Chuyển người bệnh về buồng theo dõi hoặc hồi tỉnh.

VII. THEO DÕI

- Theo dõi tri giác, nhịp thở, SpO₂, huyết áp.
- Đảm bảo người bệnh tỉnh hoàn toàn trước khi rời khu vực thủ thuật.

VIII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Suy hô hấp

- Ngừng thuốc an thần.
- Thở oxy, hỗ trợ thông khí.
- Đặt đường thở nâng cao nếu cần.

2. An thần quá mức

- Ngừng thuốc.
- Theo dõi sát.
- Hỗ trợ hô hấp.

3. Buồn nôn, nôn

- Ngừng thuốc.
- Hút đờm dãi, chống hít sặc.

IX. GHI CHÉP HỒ SƠ

1. Trước an thần

- Phiếu đánh giá tiền an thần.
- Chỉ định an thần đường hô hấp.

2. Trong an thần

- Phiếu theo dõi an thần ghi rõ:
 - o Thời gian bắt đầu – kết thúc.
 - o Loại thuốc, nồng độ sử dụng.
 - o Mạch, huyết áp, SpO₂, nhịp thở.
 - o Diễn biến và tai biến (nếu có).

3. Sau an thần

- Tình trạng tri giác, hô hấp, huyết động.
- Ký xác nhận bác sĩ và điều dưỡng.

4. Lưu trữ

- Lưu hồ sơ trong bệnh án theo quy định hiện hành.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trường Đại học Y Hà Nội.** *Giáo trình Gây mê Hồi sức.* Nhà xuất bản Y học.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT GÂY TÊ NGOÀI MÀNG CỨNG

I. Đại cương

Gây tê ngoài màng cứng là kỹ thuật đưa thuốc tê vào khoang ngoài màng cứng làm phong bế các rễ thần kinh tủy sống, từ đó gây tê các vùng ở ngoại biên do các thần kinh này chi phối.

Kỹ thuật gây tê ngoài màng cứng còn để giảm đau trong và sau mổ ngày càng được áp dụng chỉ định rộng rãi.

II. Chỉ định

- Phẫu thuật mở ngực
- Phẫu thuật mở bụng với đường mổ là đường giữa
- Các phẫu thuật chi dưới: Phẫu thuật thay khớp háng, thay khớp gối, gãy liên mấu chuyên, gãy 2 xương cẳng chân,...
- Phẫu thuật mổ mở cắt tử cung, cắt u xơ tử cung, mổ lấy thai,...

III. Chống chỉ định

- Bệnh nhân không đồng ý
- Rối loạn đông máu hoặc đang sử dụng thuốc chống đông
- Nhiễm trùng vùng da đặt catheter
- Suy gan, suy thận nặng
- Bệnh lý thần kinh, tăng áp lực nội sọ
- Hẹp khít van động mạch chủ, van 2 lá
- Bất thường về cột sống

IV. THẬN TRỌNG

- Nguy cơ tụt huyết áp.
- Chọc nhầm khoang dưới nhện.
- Ngộ độc thuốc tê toàn thân.
- Cần theo dõi sát huyết động.

V. Chuẩn bị

5.1 Người thực hiện kỹ thuật: bác sĩ, điều dưỡng viên chuyên khoa gây mê hồi sức

5.1.1 Phương tiện:

5.1.2 Phương tiện cấp cứu và theo dõi

- Phương tiện hồi sức: nguồn oxy, bóng ambu, mask, các phương tiện đặt nội khí quản, máy mê, máy thở, máy sốc điện, máy hút,...
- Thuốc hồi sức tuần hoàn: dịch truyền, thuốc: Adrenalin, Ephedrin,...
- Thuốc chống co giật: họ barbituric, benzodiazepin, giãn cơ,...
- Phương tiện theo dõi thường quy: điện tim, huyết áp, bão hòa oxy, nhịp thở,...

5.1.3 Phương tiện và dụng cụ thuốc tê

- Bơm tiêm các cỡ, 2 đôi găng tay vô khuẩn, găng sạch, gạc vô trùng, dung dịch betadin, kim gây tê
- Bộ gây tê ngoài màng cứng
- Bộ gây tê đã hấp sấy được bọc bằng toan bao gồm: Khay tê, khay hạt đậu, bát sát khuẩn, phanh sát khuẩn
- Thuốc: Levobupivacain, Anaropin, Lidocain,... phối hợp với Adrenalin,.. Liều dùng dựa vào trọng lượng và thể trạng của người bệnh. Giảm liều đối với người 60 tuổi, thiếu máu, có thai.

5.1.4 Chuẩn bị người bệnh

- Thăm khám trước mổ, giải thích cho người bệnh cùng hợp tác khi gây tê
- Vệ sinh vùng gây tê
- Kiểm tra hồ sơ bệnh án Theo quy định của Bộ Y tế

VI. Các bước tiến hành

6.1 Kiểm tra hồ sơ

6.2 Kiểm tra người bệnh

6.2.1 Thực hiện kỹ thuật

6.2.1.1 Chuẩn bị:

- Lắp monitoring theo dõi: huyết áp, nhịp tim, tần số thở, bão hòa Oxy
- Tư thế: người bệnh nằm nghiêng, co 2 chân gập sát đầu gối chạm bụng, đầu cúi cằm chạm ngực

- Người thực hiện: đội mũ, đeo khẩu trang, rửa tay, đi găng vô khuẩn
- Sát trùng vùng chọc kim bằng betadin 3 lần

6.2.1.2 Tiến hành:

- Xác định vị trí khe đốt sống cần chọc kim touhy
- Vừa dò kim vừa bơm nước tới khi mất sức cản, chứng tỏ kim đã vào khoang ngoài màng cứng
- Luồn catheter và rút kim, điều chỉnh độ dài cần thiết của catheter
- Lắp đầu nối vào dây và bơm thuốc test bao gồm Lidocain 2% phối hợp Adrenalin, thuốc tê vào máu khi mạch tăng 10 chu kì/phút và huyết áp tăng 20%
- Đuổi khí bầu lọc khí, lắp vào catheter và cố định trên lưng bệnh nhân
- Chạy thuốc giảm đau đã pha bào gồm thuốc tê, fentanyl tốc độ 4-8ml/h tùy vào loại thuốc và mức độ chịu đau của người bệnh
- Lưu catheter và chạy thuốc trong vòng 2-3 ngày

VII. Theo dõi

- Các dấu hiệu sinh tồn: tri giác, nhịp tim, điện tim, huyết áp, độ bão hòa Oxy
- Mức độ giảm đau
- Tác dụng không mong muốn của gây tê.

VIII. Tai biến và xử trí

8.1 Tai biến do thuốc và xử trí

8.1.1 Dị ứng, sốc phản vệ với thuốc tê: ít gặp với các thuốc tê thể hệ mới.

Xử trí: Dừng sử dụng thuốc tê, thực hiện phác đồ chống sốc phản vệ theo Bộ Y tế

8.1.2 Ngộ độc thuốc tê: do tiêm nhầm vào mạch máu

Xử trí: dừng sử dụng thuốc tê, chống co giật, cấp cứu hồi sức hô hấp, tuần hoàn, truyền Intralipid khi bị ngộ độc thuốc tê nhóm Bupivacain và Ropivacain

8.1.3 Đau đầu khi ngồi dậy: do thủng màng cứng

Xử trí: Điều trị bằng cafein, paracetamol nếu không đỡ chuyển qua vá máu màng cứng ngay sau 48h sau thủng.

8.1.4 Buồn nôn: tăng nhu động ruột do tác dụng phụ của thuốc giảm đau

Xử trí: giảm liều và dùng thuốc chống nôn

IX . GHI CHÉP HỒ SƠ

9.1. Trước gây tê

- Phiếu đánh giá tiền gây tê.
- Chỉ định gây tê ngoài màng cứng.

9.2. Trong gây tê

- Phiếu theo dõi gây tê ghi rõ:
 - ❖ Thời gian thực hiện.
 - ❖ Vị trí chọc kim.
 - ❖ Loại thuốc tê, liều lượng.

- ❖ Có/không đặt catheter.
- ❖ Bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.
- ❖ Diễn biến và tai biến (nếu có).

9.3. Sau gây tê

- Tình trạng tri giác, huyết động.
- Mức độ giảm đau.
- Ký xác nhận bác sĩ và điều dưỡng.

9.4. Lưu trữ

- Lưu trong bệnh án theo quy định hiện hành.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1.Nguyễn Hữu Tú (2014) – Gây mê hồi sức (giáo trình dành cho đào tạo sau đại học), *Gây tê ngoài màng cứng*, Nhà xuất bản Y học, tr 311-324.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT GÂY TÊ TỦY SỐNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Gây tê tủy sống là phương pháp vô cảm vùng bằng cách **tiêm thuốc tê vào khoang dưới nhện** của ống sống, làm mất cảm giác và vận động tạm thời vùng cơ thể tương ứng với mức phong bế thần kinh, trong khi người bệnh vẫn tỉnh và tự thở.

II. CHỈ ĐỊNH

- Phẫu thuật vùng bụng dưới, tầng sinh môn, chi dưới.
- Phẫu thuật tiết niệu, sản khoa, trực tràng.
- Người bệnh có chỉ định vô cảm vùng, không cần gây mê toàn thân.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- **Chống chỉ định tuyệt đối**
 - ❖ Người bệnh từ chối thực hiện.
 - ❖ Rối loạn đông máu hoặc đang dùng thuốc chống đông chưa được kiểm soát.
 - ❖ Nhiễm trùng vùng chọc kim hoặc nhiễm trùng toàn thân.
 - ❖ Sốc, tụt huyết áp chưa hồi sức.
 - ❖ Dị ứng với thuốc tê sử dụng.
- **Chống chỉ định tương đối**
 - ❖ Biến dạng cột sống.
 - ❖ Bệnh lý thần kinh trung ương.

- ❖ Tăng áp lực nội sọ.
- ❖ Thai phụ có nguy cơ tụt huyết áp cao.

IV. THẬN TRỌNG

- ❖ Nguy cơ tụt huyết áp, nhịp tim chậm.
- ❖ Phong bế tủy sống cao gây suy hô hấp.
- ❖ Đau đầu sau chọc dò.
- ❖ Cần theo dõi sát huyết động.

V. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện kỹ thuật: bác sĩ, điều dưỡng viên chuyên khoa gây mê hồi sức.

5.2. Phương tiện:

5.2.1. Phương tiện cấp cứu và theo dõi

- Phương tiện hồi sức: nguồn oxy, bóng Ambu, mask, các phương tiện đặt nội khí quản, máy mê kèm thở, máy sốc điện, máy hút...
- Thuốc hồi sức tuần hoàn: dịch truyền, thuốc: ephedrin, adrenalin...
- Thuốc chống co giật: họ barbituric, benzodiazepin, giãn cơ, intralipid 10-20%...
- Phương tiện theo dõi thường quy: điện tim, huyết áp, bão hòa oxy, nhịp thở...

5.2.2. Phương tiện, dụng cụ gây tê và thuốc tê

- Bơm kim tiêm các cỡ, găng tay, gạc vô trùng, pince, cồn sát trùng, khăn lỗ vô trùng, kim gây tê tủy sống các cỡ...
- Thuốc tê: bupivacain, levobupivacain, ropivacain... có thể phối hợp với thuốc họ morphin (morphin từ 100-300 mcg; fentanyl 25-50 mcg, sulfentanil 2,5-5 mcg...). Liều dùng dựa vào trọng lượng, chiều cao và thể trạng của cơ thể người bệnh: bupivacain liều từ 3-12mg; levobupivacain từ 5-12mg; ropivacain liều từ 5-20mg; giảm liều đối với người > 60 tuổi, thiếu máu, có thai.

5.3. Chuẩn bị người bệnh

- Thăm khám trước mổ, giải thích cho người bệnh cùng hợp tác khi gây tê.
- Vệ sinh vùng gây tê.
- Cho người bệnh an thần tối hôm trước mổ (nếu cần).

5.4. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

- Theo qui định của Bộ y tế

VI. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Kiểm tra hồ sơ

6.2. Kiểm tra người bệnh

6.3. Thực hiện kỹ thuật

6.3.1. Kỹ thuật gây tê tủy sống

- Dự phòng hạ huyết áp: đặt đường truyền tĩnh mạch có hiệu quả và bù dịch từ 5-10 ml/kg (đối với người lớn).
- Tư thế: Thường có 2 tư thế:
 - ❖ Tư thế ngồi: người bệnh ngồi cong lưng, đầu cúi, cầm tù vào ngực, chân duỗi trên mặt bàn mổ hoặc bàn chân đặt trên ghế.
 - ❖ Tư thế nằm: người bệnh nằm nghiêng cong lưng, hai đầu gối áp sát vào bụng cầm tù vào ngực.
- Người thực hiện: đội mũ, đeo khẩu trang, rửa tay, mặc áo, đi găng vô khuẩn.
- Sát trùng vùng chọc kim 3 lần bằng dung dịch sát trùng và phủ khăn lố vô trùng.
- Kỹ thuật gây tê tuỷ sống: đường giữa hoặc đường bên.
- ❖ Đường giữa: chọc vào khe giữa 2 đốt sống, vị trí chọc thông thường L3-L4 hoặc L4-L5.
- ❖ Đường bên: chọc cách đường giữa 1-2cm, hướng kim vào đường giữa, lên trên, ra trước.
- ❖ Hướng mặt vát của kim gây tê song song với cột sống người bệnh.
- ❖ Chọc kim cho đến khi đạt được cảm giác mất sức cản do kim đi qua màng cứng.
- ❖ Kiểm tra nếu có dịch não tuỷ chảy ra, quay mũi vát của kim về phía đầu người bệnh và bơm thuốc tê

VII. THEO DÕI

- Các dấu hiệu sinh tồn: tri giác, nhịp tim, điện tim, huyết áp động mạch, độ bão hòa oxy mao mạch.
- Mức độ phong bế cảm giác và vận động
- Các tác dụng không mong muốn của gây tê tuỷ sống.
- Tiêu chuẩn chuyển người bệnh khỏi phòng Hồi tỉnh: không có rối loạn về huyết động và hô hấp; phục hồi hoàn toàn vận động, mức phong bế cảm giác dưới T12 (dưới nếp bẹn).

VIII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Tai biến do thuốc và xử trí

Dị ứng, sốc phản vệ với thuốc tê: ít gặp với các thuốc tê thế hệ mới.

Xử trí: dừng sử dụng thuốc tê; sử dụng phác đồ chống sốc phản vệ theo Bộ y tế

- Ngộ độc thuốc tê: do tiêm nhầm vào mạch máu.

Xử trí: dừng sử dụng thuốc tê, chống co giật, cấp cứu hồi sức hô hấp, tuần hoàn,

IX. GHI CHÉP HỒ SƠ

9.1. Trước gây tê

- Phiếu đánh giá tiền gây tê.
- Chỉ định gây tê tuỷ sống.

9.2. Trong gây tê

- Phiếu theo dõi gây tê ghi rõ:

- ❖ Thời gian thực hiện.
- ❖ Vị trí chọc kim.
- ❖ Loại thuốc tê, liều lượng.
- ❖ Mức phong bế đạt được.
- ❖ Diễn biến và tai biến (nếu có).

9.3. Sau gây tê

- Tình trạng tri giác, huyết động.
- Mức độ hồi phục vận động, cảm giác.
- Ký xác nhận bác sĩ và điều dưỡng.

9.4. Lưu trữ

- Lưu trong bệnh án theo quy định.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trường Đại học Y Hà Nội.** *Giáo trình Gây mê Hồi sức.* Nhà xuất bản Y học.
2. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Qui trình gây mê hồi sức (Ban hành kèm theo Quyết định số 782/QĐ-BYT ngày 4 tháng 3 năm 2016 của Bộ trưởng Bộ Y Tế).

QUY TRÌNH KỸ THUẬT GÂY TÊ TẠI CHỖ

I. ĐẠI CƯƠNG

Gây tê tại chỗ là phương pháp vô cảm bằng cách **đưa thuốc tê trực tiếp vào mô tại vị trí cần can thiệp**, nhằm làm mất cảm giác đau tại vùng được gây tê, trong khi **người bệnh hoàn toàn tỉnh, tự thở và duy trì phản xạ bảo vệ đường thở**.

Phương pháp thường áp dụng cho các thủ thuật và phẫu thuật nhỏ.

II. CHỈ ĐỊNH

- Thủ thuật, phẫu thuật nhỏ tại da và mô dưới da.
- Khâu vết thương, cắt u nhỏ, dẫn lưu áp xe nông.
- Can thiệp chẩn đoán ít xâm lấn.
- Người bệnh không có chỉ định hoặc không cần gây mê/gây tê vùng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Chống chỉ định tuyệt đối

- Dị ứng với thuốc tê sử dụng.
- Nhiễm trùng lan tỏa tại vùng dự kiến gây tê.

Chống chỉ định tương đối

- Rối loạn đông máu.
- Người bệnh không hợp tác.
- Vùng gây tê có tổn thương giải phẫu phức tạp.

IV. THẬN TRỌNG

- Nguy cơ ngộ độc thuốc tê nếu dùng quá liều.
- Tránh tiêm thuốc tê vào mạch máu.
- Theo dõi dấu hiệu dị ứng, sốc phản vệ.
- Tuân thủ liều tối đa thuốc tê.

V. CHUẨN BỊ

5.1. Nhân lực

- Bác sĩ thực hiện thủ thuật.
- Điều dưỡng hỗ trợ.

5.2. Phương tiện, trang thiết bị

- Monitor theo dõi khi cần: mạch, huyết áp, SpO₂.
- Bộ dụng cụ vô khuẩn.
- Oxy, phương tiện cấp cứu.

5.3. Thuốc

- **Thuốc tê: Lidocain không pha adrenalin Liều tối đa: 4,5 mg/kg . Tổng liều tối đa: 300 mg. Lidocain có pha adrenalin Liều tối đa: 7 mg/kg. Tổng liều tối đa: 500 mg**
- Có thể phối hợp thuốc co mạch (nếu không chống chỉ định).
- Thuốc cấp cứu: adrenalin, thuốc kháng histamine, corticosteroid.

5.4. Người bệnh

- Giải thích thủ thuật.
 - Đánh giá tiền sử dị ứng.
 - Chuẩn bị vùng can thiệp vô khuẩn.
- VI. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Trước gây tê

- Kiểm tra hồ sơ, chỉ định.
- Đánh giá vùng gây tê.
- Giải thích lại thủ thuật cho người bệnh.

6.2. Thực hiện gây tê

- Sát khuẩn vùng gây tê, trải khăn vô khuẩn.
- Tiêm thuốc tê từng lớp từ nông đến sâu.
- Hút kiểm tra trước khi tiêm để tránh vào mạch máu.
- Đợi thuốc tê có tác dụng.

6.3. Kiểm tra hiệu quả

- Kiểm tra cảm giác đau tại vùng gây tê.
- Bổ sung thuốc tê nếu cần (không vượt liều tối đa).

VII. THEO DÕI

- Theo dõi mạch, huyết áp, tri giác trong và sau thủ thuật.
- Phát hiện sớm dấu hiệu ngộ độc thuốc tê hoặc phản vệ.

VIII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

8.1. Ngộ độc thuốc tê

- Ngừng tiêm thuốc.
- Cấp cứu theo phác đồ ngộ độc thuốc tê.

8.2. Dị ứng, sốc phản vệ

- Xử trí theo phác đồ phản vệ của Bộ Y tế.

8.3. Chảy máu, tụ máu tại chỗ tiêm

- Ép cầm máu, theo dõi.

IX. GHI CHÉP HỒ SƠ

9.1. Trước gây tê

- Chỉ định gây tê tại chỗ.
- Tiền sử dị ứng thuốc.

9.2. Trong gây tê

- Ghi rõ:
 - ❖ Vị trí gây tê.
 - ❖ Loại thuốc tê, nồng độ, liều lượng.
 - ❖ Thời gian thực hiện.
 - ❖ Bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.
 - ❖ Diễn biến và tai biến (nếu có).

9.3. Sau gây tê

- Tình trạng người bệnh sau thủ thuật.
- Ký xác nhận bác sĩ và điều dưỡng.

9.4. Lưu trữ

- Lưu trong bệnh án theo quy định hiện hành.
TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trường Đại học Y Hà Nội.** *Giáo trình Gây mê Hồi sức.* Nhà xuất bản Y học.
2. **Bộ Y tế (2016).** Quyết định số **782/QĐ-BYT** – Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Gây mê hồi sức.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT PHONG BÉ THẦN KINH CHI TRÊN

I. ĐẠI CƯƠNG

Gây tê đám rối thần kinh chi trên (phong bế thần kinh chi trên) là kỹ thuật gây tê vùng được thực hiện bằng cách đưa thuốc tê hoặc hỗn hợp thuốc tê vào bao đám rối thần kinh cánh tay. Dựa vào đặc điểm về giải phẫu, đường đi và liên quan có một số đường đi chính để gây tê đám rối thần kinh cánh tay:

- Đường giữa các cơ bậc thang
- Đường trên xương đòn
- Đường nách
- Đường dưới xương đòn
- Đường cạnh sống

II. CHỈ ĐỊNH

- Vô cảm để phẫu thuật ở chi trên, xương đòn.
- Vô cảm để nắn sai khớp chi trên.
- Giảm đau sau mổ chi trên.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Chống chỉ định tuyệt đối:
 - ❖ Người bệnh từ chối
 - ❖ Dị ứng thuốc tê
 - ❖ Viêm nhiễm vùng chọc kim gây tê
 - ❖ Rối loạn đông máu nặng
 - ❖ Không đủ phương tiện hồi sức
 - ❖ Không thành thạo kỹ thuật
- Chống chỉ định tương đối:
 - ❖ Bệnh phổi nặng (đối với phong bế liên cơ bậc thang)
 - ❖ Tổn thương thần kinh chi trên từ trước
 - ❖ Người bệnh không hợp tác

IV. CÁC KỸ THUẬT PHONG BẾ CHI TRÊN THƯỜNG DÙNG

- Phong bế liên cơ bậc thang
- Phong bế trên đòn
- Phong bế dưới đòn
- Phong bế nách

(Lựa chọn kỹ thuật tùy vị trí phẫu thuật)

V. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện kỹ thuật: bác sĩ, điều dưỡng viên chuyên khoa gây mê hồi sức.

5.2. Phương tiện:

5.2.1. Phương tiện cấp cứu và theo dõi

- Phương tiện hồi sức: nguồn oxy, bóng Ambu, mask, các phương tiện đặt nội khí quản, máy mê kèm thở, máy sốc điện, máy hút...
- Thuốc hồi sức tuần hoàn: dịch truyền, thuốc: ephedrin, adrenalin...
- Thuốc chống co giật: họ barbituric, benzodiazepin, giãn cơ, intralipid 10-20%...
- Phương tiện theo dõi thường quy: điện tim, huyết áp, bão hòa oxy, nhịp thở...

5.2.2. Phương tiện, dụng cụ gây tê và thuốc tê

- Bơm kim tiêm các cỡ, găng tay, gạc vô trùng, pince, cùn sát trùng, khăn lố vô trùng...
- Máy kích thích thần kinh ngoại vi, kim gây tê chuyên dụng, catheter (nếu cần gây tê kéo dài), máy siêu âm (nếu có)
- Thuốc tê: lidocain, bupivacain, levobupivacain, ropivacain...pha trong dung dịch natriclorid 0,9%; có thể phối hợp với thuốc họ morphin (fentanyl, sulfentanil...) và hoặc adrenalin tỷ lệ 1/200.000. Tổng thể tích dung dịch thuốc khoảng 20 - 50 ml. Liều dùng các thuốc theo trọng lượng cơ thể, tình trạng của người bệnh; giảm liều đối với người > 60 tuổi, thiếu máu, có thai...

5.2.3. Chuẩn bị người bệnh

- Thăm khám trước mổ, giải thích cho người bệnh cùng hợp tác khi gây tê.
- Vệ sinh vùng gây tê.
- Cho người bệnh an thần tối hôm trước mổ (nếu cần).

5.2.4. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

- Theo qui định của Bộ y tế

VI. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Kiểm tra hồ sơ

6.2. Kiểm tra người bệnh

6.3. Thực hiện kỹ thuật

6.3.1. Kỹ thuật gây tê đám rối thần kinh cánh tay đường giữa các cơ bậc thang

- Tư thế người bệnh: nằm ngửa, đầu quay sang bên đối diện, đặt một gối nhỏ dưới xương bả vai, tay để dọc theo thân người.
- Mốc giải phẫu: khe hai cơ bậc thang trước và giữa; đường ngang qua mức sụn nhĩn.

- Điểm chọc: là điểm giao cắt giữa đường thẳng đi qua sụn nhĩ và khe giữa các cơ bậc thang.
- Hướng kim: đi từ trên xuống dưới, từ ngoài vào trong, từ trước ra sau, tránh tĩnh mạch cảnh ngoài. Đẩy kim từ từ cho tới khi thấy dị cảm hoặc có phản ứng vận động của các nhóm cơ cánh tay, cẳng tay hoặc bàn tay; rút lui kim 1-2mm. Trước khi bơm thuốc phải tuân thủ nguyên tắc hút thử xem có máu và khí, nếu không có mới được bơm thuốc. Hút lại sau khi bơm mỗi 3-5ml thuốc tê.
- ❖ Nếu có máy kích thích thần kinh cơ: mốc và hướng chọc kim như trên, khởi động máy với cường độ 1-2 mA, tần số 1 Hz; giảm dần cường độ để đạt được dấu hiệu co cơ ở các nhóm cơ tương ứng với dây thần kinh chi phối ở cường độ 0,3 - 0,5 mA. Thực hiện kỹ thuật bơm thuốc như trên.
- ❖ Nếu sử dụng máy siêu âm định vị đám rối thần kinh: chọc kim dưới hướng dẫn của siêu âm và thực hiện bơm thuốc như trên.

6.3.2. Kỹ thuật gây tê đám rối thần kinh cánh tay đường trên đòn

- Tư thế người bệnh: nằm ngửa, đầu quay sang bên đối diện, đặt một gối nhỏ dưới xương bả vai, tay để dọc theo thân người.
 - Mốc giải phẫu: điểm giữa bờ trên xương đòn, động mạch dưới đòn.
 - Điểm chọc: là giao điểm của đường song song trên xương đòn 1 cm và đường vuông góc với xương đòn, cách điểm giữa xương đòn 1 cm ở phía ngoài.
 - Hướng kim: đi từ trên xuống dưới, từ ngoài vào trong, từ trước ra sau, tránh động mạch dưới đòn. Đẩy kim từ từ cho tới khi thấy dị cảm hoặc có phản ứng vận động của các nhóm cơ cánh tay, cẳng tay hoặc bàn tay; hoặc chạm xương sườn 1, rút lui kim 1-2mm. Trước khi bơm thuốc phải tuân thủ nguyên tắc hút thử xem có máu và khí, nếu không có mới được bơm thuốc. Hút lại sau khi bơm mỗi 3-5ml thuốc tê.
 - ❖ Nếu có máy kích thích thần kinh cơ: mốc và hướng chọc kim như trên, khởi động máy với cường độ 1-2 mA, tần số 1 Hz; giảm dần cường độ để đạt được dấu hiệu kích thích thần kinh với 0,3 - 0,5 mA. Thực hiện kỹ thuật bơm thuốc như trên.
 - ❖ Nếu sử dụng máy siêu âm định vị đám rối thần kinh: chọc kim dưới hướng dẫn của siêu âm và thực hiện bơm thuốc như trên.
- #### 3.3. Kỹ thuật gây tê qua đường nách.
- Tư thế người bệnh: nằm ngửa, mặt quay sang bên đối diện, cánh tay dạng trên 90 độ, cẳng tay gấp 90 độ so với cánh tay.
 - Mốc giải phẫu: động mạch nách.
 - Điểm chọc:
 - ❖ Kỹ thuật không xuyên mạch: tìm động mạch nách ở ngay phía trong cơ nhị đầu, phía trên chỗ bám của cơ ngực lớn vào cánh tay, dùng hai ngón tay đè giữ trên động mạch hoặc đẩy động mạch xuống dưới. Dùng kim số 23G chọc sát bờ trên động mạch ở vị trí đập rõ nhất, hướng kim đi lên dọc theo thành ngoài của nách và song song với trục cánh tay, có dấu hiệu mất sức cản khi đi vào bao thần kinh, hút bơm tiêm xem có máu hay không rồi từ từ bơm thuốc.
 - ❖ Kỹ thuật xuyên mạch: xác định động mạch nách như trên, dùng kim nhỏ 24G chọc xuyên qua động mạch nách, hút không ra máu, hút kiểm tra sau khi bơm mỗi 3-5 ml, bơm một nửa thể tích thuốc tê. Rút lui kim ra khỏi động mạch, bơm hết lượng thuốc tê còn lại (không khuyến khích thực hiện kỹ thuật này).

- ❖ Nếu có máy kích thích thần kinh cơ: móc và hướng chọc kim nhọn trên, khởi động máy với cường độ 1-2 mA, tần số 1 Hz; giảm dần cường độ để đạt được dấu hiệu kích thích thần kinh với 0,3 - 0,5 mA. Thực hiện kỹ thuật bơm thuốc như trên.
- ❖ Nếu sử dụng máy siêu âm định vị đám rối thần kinh: chọc kim dưới hướng dẫn của siêu âm và thực hiện bơm thuốc như trên.

VII. THEO DÕI

- Các dấu hiệu sinh tồn: tri giác, nhịp tim, điện tim, huyết áp động mạch, độ bão hòa oxy mao mạch.
- Mức độ phong bế cảm giác và vận động.
- Các tác dụng không mong muốn của gây tê đám rối.

VIII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

8.1. Tai biến do thuốc và xử trí

- Dị ứng, sốc phản vệ với thuốc tê: ít gặp với các thuốc tê thế hệ mới.

Xử trí: dừng sử dụng thuốc tê; sử dụng phác đồ chống sốc phản vệ theo Bộ y tế

- Ngộ độc thuốc tê: thường do quá liều, hoặc tiêm nhầm vào mạch máu.

Xử trí: dừng sử dụng thuốc tê, chống co giật, cấp cứu hồi sức hô hấp, tuần hoàn, truyền intralipid khi bị ngộ độc thuốc tê nhóm bupivacain và ropivacain.

8.2. Tai biến do kỹ thuật và xử trí

- Bơm thuốc vào mạch máu.
- Tiêm thuốc tê vào khoang dưới nhện hoặc khoang ngoài màng cứng vùng cổ.
- Tràn khí màng phổi
- Phong bế hạch sao gây hội chứng Claude Bernard - Horner: co đồng tử, sụp mí mắt, giảm tiết mồ hôi.
- Phong bế thần kinh quặt ngược gây liệt thanh quản tạm thời: nói khàn, nói yếu.
- Phong bế thần kinh hoành: cảm giác nặng ngực, có thể khó thở, suy hô hấp - Có thể gặp các biến chứng khác: nhiễm trùng, tụ máu nơi chọc, tổn thương dây thần kinh...
- Gây tê thất bại phải chuyển phương pháp vô cảm Xử trí:
- Trường hợp tiêm thuốc vào khoang dưới nhện: cấp cứu hô hấp và tuần hoàn.
- Tụ máu: băng ép nơi chọc kim.
- Tràn khí khoang màng phổi: theo dõi; có thể chọc hút hoặc dẫn lưu khoang màng phổi.
- Các trường hợp khác: hội chứng Claude Bernard - Horner, phong bế thần kinh quặt ngược, phong bế thần kinh hoành... theo dõi sát cho đến khi hết tác dụng của thuốc tê.

IX. GHI CHÉP HỒ SƠ

9.1. Trước phong bế

- Phiếu khám và đánh giá tiền mê
- Chỉ định phong bế thần kinh chi trên
- Phiếu cam kết

9.2. Trong phong bế

- Phiếu theo dõi gây tê vùng:
 - ❖ Kỹ thuật phong bế
 - ❖ Thuốc tê, liều lượng, nồng độ
 - ❖ Các thông số theo dõi
 - ❖ Bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.
 - ❖ Diễn biến, tai biến (nếu có)

9.3. Sau phong bế

- Tình trạng người bệnh
 - Hiệu quả phong bế
 - Chữ ký bác sĩ và điều dưỡng
- TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trường Đại học Y Hà Nội. *Giáo trình Gây mê Hồi sức.* Nhà xuất bản Y học.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT PHONG BẾ THẦN KINH THẬN

I. ĐẠI CƯƠNG

Phong bế thần kinh thẹn (gây tê thần kinh thẹn) là kỹ thuật gây tê vùng bằng cách đưa thuốc tê quanh thần kinh thẹn nhằm làm mất cảm giác đau vùng tầng sinh môn, âm hộ – âm đạo, hậu môn – trực tràng, phục vụ phẫu thuật, thủ thuật và giảm đau.

II. CHỈ ĐỊNH

- Phẫu thuật, thủ thuật vùng:
 - ❖ Tầng sinh môn
 - ❖ Âm hộ, âm đạo
 - ❖ Hậu môn – trực tràng
- Giảm đau trong sản khoa (khâu tầng sinh môn, thủ thuật sanh)
- Người bệnh không phù hợp gây mê toàn thân

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Chống chỉ định tuyệt đối

- Người bệnh không đồng ý
- Dị ứng thuốc tê nhóm amide
- Nhiễm trùng tại vị trí phong bế
- Rối loạn đông máu nặng chưa được kiểm soát

3.2. Chống chỉ định tương đối

- Bệnh lý thần kinh vùng chậu
- Người bệnh không hợp tác
- Thai phụ có nguy cơ băng huyết (cân nhắc)

IV. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Bác sĩ gây mê hồi sức hoặc bác sĩ sản – ngoại khoa được đào tạo về kỹ thuật phong bế thần kinh thẹn
- Điều dưỡng được đào tạo gây mê hồi sức hỗ trợ

4.2. Phương tiện – dụng cụ

- Máy theo dõi: mạch, huyết áp, SpO₂
- Nguồn oxy, phương tiện cấp cứu
- Kim phong bế thần kinh
- Bơm tiêm vô khuẩn
- Thuốc tê: lidocain, bupivacain, ropivacain
- Phương tiện xử trí tai biến thuốc tê

4.3. Người bệnh

- Được giải thích kỹ thuật, ký cam kết
- Đặt đường truyền tĩnh mạch (khi cần)
- Tư thế sản khoa hoặc tư thế phù hợp

V. CÁC ĐƯỜNG TIẾP CẬN

- Đường qua âm đạo
- Đường qua đáy chậu
- Dưới hướng dẫn siêu âm (nếu có)

VI. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Trước phong bế

- Kiểm tra hồ sơ, người bệnh, thuốc
- Đo mạch, huyết áp, SpO₂
- Sát khuẩn vùng thực hiện, trải khăn vô khuẩn

6.2. Tiến hành phong bế

Gây tê thần kinh then qua đường âm đạo (phổ biến nhất)

Bước 1. Xác định mốc

- Đeo găng vô khuẩn
- Đưa **ngón trỏ vào âm đạo**
- Sờ thấy **gai ngồi** (mốc cứng, nhọn)
- Thần kinh then nằm **sau – trong gai ngồi**, sát dây chằng cùng – gai

Bước 2. Chọc kim

- Chọc kim qua thành âm đạo, **ngay sát gai ngồi**
- Hướng kim **ra sau – ngoài – lên trên**
- Độ sâu: **2–3 cm**

Bước 3. Tiêm thuốc

- Hút kiểm tra (tránh mạch máu)

- Tiêm 5–10 ml thuốc tê
- Rút kim từ từ
- Thực hiện **hai bên**
Gây tê qua đường đáy chậu

Bước 1. Xác định mốc

- Gai ngòì xác định bằng thăm trực tràng hoặc âm đạo
- Điểm chọc kim: giữa hậu môn – ụ ngòì

Bước 2. Chọc kim

- Kim hướng **lên trên – trong – ra sau**
- Độ sâu: 4–6 cm

Bước 3. Tiêm thuốc

- Hút kiểm tra
- Tiêm 5–10 ml thuốc tê mỗi bên
Gây tê dưới hướng dẫn siêu âm (an toàn – hiệu quả)

Vị trí đầu dò

- Đặt đầu dò **đọc đáy chậu**
- Nhận diện:
 - ❖ Gai ngòì
 - ❖ Dây chằng cùng – gai
 - ❖ Mạch thận trong

Tiêm thuốc

- Đưa kim dưới hướng dẫn siêu âm
- Tiêm thuốc quanh thần kinh thận

6.3. Đánh giá hiệu quả

- Mất cảm giác đau vùng tầng sinh môn
 - Người bệnh ổn định hô hấp, huyết động
- VII. THEO DÕI
- Mạch, huyết áp, SpO₂
 - Theo dõi dấu hiệu ngộ độc thuốc tê
 - Đánh giá hiệu quả giảm đau

VIII. TAI BIẾN – XỬ TRÍ

8.1. Tai biến

- Ngộ độc thuốc tê
- Tụ máu
- Tổn thương thần kinh
- Nhiễm trùng tại chỗ

8.2. Xử trí

- Ngừng tiêm thuốc tê
- Đảm bảo đường thở, thở oxy
- Điều trị theo phác đồ ngộ độc thuốc tê
- Hội chẩn khi cần

IX. GHI CHÉP HỒ SƠ

9.1. Trước phong bế

- Phiếu khám, đánh giá tiền mê
- Chỉ định phong bế thần kinh then
- Phiếu cam kết

9.2. Trong phong bế

- Phiếu theo dõi gây tê vùng:
 - ❖ Đường tiếp cận
 - ❖ Thuốc tê, nồng độ, liều lượng
 - ❖ Thời điểm thực hiện
 - ❖ Bảng kiểm an toàn phẫu thuật , thủ thuật.
 - ❖ Diễn biến, tai biến (nếu có)

9.3. Sau phong bế

- Tình trạng người bệnh
- Hiệu quả giảm đau
- Chữ ký bác sĩ, điều dưỡng

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trường Đại học Y Hà Nội. *Giáo trình Gây mê Hồi sức*. Nhà xuất bản Y học.
2. Cunningham FG et al. *Williams Obstetrics*. McGraw-Hill

3. Hadzic A. *Textbook of Regional Anesthesia and Acute Pain Management*. McGraw-Hill.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT PHONG BÉ THẦN KINH CHÀY

I. ĐẠI CƯƠNG

Phong bế thần kinh chày (gây tê thần kinh chày) là kỹ thuật gây tê vùng bằng cách đưa thuốc tê quanh thần kinh chày nhằm làm mất cảm giác đau và vận động tạm thời vùng cẳng chân sau, cổ chân và gan bàn chân để phục vụ phẫu thuật, thủ thuật và giảm đau.

II. CHỈ ĐỊNH

- Phẫu thuật, thủ thuật vùng:
 - ❖ Cổ chân
 - ❖ Gan bàn chân
 - ❖ Gót chân
 - ❖ Phần sau cẳng chân
- Giảm đau sau mổ vùng bàn chân
- Người bệnh không phù hợp gây mê toàn thân

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Chống chỉ định tuyệt đối

- Người bệnh không đồng ý
- Dị ứng thuốc tê nhóm amide
- Nhiễm trùng tại vị trí chọc kim
- Rối loạn đông máu nặng chưa được kiểm soát

3.2. Chống chỉ định tương đối

- Tổn thương thần kinh chày từ trước
- Người bệnh không hợp tác

IV. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Bác sĩ gây mê hồi sức hoặc bác sĩ ngoại khoa được đào tạo về gây tê vùng
- Điều dưỡng hỗ trợ

4.2. Phương tiện – dụng cụ

- Máy theo dõi: mạch, huyết áp, SpO₂
- Nguồn oxy, phương tiện cấp cứu
- Máy siêu âm (nếu có)
- Kim phong bế thần kinh
- Bơm tiêm vô khuẩn
- Thuốc tê: lidocain, bupivacain, ropivacain
- Phương tiện xử trí tai biến thuốc tê

4.3. Người bệnh

- Được giải thích kỹ thuật, ký cam kết
- Đặt đường truyền tĩnh mạch
- Tư thế nằm ngửa, cẳng chân xoay ngoài nhẹ

V. CÁC ĐƯỜNG TIẾP CẬN

- Phong bế tại **hố khoeo**
- Phong bế tại **sau mắt cá trong**
- Dưới hướng dẫn siêu âm (ưu tiên)

VI. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Trước phong bế

- Kiểm tra hồ sơ, người bệnh, thuốc

- Đo mạch, huyết áp, SpO₂
- Sát khuẩn vùng phong bế, trải khăn vô khuẩn

6.2. Tiến hành phong bế

A. Phong bế thần kinh chày tại hố khoeo

- Xác định mốc giải phẫu hố khoeo
- Đưa kim tiếp cận thần kinh chày (phía trong động mạch khoeo)
- Hút kiểm tra
- Tiêm 10–15 ml thuốc tê quanh thần kinh

B. Phong bế thần kinh chày sau mắt cá trong

- Xác định động mạch chày sau
- Thần kinh chày nằm phía sau – ngoài động mạch
- Tiêm 5–10 ml thuốc tê

6.3. Đánh giá hiệu quả

- Mất cảm giác đau vùng gan bàn chân
- Giảm vận động gấp gan bàn chân
- Sinh hiệu ổn định

VII. THEO DÕI

- Theo dõi mạch, huyết áp, SpO₂
- Theo dõi dấu hiệu ngộ độc thuốc tê
- Đánh giá hiệu quả gây tê

VIII. TAI BIẾN – XỬ TRÍ

8.1. Tai biến

- Ngộ độc thuốc tê
- Tụ máu tại chỗ
- Tổn thương thần kinh
- Nhiễm trùng

8.2. Xử trí

- Ngừng tiêm thuốc tê
- Đảm bảo đường thở, thở oxy
- Xử trí theo phác đồ ngộ độc thuốc tê
- Hội chẩn khi cần

IX. GHI CHÉP HỒ SƠ

9.1. Trước phong bế

- Phiếu khám và đánh giá tiền mê

- Chỉ định phong bế thần kinh chày
- Phiếu cam kết

9.2. Trong phong bế

- Phiếu theo dõi gây mê, gây tê
 - ❖ Đường tiếp cận
 - ❖ Thuốc tê, nồng độ, liều lượng
 - ❖ Thời gian thực hiện
 - ❖ Bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.
 - ❖ Diễn biến, tai biến (nếu có)

9.3. Sau phong bế

- Tình trạng người bệnh
- Hiệu quả gây tê
- Chữ ký bác sĩ và điều dưỡng

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trường Đại học Y Hà Nội.** *Giáo trình Gây mê Hồi sức.* Nhà xuất bản Y học.
2. Hadzic A. *Textbook of Regional Anesthesia and Acute Pain Management.* McGraw-Hill.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT PHONG BẾ THẦN KINH MÁC (CHUNG)

I. ĐẠI CƯƠNG

Phong bế thần kinh mắ(gây tê thần kinh mắ) là kỹ thuật gây tê vùng bằng cách đưa thuốc tê quanh thần kinh mắ chung nhằm làm mất cảm giác đau và vận động tạm thời vùng mặt ngoài cắ chân, mu bàn chân và các ngón chân để phục vụ phẫu thuật, thủ thuật và giảm đau.

II. CHỈ ĐỊNH

- Phẫu thuật, thủ thuật vùng:
 - ❖ Mặt ngoài cắ chân
 - ❖ Cổ chân
 - ❖ Mu bàn chân
- Giảm đau sau mổ chi dưới
- Người bệnh không phù hợp gây mê toàn thân

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Chống chỉ định tuyệt đối

- Người bệnh không đồng ý
- Dị ứng thuốc tê nhóm amide
- Nhiễm trùng tại vị trí chọc kim
- Rối loạn đông máu nặng chưa được kiểm soát

3.2. Chống chỉ định tương đối

- Tổn thương thần kinh mắ từ trước
- Người bệnh không hợp tác

IV. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Bác sĩ gây mê hồi sức hoặc bác sĩ ngoại khoa được đào tạo về gây tê vùng
- Điều dưỡng được đào tạo gây mê hồi sức hỗ trợ

4.2. Phương tiện – dụng cụ

- Máy theo dõi: mạch, huyết áp, SpO₂
- Nguồn oxy, phương tiện cấp cứu
- Máy siêu âm (nếu có)
- Kim phong bế thần kinh
- Bơm tiêm vô khuẩn
- Thuốc tê: lidocain, bupivacain, ropivacain
- Phương tiện xử trí tai biến thuốc tê

4.3. Người bệnh

- Được giải thích kỹ thuật, ký cam kết
- Đặt đường truyền tĩnh mạch
- Tư thế nằm ngửa hoặc nằm nghiêng

V. CÁC ĐƯỜNG TIẾP CẬN

- Phong bế tại **hố khoeo**
- Phong bế tại **cổ xương mác**
- Dưới hướng dẫn siêu âm (ưu tiên)

VI. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Trước phong bế

- Kiểm tra hồ sơ, người bệnh, thuốc
- Đo mạch, huyết áp, SpO₂
- Sát khuẩn vùng phong bế, trải khăn vô khuẩn

6.2. Tiến hành phong bế

A. Phong bế thần kinh mác tại hố khoeo

- Xác định mốc giải phẫu hố khoeo
- Thần kinh mác nằm phía ngoài động mạch khoeo
- Đưa kim tiếp cận thần kinh mác
- Hút kiểm tra
- Tiêm 10–15 ml thuốc tê quanh thần kinh

B. Phong bế thần kinh mác tại cổ xương mác

- Xác định cổ xương mác
- Thần kinh mác vòng quanh cổ xương mác, nằm nông
- Đưa kim tiếp cận thần kinh
- Hút kiểm tra
- Tiêm 5–10 ml thuốc tê

6.3. Đánh giá hiệu quả

- Mất cảm giác đau vùng mu bàn chân
- Giảm hoặc mất vận động gấp mu bàn chân
- Sinh hiệu ổn định

VII. THEO DÕI

- Theo dõi mạch, huyết áp, SpO₂
- Theo dõi dấu hiệu ngộ độc thuốc tê
- Đánh giá hiệu quả gây tê

VIII. TAI BIẾN – XỬ TRÍ

8.1. Tai biến

- Ngộ độc thuốc tê
- Tụ máu
- Tổn thương thần kinh
- Nhiễm trùng

8.2. Xử trí

- Ngừng tiêm thuốc tê
- Đảm bảo đường thở, thở oxy
- Xử trí theo phác đồ ngộ độc thuốc tê
- Hội chẩn khi cần

IX. GHI CHÉP HỒ SƠ

9.1. Trước phong bế

- Phiếu khám và đánh giá tiền mê
- Chỉ định phong bế thần kinh mác
- Phiếu cam kết

9.2. Trong phong bế

- Phiếu theo dõi gây tê vùng:
 - ❖ Vị trí phong bế
 - ❖ Thuốc tê, nồng độ, liều lượng
 - ❖ Thời gian thực hiện
 - ❖ Bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.
 - ❖ Diễn biến, tai biến (nếu có)

9.3. Sau phong bế

- Tình trạng người bệnh
- Hiệu quả gây tê
- Chữ ký bác sĩ và điều dưỡng

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. NYSORA. Common Peroneal (Fibular) Nerve Block.
2. **Trường Đại học Y Hà Nội.** *Giáo trình Gây mê Hồi sức.* Nhà xuất bản Y học.
3. Hadzic A. *Textbook of Regional Anesthesia and Acute Pain Management.* McGraw-Hill.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT PHONG BÉ THẦN KINH GỐC NGÓN

I. ĐẠI CƯƠNG

Phong bế thần kinh gốc ngón(gây tê gốc ngón) là kỹ thuật gây tê vùng bằng cách đưa thuốc tê quanh các nhánh thần kinh hai bên gốc ngón tay hoặc ngón chân nhằm làm mất cảm giác đau tạm thời của ngón để phục vụ phẫu thuật, thủ thuật và giảm đau.

II. CHỈ ĐỊNH

- Phẫu thuật, thủ thuật:
 - ❖ Khâu vết thương ngón tay, ngón chân
 - ❖ Cắt móng, xử trí móng quặp
 - ❖ Lấy dị vật, dẫn lưu áp xe nhỏ
- Giảm đau trong thủ thuật ngoại trú
- Người bệnh không phù hợp gây mê toàn thân

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Chống chỉ định tuyệt đối

- Người bệnh không đồng ý
- Dị ứng thuốc tê nhóm amide
- Nhiễm trùng lan tỏa tại vị trí tiêm

3.2. Chống chỉ định tương đối

- Rối loạn đông máu
- Bệnh lý mạch máu ngoại vi nặng
- Tổn thương thần kinh gốc ngón từ trước

IV. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Bác sĩ gây mê hồi sức, bác sĩ ngoại khoa được đào tạo về kỹ thuật gây tê vùng.

4.2. Phương tiện – dụng cụ

- Máy theo dõi sinh hiệu (khi cần)
- Kim tiêm nhỏ (25–27G)

- Bơm tiêm vô khuẩn
- Thuốc tê: lidocain, bupivacain
- Phương tiện xử trí tai biến thuốc tê

4.3. Người bệnh

- Giải thích kỹ thuật, ký cam kết
 - Tư thế thuận lợi, ngón được sát khuẩn sạch
- V. CÁC KỸ THUẬT THƯỜNG DÙNG
- Phong bế hai bên gốc ngón (kỹ thuật cổ điển)
 - Phong bế vòng quanh gốc ngón
 - Dưới hướng dẫn siêu âm (hiếm khi cần)
- VI. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Trước khi phong bế

- Kiểm tra hồ sơ, người bệnh, thuốc
- Sát khuẩn gốc ngón, trải khăn vô khuẩn

6.2. Tiến hành phong bế

A. Phong bế hai bên gốc ngón (chuẩn)

- Đâm kim tại mặt bên gốc ngón, ngay dưới da
- Hướng kim song song trục ngón
- Hút kiểm tra
- Tiêm **1–2 ml thuốc tê mỗi bên**
- Tổng liều thường **3–5 ml/ngón**

Không pha adrenalin khi phong bế ngón

6.3. Đánh giá hiệu quả

- Sau 3–5 phút:
 - ❖ Mất cảm giác đau toàn bộ ngón
 - ❖ Ngón hồng ấm, tưới máu tốt

VII. THEO DÕI

- Theo dõi màu sắc, nhiệt độ, tưới máu ngón
- Theo dõi dấu hiệu ngộ độc thuốc tê (hiếm)

VIII. TAI BIẾN – XỬ TRÍ

8.1. Tai biến

- Đau tại chỗ tiêm
- Tụ máu nhỏ

- Nhiễm trùng
- Thiếu máu ngón (rất hiếm)

8.2. Xử trí

- Ngừng tiêm
 - Chườm ấm, theo dõi tưới máu
 - Xử trí theo phác đồ nếu có ngộ độc thuốc tê
- IX. GHI CHÉP HỒ SƠ

9.1. Trước phong bế

- Chỉ định phong bế thần kinh gốc ngón
- Phiếu cam kết

9.2. Trong phong bế

- Phiếu theo dõi thủ thuật:
 - ❖ Thuốc tê, nồng độ, liều lượng
 - ❖ Kỹ thuật phong bế
 - ❖ Bản kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật
 - ❖ Diễn biến, tai biến (nếu có)

9.3. Sau phong bế

- Hiệu quả gây tê
- Tình trạng tưới máu ngón
- Chữ ký người thực hiện

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trường Đại học Y Hà Nội.** *Giáo trình Gây mê Hồi sức.* Nhà xuất bản Y học.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT PHONG BẾ GỐC DƯƠNG VẬT

I. ĐẠI CƯƠNG

Phong bế gốc dương vật (gây tê gốc dương vật) là kỹ thuật gây tê vùng bằng cách tiêm thuốc tê quanh các nhánh **thần kinh lưng dương vật** (xuất phát từ thần kinh thẹn) tại vùng gốc dương vật nhằm làm mất cảm giác đau của dương vật để phục vụ phẫu thuật, thủ thuật và giảm đau.

II. CHỈ ĐỊNH

- Phẫu thuật, thủ thuật vùng dương vật:
 - ❖ Cắt bao quy đầu
 - ❖ Khâu vết thương dương vật
 - ❖ Lấy dị vật, dẫn lưu ổ áp xe nhỏ
- Giảm đau sau thủ thuật
- Người bệnh không phù hợp gây mê toàn thân

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Chống chỉ định tuyệt đối

- Người bệnh không đồng ý
- Dị ứng thuốc tê nhóm amide
- Nhiễm trùng tại vị trí tiêm

3.2. Chống chỉ định tương đối

- Rối loạn đông máu
- Bệnh lý mạch máu ngoại vi nặng
- Tổn thương thần kinh dương vật từ trước

IV. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Bác sĩ gây mê hồi sức, bác sĩ ngoại khoa hoặc bác sĩ tiết niệu được đào tạo về kỹ thuật gây tê vùng

4.2. Phương tiện – dụng cụ

- Máy theo dõi sinh hiệu (mạch, huyết áp, SpO₂ khi cần)
- Kim tiêm nhỏ (25–27G)
- Bơm tiêm vô khuẩn
- Thuốc tê: lidocain, bupivacain
- Phương tiện xử trí tai biến thuốc tê

4.3. Người bệnh

- Được giải thích kỹ thuật, ký cam kết
- Tư thế nằm ngửa

- Sát khuẩn rộng vùng sinh dục ngoài
- V. GIẢI PHẪU – MỐC QUAN TRỌNG
- Thần kinh lưng dương vật chạy **hai bên dây chằng treo dương vật**
 - Vị trí tiêm: **gốc dương vật**, hai bên đường giữa, ngay dưới cân nông
- VI. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Trước khi phong bế

- Kiểm tra hồ sơ, người bệnh, thuốc
- Đo sinh hiệu cơ bản
- Sát khuẩn vùng gốc dương vật, trải khăn vô khuẩn

6.2. Tiến hành phong bế

Kỹ thuật chuẩn (phong bế hai bên)

- Xác định gốc dương vật và đường giữa
- Chọc kim tại vị trí **10 giờ và 2 giờ** so với trục dương vật
- Hướng kim **chéch xuống – vào trong**
- Độ sâu kim: **0,5–1 cm**
- **Hút kiểm tra trước khi tiêm**
- Tiêm **2–5 ml thuốc tê mỗi bên**
- Tổng liều thường dùng **4–10 ml**
- **Không sử dụng thuốc tê pha adrenalin** cho phong bế gốc dương vật

6.3. Đánh giá hiệu quả

- Sau 3–5 phút:
 - Mất cảm giác đau thân dương vật
 - Màu sắc, nhiệt độ và tưới máu dương vật bình thường

VII. THEO DÕI

- Theo dõi mạch, huyết áp, SpO₂ (khi cần)
- Theo dõi tưới máu dương vật
- Theo dõi dấu hiệu ngộ độc thuốc tê

VIII. TAI BIẾN – XỬ TRÍ

8.1. Tai biến

- Đau tại chỗ tiêm
- Tụ máu
- Nhiễm trùng
- Thiếu máu cục bộ dương vật (rất hiếm)

8.2. Xử trí

- Ngừng tiêm thuốc tê
- Chườm lạnh tại chỗ nếu tụ máu
- Theo dõi sát tưới máu
- Xử trí theo phác đồ ngộ độc thuốc tê nếu xảy ra

IX. GHI CHÉP HỒ SƠ

9.1. Trước phong bế

- Chỉ định phong bế gốc dương vật
- Phiếu cam kết thủ thuật

9.2. Trong phong bế

- Phiếu theo dõi thủ thuật:
 - ❖ Thuốc tê, nồng độ, liều lượng
 - ❖ Kỹ thuật thực hiện
 - ❖ Bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.
 - ❖ Diễn biến, tai biến (nếu có)

9.3. Sau phong bế

- Hiệu quả gây tê
- Tình trạng tưới máu dương vật
- Chữ ký người thực hiện

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trường Đại học Y Hà Nội.** *Giáo trình Gây mê Hồi sức.* Nhà xuất bản Y học.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT THEO DÕI THÁN ĐỒ

I. ĐẠI CƯƠNG

Theo dõi thán đồ là kỹ thuật theo dõi liên tục hoặc gián đoạn nồng độ CO_2 trong khí thở ra (EtCO_2) và dạng sóng thán đồ nhằm đánh giá thông khí, vị trí đường thở, hiệu quả thông khí – tuần hoàn trong gây mê, an thần, hồi sức và cấp cứu.

II. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh:
 - ❖ Gây mê toàn thân có đặt nội khí quản
 - ❖ Gây mê qua mask thanh quản
 - ❖ Thở máy xâm nhập hoặc không xâm nhập
 - ❖ An thần mức độ vừa – sâu
- Theo dõi:
 - ❖ Xác nhận vị trí nội khí quản

- ❖ Đánh giá thông khí – tuần hoàn
 - ❖ Phát hiện sớm ngừng thở, tụt ống, tắc đường thở
- III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối
 - Chống chỉ định tương đối:
 - ❖ Đường thở không kín gây sai lệch kết quả
 - ❖ Rò khí lớn
- IV. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Bác sĩ, điều dưỡng, kỹ thuật viên gây mê – hồi sức được đào tạo về theo dõi hô hấp

4.2. Phương tiện – dụng cụ

- Máy theo dõi có chức năng thán đồ (capnography)
- Dây lấy mẫu CO₂ (sidestream hoặc mainstream)
- Mask thở, nội khí quản hoặc mask thanh quản
- Máy hút đàm (khi cần)

4.3. Người bệnh

- Được giải thích mục đích theo dõi (nếu tỉnh)
 - Đảm bảo đường thở thông suốt
 - Tư thế phù hợp với tình trạng lâm sàng
- V. NGUYÊN LÝ

- Đo nồng độ CO₂ khí thở ra cuối thì thở ra (EtCO₂)
 - Hiện thị:
 - ❖ Giá trị số (mmHg hoặc kPa)
 - ❖ Dạng sóng thán đồ theo chu kỳ hô hấp
- VI. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Trước khi theo dõi

- Kiểm tra máy, dây lấy mẫu CO₂
- Kiểm tra cài đặt đơn vị đo
- Đảm bảo hệ thống kín

6.2. Tiến hành theo dõi

- Kết nối dây thán đồ:
 - ❖ Giữa nội khí quản và dây thở **hoặc**
 - ❖ Giữa mask/mask thanh quản và hệ thống thở
- Bật chức năng theo dõi EtCO₂

- Quan sát:
 - ❖ Dạng sóng thán đồ
 - ❖ Giá trị EtCO₂ hiển thị

6.3. Đánh giá kết quả

- Giá trị EtCO₂ bình thường:
 - ❖ **35–45 mmHg** (4,7–6,0 kPa)
- Dạng sóng thán đồ:
 - ❖ Rõ, đều, có pha bình nguyên cuối thì thở ra

VII. THEO DÕI

- Theo dõi liên tục:
 - ❖ EtCO₂
 - ❖ Dạng sóng thán đồ
- So sánh với:
 - ❖ Tần số thở
 - ❖ SpO₂
 - ❖ Huyết động
- Phát hiện sớm:
 - ❖ Ngừng thở
 - ❖ Tụt ống nội khí quản
 - ❖ Giảm thông khí
 - ❖ Tắc đường thở

VIII. TAI BIẾN – XỬ TRÍ

8.1. Bất thường thường gặp

- EtCO₂ giảm đột ngột:
 - ❖ Tụt ống, ngừng tim, ngừng thở
- EtCO₂ tăng:
 - ❖ Giảm thông khí, tăng chuyển hóa
- Dạng sóng bất thường:
 - ❖ Tắc đàm, co thắt phế quản, rò khí

8.2. Xử trí

- Kiểm tra ngay đường thở
- Đánh giá thông khí – tuần hoàn
- Hút đàm, điều chỉnh thông khí
- Xử trí theo nguyên nhân

IX. GHI CHÉP HỒ SƠ

9.1. Trước theo dõi

- Chỉ định theo dõi thán đồ
- Tình trạng đường thở ban đầu

9.2. Trong theo dõi

- Ghi EtCO₂, dạng sóng thán đồ theo thời gian
- Các thay đổi bất thường và xử trí

9.3. Sau theo dõi

- EtCO₂ kết thúc
- Đánh giá thông khí
- Chữ ký người theo dõi

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trường Đại học Y Hà Nội.** *Giáo trình Gây mê Hồi sức*. Nhà xuất bản Y học.
2. Miller RD. *Miller's Anesthesia*. Elsevier.
3. Barash PG. *Clinical Anesthesia*. Wolters Kluwer.
4. ASA Standards for Basic Anesthetic Monitoring.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT THEO DÕI KHÍ MÊ

I. ĐẠI CƯƠNG

Theo dõi khí mê là kỹ thuật theo dõi liên tục nồng độ các thuốc mê bay hơi trong khí hít vào và thở ra (Fi, Et) nhằm đánh giá độ mê, đảm bảo an toàn trong gây mê hô hấp và phát hiện sớm các bất thường về cung cấp thuốc mê.

II. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh:
 - ❖ Gây mê toàn thân bằng thuốc mê hô hấp (sevofluran, isofluran, desfluran...)
 - ❖ Gây mê qua nội khí quản hoặc mask thanh quản
- Theo dõi:
 - ❖ Độ mê trong gây mê hô hấp
 - ❖ Đảm bảo cung cấp đúng nồng độ thuốc mê
 - ❖ Phát hiện sớm sự cố hệ thống gây mê

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối
- Chống chỉ định tương đối:
 - ❖ Hệ thống thở không kín gây sai lệch kết quả
 - ❖ Không có thiết bị theo dõi khí mê

IV. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Bác sĩ gây mê hồi sức
- Điều dưỡng, kỹ thuật viên gây mê được đào tạo về sử dụng máy gây mê và theo dõi khí mê

4.2. Phương tiện – dụng cụ

- Máy gây mê có chức năng theo dõi khí mê
- Module đo khí mê (agent analyzer)
- Dây lấy mẫu khí mê
- Hệ thống thở kín
- Nguồn khí y tế (O₂, khí nén)

4.3. Người bệnh

- Được giải thích về phương pháp gây mê (nếu tỉnh)
- Đảm bảo đường thở được kiểm soát
- Tư thế phù hợp cho gây mê

V. NGUYÊN LÝ

- Đo nồng độ thuốc mê bay hơi trong:
 - ❖ Khí hít vào (Fi – Fraction inspired)
 - ❖ Khí thở ra cuối thì thở ra (Et – End tidal)
- Hiện thị:
 - ❖ Tên thuốc mê
 - ❖ Giá trị nồng độ (%)
 - ❖ MAC (nếu có)

VI. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Trước khi theo dõi

- Kiểm tra máy gây mê, module khí mê
- Kiểm tra dây lấy mẫu khí
- Kiểm tra hiệu chuẩn theo hướng dẫn nhà sản xuất
- Đảm bảo hệ thống thở kín

6.2. Tiến hành theo dõi

- Kết nối dây lấy mẫu khí mê:
 - ❖ Giữa nội khí quản/mask thanh quản và dây thở
- Bật chức năng theo dõi khí mê
- Xác nhận máy nhận diện đúng loại thuốc mê
- Theo dõi liên tục:
 - ❖ Fi agent
 - ❖ Et agent
 - ❖ MAC

6.3. Đánh giá kết quả

- Nồng độ Et thuốc mê phù hợp với mức độ gây mê:
 - ❖ Thường tương ứng **0,8–1,2 MAC** (tùy phẫu thuật và người bệnh)
- So sánh Fi – Et để đánh giá hấp thu và thông khí
- Đối chiếu với:
 - ❖ Huyết động
 - ❖ Thán đồ (EtCO₂)
 - ❖ Độ mê lâm sàng

VII. THEO DÕI

- Theo dõi liên tục:
 - ❖ Nồng độ khí mê (Fi, Et)
 - ❖ MAC
- Phát hiện sớm:
 - ❖ Cung cấp thuốc mê không đủ hoặc quá liều
 - ❖ Rò khí
 - ❖ Hết thuốc mê
 - ❖ Nhận diện sai thuốc mê

VIII. TAI BIẾN – XỬ TRÍ

8.1. Bất thường thường gặp

- Et agent thấp:
 - ❖ Hết thuốc mê

- ❖ Rò khí
- ❖ Thông khí quá mức
- Et agent cao:
 - ❖ Nguy cơ quá liều thuốc mê
- Không nhận diện được thuốc mê:
 - ❖ Lỗi module đo khí

8.2. Xử trí

- Kiểm tra hệ thống thở, bình thuốc mê
- Điều chỉnh nồng độ thuốc mê
- Kiểm tra dây lấy mẫu
- Chuyển sang phương pháp mê khác nếu cần

IX. GHI CHÉP HỒ SƠ

9.1. Trước theo dõi

- Chỉ định theo dõi khí mê
- Loại thuốc mê sử dụng

9.2. Trong theo dõi

- Ghi:
 - ❖ Fi agent
 - ❖ Et agent
 - ❖ MAC
- Thời điểm thay đổi nồng độ thuốc mê
- Các bất thường và xử trí

9.3. Sau theo dõi

- Nồng độ khí mê kết thúc
 - Thời điểm ngừng thuốc mê
 - Đánh giá hồi tỉnh
 - Chữ ký người theo dõi
- TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trường Đại học Y Hà Nội.** *Giáo trình Gây mê Hồi sức.* Nhà xuất bản Y học.
2. ASA Standards for Basic Anesthetic Monitoring.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT GIẢM ĐAU CẤP TÍNH ĐƯỜNG TĨNH MẠCH

I. ĐẠI CƯƠNG

Giảm đau cấp tính đường tĩnh mạch là kỹ thuật sử dụng các thuốc giảm đau tiêm tĩnh mạch nhằm kiểm soát nhanh cơn đau cấp do bệnh lý, chấn thương hoặc sau thủ thuật/phẫu thuật, giúp cải thiện tình trạng sinh lý, tâm lý và tạo điều kiện cho điều trị tiếp theo.

II. CHỈ ĐỊNH

- Đau cấp mức độ vừa đến nặng:
 - ❖ Đau sau phẫu thuật
 - ❖ Đau chấn thương
 - ❖ Đau do bệnh lý cấp tính (đau quặn thận, đau bụng cấp...)
- Đau không đáp ứng với thuốc đường uống
- Người bệnh không dùng được đường uống

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Chống chỉ định tuyệt đối

- Dị ứng với thuốc giảm đau dự kiến sử dụng
- Suy hô hấp nặng chưa được kiểm soát (đối với opioid)

3.2. Chống chỉ định tương đối

- Suy gan, suy thận nặng
- Rối loạn ý thức chưa rõ nguyên nhân
- Người cao tuổi, suy kiệt (cần giảm liều)

IV. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Bác sĩ gây mê hồi sức.
- Điều dưỡng được đào tạo về sử dụng thuốc giảm đau đường tĩnh mạch và theo dõi người bệnh

4.2. Phương tiện – thuốc

- Đường truyền tĩnh mạch đảm bảo
- Phương tiện theo dõi sinh hiệu (mạch, huyết áp, SpO₂)
- Thuốc giảm đau thường dùng:
 - ❖ Paracetamol tiêm tĩnh mạch
 - ❖ NSAIDs tiêm tĩnh mạch (khi không chống chỉ định)
 - ❖ Opioid (morphin, fentanyl...)
- Phương tiện xử trí suy hô hấp, ngộ độc thuốc

4.3. Người bệnh

- Được giải thích về mục đích và nguy cơ

- Đánh giá mức độ đau ban đầu (VAS, NRS)
- Tư thế thoải mái, đảm bảo an toàn

V. NGUYÊN TẮC

- Đánh giá mức độ đau trước – trong – sau giảm đau
- Cá thể hóa lựa chọn thuốc và liều lượng
- Phối hợp đa mô thức khi có thể
- Theo dõi sát tác dụng không mong muốn

VI. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Trước khi giảm đau

- Đánh giá:
 - ❖ Mức độ đau (VAS/NRS)
 - ❖ Tình trạng hô hấp, huyết động
- Kiểm tra tiền sử dị ứng thuốc
- Kiểm tra đường truyền tĩnh mạch

6.2. Tiến hành giảm đau

a. Lựa chọn thuốc

- Đau nhẹ – vừa:
 - ❖ Paracetamol IV hoặc NSAIDs
- Đau vừa – nặng:
 - ❖ Opioid IV hoặc thuốc không opioid

b. Thực hiện

- Tiêm/truyền thuốc đúng y lệnh
- Tiêm chậm đối với opioid
- Không vượt quá liều tối đa cho phép
- Theo dõi sát trong và sau khi dùng thuốc

6.3. Đánh giá hiệu quả

- Đánh giá lại mức độ đau sau 15–30 phút
- Mục tiêu:
 - ❖ Giảm đau $\geq 30\text{--}50\%$
 - ❖ Người bệnh dễ chịu, sinh hiệu ổn định

VII. THEO DÕI

- Theo dõi:
 - ❖ Mạch, huyết áp
 - ❖ Nhịp thở, SpO₂
 - ❖ Mức độ tỉnh táo
- Theo dõi tác dụng không mong muốn:
 - ❖ Buồn nôn, nôn

- ❖ Ngừa
 - ❖ Ức chế hô hấp (opioid)
- VIII. TAI BIẾN – XỬ TRÍ

8.1. Tai biến

- Buồn nôn, nôn
- Tụt huyết áp
- Ức chế hô hấp
- Dị ứng thuốc

8.2. Xử trí

- Ngừng thuốc nghi ngờ
 - Đảm bảo đường thở, thở oxy
 - Điều trị triệu chứng
 - Dùng thuốc đối kháng opioid (naloxon) khi cần
- IX. GHI CHÉP HỒ SƠ

9.1. Trước giảm đau

- Mức độ đau ban đầu
- Chỉ định giảm đau đường tĩnh mạch

9.2. Trong giảm đau

- Thuốc sử dụng, liều, thời điểm
- Diễn biến trong khi dùng thuốc

9.3. Sau giảm đau

- Mức độ đau sau can thiệp
 - Tác dụng không mong muốn (nếu có)
 - Chữ ký người thực hiện
- TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trường Đại học Y Hà Nội. *Giáo trình Gây mê Hồi sức*. Nhà xuất bản Y học.
2. Miller RD. *Miller's Anesthesia*. Elsevier.
3. Barash PG. *Clinical Anesthesia*. Wolters Kluwer.
4. WHO Pain Management Guidelines.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT GIẢM ĐAU CẤP TÍNH ĐƯỜNG NGOÀI MÀNG CỨNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Giảm đau cấp tính đường ngoài màng cứng là kỹ thuật sử dụng thuốc giảm đau (thuốc tê đơn thuần hoặc phối hợp opioid) đưa vào khoang ngoài màng cứng thông qua catheter nhằm kiểm soát hiệu quả cơn đau cấp, đặc biệt là đau sau phẫu thuật lớn và đau trong sản khoa.

II. CHỈ ĐỊNH

- Đau cấp tính mức độ vừa đến nặng:
 - ❖ Đau sau phẫu thuật bụng, ngực, chỉnh hình
 - ❖ Đau sau mổ lấy thai
 - ❖ Đau do chấn thương nặng
- Giảm đau liên tục sau gây tê/gây mê vùng
- Người bệnh cần giảm đau kéo dài nhưng vẫn tỉnh táo

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Chống chỉ định tuyệt đối

- Người bệnh không đồng ý
- Nhiễm trùng tại vị trí chọc kim
- Rối loạn đông máu chưa được kiểm soát
- Sốc, tụt huyết áp chưa điều chỉnh
- Dị ứng thuốc dự kiến sử dụng

3.2. Chống chỉ định tương đối

- Biến dạng cột sống
- Nhiễm trùng toàn thân
- Bệnh lý thần kinh trung ương

IV. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện kỹ thuật: bác sĩ, điều dưỡng viên chuyên khoa gây mê hồi sức.

4.2. Phương tiện:

4.2.1. Phương tiện cấp cứu và theo dõi

- Phương tiện hồi sức: nguồn oxy, bóng Ambu, mask, các phương tiện đặt nội khí quản, máy mê kèm thở, máy sốc điện, máy hút...

- Thuốc hồi sức tuần hoàn: dịch truyền, thuốc: ephedrin, adrenalin...
- Thuốc chống co giật: họ barbituric, benzodiazepin, giãn cơ, intralipid 10-20%...
- Phương tiện theo dõi thường quy: điện tim, huyết áp, bão hòa oxy, nhịp thở...

4.2.2. Phương tiện, dụng cụ gây tê và thuốc tê

- Bơm kim tiêm các cỡ, găng tay, gạc vô trùng, pince, cồn sát trùng, khăn lã vô trùng, kim gây tê tùy sống các cỡ, bộ gây tê ngoài màng cứng, ...
- Thuốc tê: lidocain, bupivacain, levobupivacain, ropivacain... có thể phối hợp với thuốc họ morphin, adrenalin, clonidin, ...Liều dùng dựa vào trọng lượng, chiều cao và thể trạng của cơ thể người bệnh; giảm liều đối với người > 60 tuổi, thiếu máu, có thai.

4.3. Chuẩn bị người bệnh

- Thăm khám trước mổ, giải thích cho người bệnh cùng hợp tác khi gây tê.
- Vệ sinh vùng gây tê.
- Cho người bệnh an thần tối hôm trước mổ (nếu cần).

4.4. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

- Theo qui định của Bộ y tế

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Kiểm tra hồ sơ

5.2. Kiểm tra người bệnh

5.3. Thực hiện kỹ thuật

5.3.1 Kỹ thuật gây tê ngoài màng cứng:

- Dự phòng hạ huyết áp: đặt đường truyền tĩnh mạch có hiệu quả và bù dịch từ 5-10 ml/kg (đối với người lớn).
- Tư thế bệnh nhân, đường chọc tương tự gây tê tủy sống. Vị trí L2-3, L3-4. Gây tê tại chỗ bằng lidocain 1-2% Xác định khoang ngoài màng cứng bằng các dấu hiệu: mất sức cản, giọt nước treo, siêu âm (nếu có).
- Đánh giá kim nằm đúng vị trí bằng mất sức cản và không có sự trào ngược của dịch não tủy và máu.
- Xoay mặt vát kim hướng lên đầu, luồn catheter từ từ với độ dài trong khoang ngoài màng cứng 3-6cm.
- Rút kim Tuohy
- Hút kiểm tra và làm test bằng 2-3ml lidocain 2% trộn adrenalin 1/200.000.
- Cố định catheter bằng băng vô khuẩn.
- Thuốc sử dụng: lidocain 2% 10-20ml; bupivacain 0,25-0,5% 10-20ml; ropivacain 0,25-0,5% 10-20ml; levobupivacain 0,25-0,5% 10-20ml. Các thuốc phối hợp: morphin 30-50mcg/kg; sufentanil 0,2mcg/kg không được vượt quá 30mcg/kg; fentanyl 25-100mcg.
- Truyền liên tục: bupivacain 0,125-0,25%, tốc độ chạy từ 4-6ml/giờ; ropivacain 0,125-0,25% 4-10ml/giờ; levobupivacain 0,125-0,25% 4-10ml/giờ. Nồng độ các thuốc phối hợp: morphin 10-20mcg/ml; fentanyl 1-2mcg/ml; sufentanil 0,5mcg/ml.

VI. THEO DÕI

- Các dấu hiệu sinh tồn: tri giác, nhịp tim, điện tim, huyết áp động mạch, độ bão hòa oxy mao mạch.
- Mức độ phong bế cảm giác và vận động
- Các tác dụng không mong muốn của gây tê tùy sống, gây tê ngoài màng cứng.
- Tiêu chuẩn chuyển người bệnh khỏi phòng Hồi tỉnh: không có rối loạn về huyết động và hô hấp; phục hồi hoàn toàn vận động, mức phong bế cảm giác dưới T12 (dưới nếp bẹn).

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

7.1. Tai biến do thuốc và xử trí

1.1. Dị ứng, sốc phản vệ với thuốc tê: ít gặp với các thuốc tê thể hệ mới.

Xử trí: dừng sử dụng thuốc tê; sử dụng phác đồ chống sốc phản vệ theo Bộ y tế

1.2. Ngộ độc thuốc tê: do tiêm nhầm vào mạch máu.

Xử trí: dừng sử dụng thuốc tê, chống co giật, cấp cứu hồi sức hô hấp, tuần hoàn, truyền intralipid khi bị ngộ độc thuốc tê nhóm bupivacain và ropivacain.

7.2. Tai biến do kỹ thuật và xử trí

- Thủng màng cứng: rút kim chuyển vị trí chọc khác (trên vị trí cũ) hoặc chuyển phương pháp vô cảm.
- Gây tê tùy sống toàn bộ do tiêm thuốc tê vào khoang dưới nhện: cấp cứu hồi sức hô hấp, tuần hoàn.
- Hạ huyết áp, mạch chậm: điều trị bằng thuốc co mạch (ephedrin, adrenalin...) atropin và bù dịch.
- Đau đầu: nằm bất động, bù đủ dịch, sử dụng thuốc giảm đau, vá màng cứng bằng máu tự thân (Blood Patch).
- Buồn nôn và nôn: kiểm soát huyết áp, sử dụng thuốc chống nôn.
- Bí tiểu: chườm ấm, đặt ống thông bàng quang nếu cần.
- Các biến chứng khác: tụ máu ngoài màng cứng, tổn thương rễ thần kinh, hội chứng đuôi ngựa, viêm màng não tủy, áp xe khoang ngoài màng cứng. Cần hội chẩn và thăm dò thêm để xác định tổn thương.
- Gây tê thất bại phải chuyển phương pháp vô cảm.

VIII. GHI CHÉP HỒ SƠ

8.1. Trước giảm đau

- Chỉ định giảm đau ngoài màng cứng
- Mức độ đau ban đầu
- Phiếu cam kết thủ thuật

8.2. Trong quá trình

- Vị trí đặt catheter
- Thuốc sử dụng, liều, tốc độ truyền
- Bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

- Diễn biến và tai biến (nếu có)

8.3. Sau giảm đau

- Hiệu quả giảm đau
- Tình trạng vận động – cảm giác
- Thời điểm rút catheter
- Chữ ký người thực hiện

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Qui trình gây mê hồi sức (Ban hành kèm theo Quyết định số 782/QĐ-BYT ngày 4 tháng 3 năm 2016 của Bộ trưởng Bộ Y Tế).

QUY TRÌNH KỸ THUẬT GIẢM ĐAU CẤP TÍNH ĐƯỜNG TỦY SỐNG KẾT HỢP NGOÀI MÀNG CỨNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Giảm đau cấp tính đường tủy sống kết hợp ngoài màng cứng là kỹ thuật phối hợp tiêm thuốc giảm đau vào khoang dưới nhện để đạt hiệu quả giảm đau nhanh, sau đó duy trì giảm đau liên tục qua catheter ngoài màng cứng, giúp kiểm soát đau hiệu quả và kéo dài.

II. CHỈ ĐỊNH

- Đau cấp tính mức độ vừa đến nặng:
 - ❖ Đau sau phẫu thuật bụng, ngực, chỉnh hình

- ❖ Đau sau mổ lấy thai
 - ❖ Đau do chấn thương nặng
 - Giảm đau liên tục sau gây tê/gây mê vùng
 - Người bệnh cần giảm đau kéo dài nhưng vẫn tỉnh táo
- III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Chống chỉ định tuyệt đối

- Người bệnh không đồng ý
- Nhiễm trùng tại vị trí chọc kim
- Rối loạn đông máu chưa được kiểm soát
- Sốc, tụt huyết áp chưa điều chỉnh
- Dị ứng thuốc dự kiến sử dụng

3.2. Chống chỉ định tương đối

- Biến dạng cột sống
- Nhiễm trùng toàn thân
- Bệnh lý thần kinh trung ương

IV. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện kỹ thuật: bác sĩ, điều dưỡng viên chuyên khoa gây mê hồi sức.

4.2. Phương tiện:

4.2.1. Phương tiện cấp cứu và theo dõi

- Phương tiện hồi sức: nguồn oxy, bóng Ambu, mask, các phương tiện đặt nội khí quản, máy mê kèm thở, máy sốc điện, máy hút...
- Thuốc hồi sức tuần hoàn: dịch truyền, thuốc: ephedrin, adrenalin...
- Thuốc chống co giật: họ barbituric, benzodiazepin, giãn cơ, intralipid 10-20%...
- Phương tiện theo dõi thường quy: điện tim, huyết áp, bão hòa oxy, nhịp thở...

4.2.2. Phương tiện, dụng cụ gây tê và thuốc tê

- Bơm kim tiêm các cỡ, găng tay, gạc vô trùng, pince, cồn sát trùng, khăn lã vô trùng, kim gây tê tùy sống các cỡ, bộ gây tê ngoài màng cứng, ...
- Thuốc tê: lidocain, bupivacain, levobupivacain, ropivacain... có thể phối hợp với thuốc họ morphin, adrenalin, clonidin, ...Liều dùng dựa vào trọng lượng, chiều cao và thể trạng của cơ thể người bệnh; giảm liều đối với người > 60 tuổi, thiếu máu, có thai.

4.3. Chuẩn bị người bệnh

- Thăm khám trước mổ, giải thích cho người bệnh cùng hợp tác khi gây tê.
- Vệ sinh vùng gây tê.
- Cho người bệnh an thần tối hôm trước mổ (nếu cần).

4.4. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

- Theo qui định của Bộ y tế

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Kiểm tra hồ sơ

5.2. Kiểm tra người bệnh

5.3. Thực hiện kỹ thuật

Có hai kỹ thuật:

- Gây tê tủy sống và ngoài màng cứng riêng rẽ.
- Gây tê tủy sống-ngoài màng cứng một lần (kim trong kim)

5.3.1. Chuẩn bị chung:

- Dự phòng hạ huyết áp: đặt đường truyền tĩnh mạch có hiệu quả và bù dịch từ 5-10 ml/kg (đối với người lớn).
- Tư thế: Thường có 2 tư thế:
 - ❖ Tư thế ngồi: người bệnh ngồi cong lưng, đầu cúi, cầm tì vào ngực, chân duỗi trên mặt bàn mổ hoặc bàn chân đặt trên ghế.
 - ❖ Tư thế nằm: người bệnh nằm nghiêng cong lưng, hai đầu gối áp sát vào bụng cầm tì vào ngực.
- Người thực hiện: đội mũ, đeo khẩu trang, rửa tay, mặc áo, đi găng vô khuẩn.
- Sát trùng vùng chọc kim 3 lần bằng dung dịch sát trùng và phủ khăn lỗ vô trùng.

5.3.2. Kỹ thuật gây tê tủy sống và ngoài màng cứng riêng rẽ

5.3.2.1. Kỹ thuật gây tê tủy sống

- Kỹ thuật gây tê tủy sống: đường giữa hoặc đường bên.
 - ❖ Đường giữa: chọc vào khe giữa 2 đốt sống, vị trí L2-L3 đến L4-L5.
 - ❖ Đường bên: chọc cách đường giữa 1-2cm, hướng kim vào đường giữa, lên trên, ra trước.
 - ❖ Hướng mặt vát của kim gây tê song song với cột sống người bệnh.
 - ❖ Chọc kim cho đến khi đạt được cảm giác mất sức cản do kim đi qua màng cứng.
 - ❖ Kiểm tra nếu có dịch não tủy chảy ra, quay mũi vát của kim về phía đầu người bệnh và bơm thuốc tê.
- Thuốc tê: bupivacain, levobupivacain, ropivacain... có thể phối hợp với thuốc họ morphin (morphin từ 100-300 mcg; fentanyl 25-50 mcg, sulfentanil 2,5-5 mcg...). Liều dùng dựa vào trọng lượng, chiều cao và thể trạng của cơ thể người bệnh: bupivacain liều từ 3-12mg; levobupivacain từ 5-12mg; ropivacain liều từ 5-20mg; giảm liều đối với người > 60 tuổi, thiếu máu, có thai.

5.3.2.2 Kỹ thuật gây tê ngoài màng cứng:

- Dự phòng hạ huyết áp: đặt đường truyền tĩnh mạch có hiệu quả và bù dịch từ 5-10 ml/kg (đối với người lớn).
- Tư thế bệnh nhân, đường chọc tương tự gây tê tủy sống. Vị trí L2-3, L3-4. Gây tê tại chỗ bằng lidocain 1-2% Xác định khoang ngoài màng cứng bằng các dấu hiệu: mất sức cản, giọt nước treo, siêu âm (nếu có).
- Đánh giá kim nằm đúng vị trí bằng mất sức cản và không có sự trào ngược của dịch não tủy và máu.
- Xoay mặt vát kim hướng lên đầu, luồn catheter từ từ với độ dài trong khoang ngoài màng cứng 3-6cm.
- Rút kim Tuohy

- Hút kiểm tra và làm test bằng 2-3ml lidocain 2% trộn adrenalin 1/200.000.
- Cố định catheter bằng băng vô khuẩn.
- Thuốc sử dụng: lidocain 2% 10-20ml; bupivacain 0,25-0,5% 10-20ml; ropivacain 0,25-0,5% 10-20ml; levobupivacain 0,25-0,5% 10-20ml. Các thuốc phối hợp: morphin 30-50mcg/kg; sufentanil 0,2mcg/kg không được vượt quá 30mcg/kg; fentanyl 25-100mcg.
- Truyền liên tục: bupivacain 0,125-0,25%, tốc độ chạy từ 4-6ml/giờ; ropivacain 0,125-0,25% 4-10ml/giờ; levobupivacain 0,125-0,25% 4-10ml/giờ. Nồng độ các thuốc phối hợp: morphin 10-20mcg/ml; fentanyl 1-2mcg/ml; sufentanil 0,5mcg/ml.

5.3.3.3. Gây tê tủy sống-ngoài màng cứng một lần (kim trong kim)

- Thực hiện kỹ thuật chọc kim Tuohy vào khoang ngoài màng cứng như trên.
- Luồn kim tủy sống 27G vào trong kim Tuohy cho đến khi có cảm giác chọc qua màng cứng, kiểm tra có dịch não tủy trào ra
- Cố định kim tủy sống, tiêm thuốc vào khoang dưới nhện rồi rút kim ra (Liều thuốc gây tê tủy sống như trên).
- Luồn catheter vào trong khoang ngoài màng cứng từ 3-6cm.
- Cố định catheter bằng băng dán vô khuẩn.
- Truyền liên tục: bupivacain 0,125-0,25%, tốc độ chạy từ 4-6ml/giờ; ropivacain 0,125-0,25% 4-10ml/giờ; levobupivacain 0,125-0,25% 4-10ml/giờ. Nồng độ các thuốc phối hợp: morphin 10-20mcg/ml; fentanyl 1-2mcg/ml; sufentanil 0,5mcg/ml.

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

6.1. Tai biến do thuốc và xử trí

6.1.1. Dị ứng, sốc phản vệ với thuốc tê: ít gặp với các thuốc tê thế hệ mới.

Xử trí: dừng sử dụng thuốc tê; sử dụng phác đồ chống sốc phản vệ theo Bộ y tế

6.1.2. Ngộ độc thuốc tê: do tiêm nhầm vào mạch máu.

Xử trí: dừng sử dụng thuốc tê, chống co giật, cấp cứu hồi sức hô hấp, tuần hoàn, truyền intralipid khi bị ngộ độc thuốc tê nhóm bupivacain và ropivacain.

6.2. Tai biến do kỹ thuật và xử trí

- Thủng màng cứng: rút kim chuyển vị trí chọc khác (trên vị trí cũ) hoặc chuyển phương pháp vô cảm.
- Gây tê tủy sống toàn bộ do tiêm thuốc tê vào khoang dưới nhện: cấp cứu hồi sức hô hấp, tuần hoàn.
- Hạ huyết áp, mạch chậm: điều trị bằng thuốc co mạch (ephedrin, adrenalin...) atropin và bù dịch.
- Đau đầu: nằm bất động, bù đủ dịch, sử dụng thuốc giảm đau, vá màng cứng bằng máu tự thân (Blood Patch).
- Buồn nôn và nôn: kiểm soát huyết áp, sử dụng thuốc chống nôn.
- Bí tiểu: chườm ấm, đặt ống thông bàng quang nếu cần.
- Các biến chứng khác: tụ máu ngoài màng cứng, tổn thương rễ thần kinh, hội chứng đuôi ngựa, viêm màng não tủy, áp xe khoang ngoài màng cứng. Cần hội chẩn và thăm dò thêm để xác định tổn thương.

- Gây tê thất bại phải chuyển phương pháp vô cảm.
- VII. GHI CHÉP HỒ SƠ

7.1. Trước giảm đau

- Chỉ định giảm đau ngoài màng cứng
- Mức độ đau ban đầu
- Phiếu cam kết thủ thuật

7.2. Trong quá trình

- Vị trí đặt catheter
- Thuốc sử dụng, liều, tốc độ truyền
- Bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật
- Diễn biến và tai biến (nếu có)

7.3. Sau giảm đau

- Hiệu quả giảm đau
- Tình trạng vận động – cảm giác
- Thời điểm rút catheter
- Chữ ký người thực hiện

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Qui trình gây mê hồi sức (Ban hành kèm theo Quyết định số 782/QĐ-BYT ngày 4 tháng 3 năm 2016 của Bộ trưởng Bộ Y Tế).

QUY TRÌNH KỸ THUẬT GIẢM ĐAU CẤP TÍNH BẰNG ĐƯỜNG UỐNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Giảm đau cấp tính bằng đường uống là kỹ thuật sử dụng các thuốc giảm đau dùng đường uống nhằm kiểm soát cơn đau cấp mức độ nhẹ đến vừa, giúp người bệnh dễ chịu, cải thiện chất lượng điều trị và hạn chế các can thiệp xâm lấn.

II. CHỈ ĐỊNH

- Đau cấp tính mức độ **nhẹ đến vừa**:
 - ❖ Đau sau thủ thuật, phẫu thuật nhỏ
 - ❖ Đau cơ xương khớp cấp

- ❖ Đau đầu, đau răng, đau bụng mức độ nhẹ
 - Người bệnh:
 - ❖ Tỉnh táo
 - ❖ Nuốt được
 - ❖ Không nôn ói
 - Đau không cần can thiệp giảm đau đường tiêu hóa vùng
- III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Chống chỉ định tuyệt đối

- Dị ứng với thuốc giảm đau dự kiến sử dụng
- Không uống được (rối loạn nuốt, nôn nhiều)
- Tắc ruột, xuất huyết tiêu hóa đang tiến triển

3.2. Chống chỉ định tương đối

- Suy gan, suy thận
 - Loét dạ dày – tá tràng (đối với NSAIDs)
 - Người cao tuổi, phụ nữ có thai (cân nhắc thuốc)
- IV. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Bác sĩ chỉ định thuốc
- Điều dưỡng thực hiện và theo dõi người bệnh

4.2. Phương tiện – thuốc

- Thuốc giảm đau đường uống thường dùng:
 - ❖ Paracetamol
 - ❖ NSAIDs (ibuprofen, diclofenac...)
 - ❖ Opioid nhẹ (tramadol...) khi cần
- Nước uống sạch
- Phương tiện theo dõi sinh hiệu khi cần

4.3. Người bệnh

- Được giải thích mục đích và cách dùng thuốc
- Đánh giá mức độ đau ban đầu (VAS/NRS)
- Tư thế thoải mái

V. NGUYÊN TẮC

- Lựa chọn thuốc theo **bậc thang giảm đau**
- Cá thể hóa liều dùng theo tuổi, cân nặng, bệnh nền
- Không vượt quá liều tối đa cho phép

- Theo dõi tác dụng không mong muốn
- VI. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Trước khi giảm đau

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án và chỉ định giảm đau đường uống.
2. Đánh giá người bệnh:
 - ❖ Mức độ đau (VAS/NRS).
 - ❖ Tình trạng tỉnh táo, khả năng nuốt.
 - ❖ Tiền sử dị ứng thuốc.
3. Kiểm tra chống chỉ định của thuốc dự kiến sử dụng.
4. Giải thích cho người bệnh về thuốc và cách dùng.

6.2. Tiến hành giảm đau

1. Lựa chọn thuốc giảm đau phù hợp:
 - ❖ Đau nhẹ: paracetamol.
 - ❖ Đau vừa: paracetamol ± NSAIDs hoặc opioid nhẹ.
2. Cho người bệnh uống thuốc đúng liều, đúng thời điểm theo y lệnh.
3. Hướng dẫn uống thuốc với nước, không nhai hoặc bẻ thuốc nếu không được phép.

6.3. Đánh giá hiệu quả

1. Đánh giá lại mức độ đau sau:
 - ❖ **30–60 phút** đối với thuốc giảm đau nhanh.
2. So sánh với mức độ đau ban đầu.
3. Mục tiêu:
 - ❖ Giảm đau rõ rệt ($\geq 30\text{--}50\%$).
 - ❖ Người bệnh dễ chịu, sinh hiệu ổn định.

VII. THEO DÕI

- Theo dõi:
 - ❖ Mức độ đau định kỳ.
 - ❖ Các tác dụng không mong muốn:
 - Buồn nôn, nôn
 - Đau thượng vị
 - Chóng mặt, buồn ngủ
- Đánh giá hiệu quả để điều chỉnh phác đồ nếu cần.

VIII. TAI BIẾN – XỬ TRÍ

8.1. Tai biến

- Kích ứng dạ dày – tá tràng
- Dị ứng thuốc
- Buồn nôn, chóng mặt

8.2. Xử trí

- Ngừng thuốc nghi ngờ
- Điều trị triệu chứng
- Đổi sang nhóm thuốc khác hoặc đường dùng khác nếu cần

IX. GHI CHÉP HỒ SƠ

9.1. Trước giảm đau

- Mức độ đau ban đầu
- Chỉ định giảm đau đường uống

9.2. Trong quá trình

- Tên thuốc, liều lượng, thời điểm dùng

9.3. Sau giảm đau

- Mức độ đau sau dùng thuốc
- Tác dụng không mong muốn (nếu có)
- Chữ ký người thực hiện

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trường Đại học Y Hà Nội. *Giáo trình Gây mê Hồi sức*. Nhà xuất bản Y học.
2. WHO. *Cancer Pain Relief and Analgesic Ladder*.
3. Miller RD. *Miller's Anesthesia*. Elsevier.
4. Barash PG. *Clinical Anesthesia*. Wolters Kluwer

QUY TRÌNH KỸ THUẬT GIẢM ĐAU MẠN TÍNH BẰNG THUỐC TIÊM ĐƯỜNG TĨNH MẠCH

I. ĐẠI CƯƠNG

Giảm đau mạn tính bằng thuốc tiêm đường tĩnh mạch là kỹ thuật sử dụng các thuốc giảm đau, an thần hoặc thuốc hỗ trợ khác đưa trực tiếp vào đường tĩnh mạch nhằm kiểm soát tình trạng đau kéo dài ≥ 3 tháng, khi các biện pháp điều trị thông thường (thuốc uống, vật lý trị liệu, phong bế đơn giản) không đạt hiệu quả. Kỹ thuật được thực hiện trong điều kiện theo dõi đầy đủ nhằm đảm bảo an toàn cho người bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH

- Đau mạn tính do bệnh lý cơ xương khớp, thần kinh, ung thư.
- Đau mạn tính sau phẫu thuật.
- Đau mạn tính không đáp ứng hoặc đáp ứng kém với thuốc đường uống.
- Đợt đau bùng phát ảnh hưởng nghiêm trọng đến sinh hoạt và chất lượng sống.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Dị ứng với thuốc dự kiến sử dụng.
- Suy hô hấp, suy tuần hoàn chưa được hồi sức ổn định.
- Rối loạn đông máu nặng.

- Nhiễm trùng toàn thân hoặc tại vị trí đặt đường truyền.
 - Người bệnh không hợp tác hoặc không đồng ý thực hiện.
- IV. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa Gây mê Hồi sức hoặc bác sĩ được đào tạo về quản lý đau.
- Điều dưỡng được đào tạo về truyền thuốc tĩnh mạch và theo dõi người bệnh.

4.2. Phương tiện, trang thiết bị

- Monitor theo dõi: mạch, huyết áp, SpO₂, nhịp thở.
- Oxy, bóng Ambu, mask.
- Máy hút đờm.
- Phương tiện đặt đường truyền tĩnh mạch.
- Thuốc và phương tiện cấp cứu (adrenalin, atropin, thuốc vận mạch, naloxone...).

4.3. Thuốc

- Thuốc giảm đau tĩnh mạch: opioid (morphin, fentanyl...), paracetamol tĩnh mạch, NSAIDs (nếu không chống chỉ định).
- Thuốc hỗ trợ/an thần (khi cần): midazolam, ketamine liều thấp.
- Thuốc phòng và xử trí tác dụng phụ: chống nôn, kháng histamin.

4.4. Người bệnh

- Giải thích mục đích, lợi ích và nguy cơ của kỹ thuật; ký cam kết.
- Đánh giá mức độ đau (VAS/NRS), bệnh lý kèm theo, thuốc đang sử dụng.
- Nhịn ăn theo quy định nếu có sử dụng thuốc an thần.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Trước khi thực hiện

- Kiểm tra đúng người bệnh, đúng chỉ định.
- Đánh giá và ghi nhận các chỉ số sinh tồn ban đầu.
- Đặt đường truyền tĩnh mạch đảm bảo.
- Chuẩn bị đầy đủ thuốc, phương tiện cấp cứu.

5.2. Thực hiện giảm đau

- Tiêm hoặc truyền thuốc giảm đau đường tĩnh mạch theo y lệnh, liều phù hợp với từng người bệnh.
- Tiêm/truyền chậm, theo dõi sát đáp ứng lâm sàng.
- Theo dõi liên tục mạch, huyết áp, nhịp thở, SpO₂ trong quá trình thực hiện.

- Hỗ trợ oxy khi cần.

5.3. Sau khi thực hiện

- Tiếp tục theo dõi người bệnh tối thiểu 30–60 phút hoặc lâu hơn tùy loại thuốc sử dụng.
- Đánh giá lại mức độ giảm đau, tác dụng không mong muốn.
- Điều chỉnh liều hoặc kế hoạch điều trị tiếp theo nếu cần.

VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC

- Theo dõi dấu hiệu suy hô hấp, tụt huyết áp, buồn nôn, nôn.
- Đánh giá hiệu quả giảm đau định kỳ.
- Tư vấn người bệnh về kế hoạch kiểm soát đau lâu dài.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Suy hô hấp: hỗ trợ thông khí, oxy, dùng thuốc đối kháng opioid khi cần.
- Tụt huyết áp: bù dịch, thuốc vận mạch.
- Phản vệ: xử trí theo phác đồ phản vệ của Bộ Y tế.
- Buồn nôn, nôn: dùng thuốc chống nôn, theo dõi hít sặc.

VIII. GHI CHÉP HỒ SƠ

- Ghi đầy đủ thuốc, liều lượng, thời gian sử dụng.
- Ghi các chỉ số theo dõi trước – trong – sau thực hiện.
- Đánh giá mức độ đau và đáp ứng điều trị.
- Ký xác nhận của bác sĩ thực hiện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trường Đại học Y Hà Nội. *Giáo trình Gây mê Hồi sức*. Nhà xuất bản Y học.
2. WHO. *Cancer Pain Relief and Analgesic Ladder*.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT

GIẢM ĐAU MẠN TÍNH BẰNG THUỐC ĐƯỜNG UỐNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Giảm đau mạn tính bằng thuốc đường uống là phương pháp điều trị sử dụng các thuốc giảm đau dùng đường uống nhằm kiểm soát các hội chứng đau kéo dài trên 3 tháng. Phương pháp này có vai trò nền tảng trong điều trị đau mạn tính, giúp cải thiện chất lượng cuộc sống, chức năng vận động và tâm lý cho người bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH

- Đau mạn tính (≥ 3 tháng):
 - ❖ Đau cơ xương khớp mạn tính
 - ❖ Đau thần kinh mạn tính
 - ❖ Đau do ung thư (giai đoạn ổn định)
 - Đau mạn tính sau phẫu thuật
- Người bệnh còn tỉnh táo, uống thuốc được
- Đau mức độ nhẹ đến trung bình hoặc phối hợp trong điều trị đau nặng

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Dị ứng hoặc quá mẫn với thuốc dự kiến sử dụng
- Suy gan, suy thận nặng (tùy từng loại thuốc)
- Loét dạ dày – tá tràng tiến triển (đối với NSAIDs)
- Rối loạn ý thức không uống thuốc được
- Các chống chỉ định đặc hiệu khác của từng nhóm thuốc

IV. CHUẨN BỊ

4.1. Nhân lực

- Bác sĩ được đào tạo về điều trị đau hoặc Gây mê – Hồi sức
- Điều dưỡng theo dõi, hướng dẫn người bệnh dùng thuốc

4.2. Phương tiện

- Hồ sơ bệnh án, thang đánh giá đau (VAS, NRS)
- Phương tiện theo dõi sinh hiệu

4.3. Thuốc

- Paracetamol
- Thuốc kháng viêm không steroid (NSAIDs)

- Opioid đường uống (codein, tramadol, morphin...)
- Thuốc giảm đau thần kinh: gabapentin, pregabalin, amitriptylin...
- Thuốc hỗ trợ: giãn cơ, thuốc bảo vệ dạ dày

4.4 Người bệnh

- Giải thích mục đích, lợi ích và nguy cơ ; ký cam kết.
 - Đánh giá mức độ đau (VAS/NRS), bệnh lý kèm theo, thuốc đang sử dụng.
- V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Đánh giá người bệnh

- Khai thác bệnh sử, thời gian và tính chất đau
- Đánh giá mức độ đau bằng thang điểm
- Đánh giá chức năng gan, thận, tiêu hóa
- Giải thích cho người bệnh về kế hoạch điều trị

5.2. Lựa chọn phác đồ thuốc

Áp dụng **thang giảm đau của WHO**:

- Bậc 1(đau nhẹ) : Paracetamol hoặc NSAIDs
+/- thuốc hỗ trợ (Gabapentin hoặc thuốc chống trầm cảm 3 vòng)
- Bậc 2 (đau trung bình hoặc đau dai dẳng/ tăng lên) : Opioid nhẹ (codein) +/- Paracetamol hoặc NSAIDs ; +/- thuốc hỗ trợ.
- Bậc 3 (đau nặng hoặc đau dai dẳng/ tăng lên) : Opioid mạnh (Morphin, Pethidin) ; +/- Paracetamol hoặc NSAIDs ; +/- thuốc hỗ trợ.

5.3. Sử dụng thuốc

- Dùng liều thấp khởi đầu, tăng dần theo đáp ứng
- Uống đúng giờ, không dùng khi đói (đối với NSAIDs)
- Phối hợp thuốc hỗ trợ khi cần thiết

5.4. Theo dõi và đánh giá lại

- Đánh giá hiệu quả giảm đau định kỳ
 - Theo dõi tác dụng không mong muốn: buồn nôn, táo bón, xuất huyết tiêu hóa, ức chế hô hấp...
 - Điều chỉnh liều hoặc thay đổi thuốc khi cần
- VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Buồn nôn, nôn: dùng thuốc chống nôn
- Táo bón do opioid: nhuận tràng, điều chỉnh liều
- Xuất huyết tiêu hóa: ngừng NSAIDs, xử trí theo phác đồ
- Quá liều opioid: ngừng thuốc, xử trí cấp cứu, dùng naloxon khi cần

VII. GHI CHÉP HỒ SƠ

- Mức độ đau trước và sau điều trị
- Loại thuốc, liều lượng, thời gian sử dụng
- Tác dụng không mong muốn và cách xử trí
- Đánh giá hiệu quả điều trị định kỳ

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế. *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đau*. Nhà xuất bản Y học.
2. Trường Đại học Y Hà Nội. *Giáo trình Gây mê Hồi sức*. Nhà xuất bản Y học.
3. World Health Organization. *Cancer Pain Relief*.
4. American Pain Society. *Guidelines on the Management of Chronic Pain*.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT

GIẢM ĐAU MẠN TÍNH BẰNG THUỐC TIÊM BẮP

I. ĐẠI CƯƠNG

Giảm đau mạn tính bằng thuốc tiêm bắp là phương pháp sử dụng các thuốc giảm đau tiêm vào khối cơ nhằm kiểm soát các hội chứng đau kéo dài trên 3 tháng, trong trường hợp đường uống không phù hợp hoặc không đạt hiệu quả. Phương pháp này giúp thuốc hấp thu tương đối nhanh, dễ thực hiện, áp dụng tại các cơ sở khám chữa bệnh nhiều tuyến.

II. CHỈ ĐỊNH

- Đau mạn tính (≥ 3 tháng):
 - ❖ Đau cơ xương khớp mạn tính
 - ❖ Đau thần kinh mạn tính
 - ❖ Đau do ung thư giai đoạn ổn định
 - ❖ Đau mạn tính sau phẫu thuật
- Người bệnh không dung nạp hoặc không uống được thuốc đường uống
- Đau mức độ nhẹ đến trung bình, hoặc phối hợp trong điều trị đau nặng

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Dị ứng hoặc quá mẫn với thuốc sử dụng
- Nhiễm trùng, viêm da tại vị trí tiêm
- Rối loạn đông máu nặng
- Teo cơ hoặc tổn thương cơ tại vị trí tiêm
- Các chống chỉ định riêng của từng loại thuốc

IV. CHUẨN BỊ

4.1. Nhân lực

- Bác sĩ được đào tạo về điều trị đau hoặc Gây mê Hồi sức
- Điều dưỡng thực hiện kỹ thuật tiêm bắp

4.2. Phương tiện

- Bơm kim tiêm vô khuẩn
- Găng tay sạch/vô khuẩn, bông, cồn sát khuẩn
- Phương tiện theo dõi sinh hiệu
- Phương tiện cấp cứu phản vệ

4.3. Thuốc

- Thuốc giảm đau không opioid: paracetamol tiêm bắp, NSAIDs (diclofenac...)
- Opioid tiêm bắp (theo chỉ định và quy định): morphin, pethidin...
- Thuốc hỗ trợ: giãn cơ, vitamin nhóm B
- Thuốc cấp cứu: adrenalin, kháng histamin, corticoid

4.4 Người bệnh

- Giải thích mục đích, lợi ích và nguy cơ ; ký cam kết.

- Đánh giá mức độ đau (VAS/NRS), bệnh lý kèm theo, thuốc đang sử dụng.
- V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Đánh giá người bệnh

- Khai thác bệnh sử, thời gian và mức độ đau
- Đánh giá mức độ đau bằng thang điểm (VAS, NRS)
- Kiểm tra tiền sử dị ứng thuốc
- Giải thích cho người bệnh về mục đích và nguy cơ của kỹ thuật

5.2. Thực hiện tiêm bắp

- Lựa chọn vị trí tiêm phù hợp (cơ mông, cơ đùi, cơ delta)
- Sát khuẩn vùng tiêm, để khô tự nhiên
- Tiêm thuốc đúng kỹ thuật, đúng liều lượng
- Rút kim, ép bông tại chỗ tiêm

5.3. Sau tiêm

- Theo dõi người bệnh ít nhất 30 phút
 - Đánh giá lại mức độ đau
 - Phát hiện sớm phản ứng bất lợi hoặc phản vệ
- VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Đau, tụ máu tại chỗ tiêm: chườm lạnh, theo dõi
- Phản ứng dị ứng: xử trí theo phác đồ phản vệ của Bộ Y tế
- Buồn nôn, chóng mặt: điều chỉnh liều, theo dõi
- Lệ thuộc thuốc (đối với opioid): đánh giá và kiểm soát chặt chẽ

VII. GHI CHÉP HỒ SƠ

- Ghi rõ mức độ đau trước và sau tiêm
- Loại thuốc, liều lượng, thời gian, vị trí tiêm
- Diễn biến lâm sàng và tác dụng không mong muốn
- Chữ ký bác sĩ chỉ định và điều dưỡng thực hiện

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế. *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đau*. Nhà xuất bản Y học.
2. Trường Đại học Y Hà Nội. *Giáo trình Gây mê Hồi sức*. Nhà xuất bản Y học.
3. World Health Organization. *Cancer Pain Relief*.
4. American Pain Society. *Guidelines on the Management of Chronic Pain*.

