

BỘ Y TẾ

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số: **2831** /QĐ-BYT

Hà Nội, ngày **04** tháng **7** năm 2019

QUYẾT ĐỊNH

Về việc ban hành tài liệu Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Nhi Khoa

BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ

Căn cứ Luật khám bệnh, chữa bệnh năm 2009;

Căn cứ Nghị định 75/2017/NĐ-CP ngày 20 tháng 6 năm 2017 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ Y tế;

Xét Biên bản họp ngày 26-27 tháng 12 năm 2018 của Hội đồng nghiệm thu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật Nhi khoa của Bộ Y tế;

Xét đề nghị của Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh,

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định này tài liệu “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Nhi khoa”, gồm 210 quy trình kỹ thuật.

Điều 2. Tài liệu “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Nhi khoa” ban hành kèm theo Quyết định này được áp dụng tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

Căn cứ vào tài liệu hướng dẫn này và điều kiện cụ thể của đơn vị, Giám đốc cơ sở khám bệnh, chữa bệnh xây dựng và ban hành tài liệu Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Nhi khoa phù hợp để thực hiện tại đơn vị.

Điều 3. Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký ban hành.

Điều 4. Các ông, bà: Chánh Văn phòng Bộ, Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh, Chánh Thanh tra Bộ, Cục trưởng và Vụ trưởng các Cục, Vụ thuộc Bộ Y tế, Giám đốc các bệnh viện, viện có giường bệnh trực thuộc Bộ Y tế, Giám đốc Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương, Thủ trưởng Y tế các Bộ, Ngành và Thủ trưởng các đơn vị có liên quan chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này./.

Nơi nhận:

- Như Điều 4;
- Bộ trưởng Bộ Y tế (để b/c);
- Các Thứ trưởng BHYT;
- Bảo hiểm Xã hội Việt Nam (để phối hợp);
- Công thông tin điện tử BHYT;
- Website Cục QLKCB;
- Lưu VT, KCB.

KT. BỘ TRƯỞNG
THỨ TRƯỞNG



Nguyễn Việt Tiến

DANH SÁCH HƯỚNG DẪN QUY TRÌNH KỸ THUẬT NHI KHOA

(Ban hành kèm theo Quyết định số /QĐ-BYT ngày tháng năm 2019
của Bộ trưởng Bộ Y tế)

TT	TÊN QUY TRÌNH KỸ THUẬT
1.	Hỗ trợ hô hấp - tuần hoàn bằng màng trao đổi oxy ngoài cơ thể (ECMO)
2.	Hỗ trợ hô hấp bằng màng trao đổi oxy ngoài cơ thể (ECMO)
3.	Liệu pháp hạ thân nhiệt trong điều trị bệnh não thiếu oxy – thiếu máu cục bộ (HIE)
4.	Quy trình kỹ thuật đặt catheter tĩnh mạch trung tâm từ tĩnh mạch ngoại vi cho trẻ sơ sinh
5.	Quy trình theo dõi ETCO ₂ liên tục tại giường
6.	Nuôi dưỡng người bệnh bằng đường truyền tĩnh mạch ngoại biên
7.	Kỹ thuật lấy máu động mạch quay làm xét nghiệm khí máu
8.	Thử đường máu mao mạch tại giường
9.	Lấy máu tĩnh mạch bẹn
10.	Kỹ thuật đặt kim luồn tĩnh mạch ngoại biên trẻ em
11.	Đặt dẫn lưu khí và dịch màng phổi
12.	Dẫn lưu thực quản cổ ở trẻ em (mổ mở)
13.	Phẫu thuật cắt u trung thất (mổ mở)
14.	Phẫu thuật cắt thùy phổi hay một phần thùy phổi
15.	Mở ngực thăm dò, sinh thiết ở trẻ em
16.	Phẫu thuật cắt kén khí phổi
17.	Phẫu thuật tim loại Blalock
18.	Phẫu thuật sửa hẹp đường ra thất phải
19.	Phẫu thuật bệnh gián đoạn quai động mạch chủ
20.	Phẫu thuật điều trị bất thường động mạch vành trái xuất phát từ động mạch phổi (Alcapa)
21.	Phẫu thuật bệnh chuyển gốc động mạch
22.	Phẫu thuật band động mạch phổi tạm thời trong điều trị các trường hợp tăng lượng máu lên phổi
23.	Bệnh tim bẩm sinh ba buồng nhĩ
24.	Phẫu thuật tĩnh mạch phổi bất thường bán phần

25.	Phẫu thuật cắt đoạn nối động mạch phổi
26.	Phẫu thuật dị dạng lồng xương ức
27.	Phẫu thuật bóc màng phổi điều trị ổ chèn màng phổi
28.	Phẫu thuật cắt tuyến hung
29.	Dẫn lưu áp xe phổi trẻ em
30.	Phẫu thuật tạo hình thực quản bằng dạ dày
31.	Phẫu thuật tạo hình thực quản bằng đại tràng
32.	Phẫu thuật điều trị thoát vị qua khe thực quản
33.	Phẫu thuật điều trị thoát vị hoành bẩm sinh (mổ mở)
34.	Phẫu thuật điều trị nhào cơ hoành (mổ mở)
35.	Mở thông dạ dày kiểu Stamm
36.	Phẫu thuật điều trị ruột đôi
37.	Phẫu thuật điều trị tắc tá tràng bẩm sinh
38.	Phẫu thuật tắc ruột do bã thức ăn
39.	Phẫu thuật xoắn ruột
40.	Phẫu thuật tắc ruột do dính/ dây chằng không cắt nối ruột
41.	Phẫu thuật tắc ruột do dính/ dây chằng có cắt nối ruột
42.	Phẫu thuật làm hậu môn nhân tạo ở trẻ lớn
43.	Phẫu thuật tháo lồng không cắt ruột
44.	Phẫu thuật tháo lồng có cắt ruột, nối ngay hoặc dẫn lưu hai đầu ruột
45.	Phẫu thuật bệnh phình đại tràng bẩm sinh 2 thì (mổ nội soi)
46.	Thụt tháo đại tràng trong bệnh phình đại tràng bẩm sinh
47.	Tháo lồng bằng khí/nước
48.	Phẫu thuật điều trị viêm ruột thừa
49.	Phẫu thuật điều trị viêm phúc mạc ruột thừa
50.	Phẫu thuật tạo hình hậu môn kiểu Y-V trong điều trị hẹp hậu môn
51.	Phẫu thuật điều trị nang rốn/polyp rốn
52.	Phẫu thuật Kasai điều trị teo mật
53.	Phẫu thuật cắt nang ống mật chủ nối mật ruột
54.	Quy trình kỹ thuật thay băng vết mổ
55.	Phẫu thuật nội soi điều trị lồng ruột
56.	Phẫu thuật Kasai điều trị teo mật (Phương pháp nội soi)
57.	Phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa

58.	Phẫu thuật nội soi cắt u nang buồng trứng
59.	Điện châm điều trị phục hồi chức năng cho trẻ bại liệt
60.	Điện châm điều trị liệt chi trên
61.	Điện châm điều trị chậm phát triển trí tuệ ở trẻ bại não
62.	Điện châm hỗ trợ điều trị bệnh tự kỷ ở trẻ em
63.	Điện châm điều trị hội chứng ngoại tháp
64.	Điện châm điều trị rối loạn tiêu tiện
65.	Điện châm điều trị bí đái cơ năng
66.	Điện châm điều trị rối loạn thần kinh thực vật
67.	Điện châm điều trị liệt tứ chi do chấn thương cột sống
68.	Điện châm điều trị viêm đa dây rễ thần kinh
69.	Điện châm điều trị chứng tic cơ mặt
70.	Xoa bóp bấm huyệt điều trị liệt chi trên
71.	Xoa bóp bấm huyệt điều trị liệt chi dưới
72.	Xoa bóp bấm huyệt điều trị liệt nửa người do tai biến mạch máu não
73.	Xoa bóp bấm huyệt phục hồi chức năng vận động ở trẻ bại não
74.	Xoa bóp bấm huyệt điều trị liệt do bệnh của cơ
75.	Xoa bóp bấm huyệt điều trị hội chứng ngoại tháp
76.	Xoa bóp bấm huyệt điều trị tổn thương rễ, đám rối dây thần kinh
77.	Xoa bóp bấm huyệt điều trị liệt thần kinh số VII ngoại biên
78.	Xoa bóp bấm huyệt điều trị táo bón mạn tính chức năng
79.	Xoa bóp bấm huyệt điều trị rối loạn tiêu hóa (chứng tiết tả)
80.	Xoa bóp bấm huyệt điều trị bí đái cơ năng
81.	Xoa bóp bấm huyệt điều trị rối loạn chức năng vận động sau chấn thương sọ não
82.	Xoa bóp bấm huyệt điều trị liệt tứ chi do chấn thương cột sống
83.	Xoa bóp bấm huyệt điều trị đái dầm cơ năng
84.	Soi đáy mắt cấp cứu
85.	Vá vỡ xương hốc mắt (thành dưới, thành trong ± dùng sụn sườn)
86.	Phẫu thuật lấy thể thủy tinh trong bao
87.	Phẫu thuật lấy thể thủy tinh ngoài bao, đặt thể thủy tinh nhân tạo trên mắt độc nhất, gàn mù
88.	Phẫu thuật tán nhuyễn thể thủy tinh đục bằng phương pháp siêu âm (phẫu thuật Phaco)
89.	Cắt dịch kính+ laser nội nhãn
90.	Cắt dịch kính, khí nội nhãn điều trị lỗ hoàng điểm

91.	Cắt dịch kính+ laser nội nhãn+ lấy dị vật nội nhãn
92.	Cắt dịch kính điều trị viêm mủ nội nhãn
93.	Cắt dịch kính điều trị tổ chức hóa dịch kính
94.	Cắt dịch kính điều trị tồn lưu dịch kính nguyên thủy
95.	Điều trị Glacom bằng quang đông thể mi
96.	Phẫu thuật mở bao sau thể thủy tinh bằng laser
97.	Laser excimer điều trị tật khúc xạ hay phẫu thuật điều trị tật khúc xạ bằng Laser excimer
98.	Điều trị sẹo giác mạc bằng laser
99.	Phẫu thuật thể thủy tinh sa, lệch tiền phòng bằng phương pháp Phaco, phối hợp cắt dịch kính, đặt Iol
100.	Phẫu thuật lấy thể thủy tinh sa vào dịch kính
101.	Phẫu thuật cắt thể thủy tinh và dịch kính sau chấn thương
102.	Phẫu thuật lấy thể thủy tinh ngoài bao điều trị đục thể thủy tinh bẩm sinh
103.	Phẫu thuật tái tạo cùng đồ
104.	Phẫu thuật điều trị lác có chỉnh chi
105.	Phẫu thuật gấp cân cơ nâng mi trên điều trị sụp mi
106.	Phẫu thuật treo mi - cơ trán điều trị sụp mi
107.	Phẫu thuật hạ mi trên điều trị co rút mi
108.	Điều trị chứng giật mi bằng tiêm Dysport
109.	Phẫu thuật rút ngắn góc trong mắt
110.	Sửa sẹo bỏng sau phẫu thuật Glôcôm
111.	Chọc hút dịch kính lấy bệnh phẩm
112.	Laser điều trị u nguyên bào võng mạc
113.	Lạnh đông điều trị u nguyên bào võng mạc
114.	Chích áp xe túi lệ
115.	Khâu phủ kết mạc
116.	Thăm dò, khâu vết thương củng mạc
117.	Khâu kết mạc
118.	Nặn tuyến bờ mi
119.	Phẫu thuật cắt u nội nhãn
120.	Cắt u kết mạc - giác mạc không vá
121.	Cắt u kết mạc - giác mạc có vá
122.	Cắt bỏ u hốc mắt qua thành ngoài hốc mắt
123.	Kỹ thuật làm dài thân răng lâm sàng

124.	Phẫu thuật cắt bỏ 1 chân răng để bảo tồn răng
125.	Phẫu thuật tạo hình nhú lợi
126.	Kỹ thuật lấy lại khoảng bằng khí cụ cố định
127.	Kỹ thuật nong rộng hàm bằng khí cụ tháo lắp
128.	Nắn chỉnh mất cân xứng hàm chiều trước sau bằng khí cụ tháo lắp
129.	Duy trì kết quả điều trị nắn chỉnh răng bằng khí cụ tháo lắp
130.	Làm lún răng cửa hàm dưới sử dụng khí cụ tháo lắp
131.	Nhổ chân răng vĩnh viễn
132.	Liên kết cố định răng lung lay bằng composite
133.	Chụp tủy bằng Hydroxit Canxi (Ca(OH)_2)
134.	Mài chỉnh khớp cắn
135.	Trám bít hố rãnh với Glass Ionomer Cement (GIC) hóa trùng hợp
136.	Phòng ngừa sâu răng với thuốc bôi bề mặt
137.	Điều trị răng sữa viêm tủy có hồi phục
138.	Lấy tủy buồng răng sữa
139.	Điều trị đóng cuống răng bằng MTA
140.	Phòng ngừa sâu răng bằng máng có Gel fluor
141.	Trám bít hố rãnh bằng nhựa Sealant
142.	Điều trị răng sữa sâu ngà phục hồi bằng Amalgam
143.	Điều trị răng sữa sâu ngà phục hồi bằng Glass Ionomer Cement (GIC)
144.	Điều trị viêm lợi ở trẻ em
145.	Điều trị nhạy cảm ngà bằng thuốc bôi (các loại)
146.	Phẫu thuật gãy lefort II bằng chỉ thép
147.	Phẫu thuật gãy Lefort II bằng nẹp vít
148.	Phẫu thuật gãy Lefort II bằng nẹp vít tự tiêu
149.	Phẫu thuật gãy Lefort III bằng chỉ thép
150.	Phẫu thuật gãy Lefort III bằng nẹp vít
151.	Phẫu thuật gãy Lefort III bằng nẹp vít tự tiêu
152.	Phẫu thuật gãy Lefort I bằng chỉ thép
153.	Phẫu thuật gãy Lefort I bằng nẹp vít
154.	Phẫu thuật gãy Lefort I bằng nẹp vít tự tiêu
155.	Nội soi cầm máu mũi không sử dụng Merocel (1 bên)
156.	Nội soi cầm máu mũi có sử dụng Merocel (1 bên)

157.	Vá nhĩ đơn thuần
158.	Thông vòi nhĩ
159.	Chích nhọt ống tai ngoài
160.	Làm thuốc tai
161.	Đốt cuốn mũi
162.	Bẻ cuốn mũi dưới
163.	Làm proetz
164.	Chích áp xe thành sau họng
165.	Cắt u nang hạ họng - thanh quản
166.	Chích áp xe quanh amidan
167.	Lấy dị vật họng miệng
168.	Phẫu thuật chấn thương thanh khí quản
169.	Phẫu thuật cắt amidan bằng coblator
170.	Phẫu thuật nội soi vá nhĩ đơn thuần
171.	Phẫu thuật nội soi vá nhĩ
172.	Phẫu thuật cắt u bạch mạch đường kính bằng và trên 10cm
173.	Phẫu thuật cắt u lành phần mềm trên 10cm
174.	Phẫu thuật cắt u bạch mạch đường kính dưới 10cm
175.	Phẫu thuật cắt u lành phần mềm dưới 10cm
176.	Phẫu thuật cắt u máu khu trú đường kính dưới 5cm
177.	Phẫu thuật cắt u xương sụn lành tính
178.	Lấy bỏ tổ chức u điều trị u xương
179.	Cố định ngoại vi trong điều trị gãy hở xương đùi
180.	Phẫu thuật KHX gãy xương đốt bàn và đốt ngón chân
181.	Phẫu thuật chỉnh bàn chân khoèo
182.	Phẫu thuật tháo bỏ các ngón chân
183.	Phẫu thuật chuyển vật che phủ phần mềm cuống mạch liên
184.	Phẫu thuật viêm xương cẳng chân lấy xương chết nạo viêm dẫn lưu
185.	Bột cravate
186.	Bột minerve
187.	Nắn chỉnh hình kiểu giai đoạn trong điều trị hội chứng Volkmann
188.	Nắn bó bột chỉnh hình chân chữ O
189.	Nắn bó bột chỉnh hình chân chữ X

190.	Nắn, bó bột trật khớp vai
191.	Nắn, bó gãy xương đòn
192.	Nắn, bó bột trật khớp khuỷu
193.	Nắn, bó bột gãy cổ xương cánh tay
194.	Nắn, bó bột gãy trên lồi cầu xương cánh tay
195.	Nắn, bó bột gãy Pouteau-Colles
196.	Nắn bó bột trật khớp háng
197.	Nắn, bó bột gãy mâm chày
198.	Nắn, bó bột gãy cổ xương đùi
199.	Nắn, bó bột gãy lồi cầu xương đùi
200.	Bó bột ống trong gãy xương bánh chè
201.	Nắn, bó bột trật khớp gối
202.	Nắn, bó bột gãy Monteggia
203.	Nắn, bó gãy xương gót
204.	Nẹp, máng bột các loại không nắn
205.	Phẫu thuật điều trị hở mí
206.	Phẫu thuật tạo hình mũi kín điều trị di chứng biến dạng môi mũi sau mổ khe hở môi
207.	Phẫu thuật tạo hình mũi di chứng khe hở môi bằng ghép sụn tự thân
208.	Phẫu thuật tạo hình mũi bằng sụn sườn
209.	Phẫu thuật tạo hình mũi bằng sụn vách mũi
210.	Phẫu thuật tạo hình mũi bằng sụn tai

KT. BỘ TRƯỞNG
THỨ TRƯỞNG



Nguyễn Viết Tiến

MỤC LỤC

1.	Hỗ trợ hô hấp - tuần hoàn bằng màng trao đổi oxy ngoài cơ thể (ECMO)	1
2.	Hỗ trợ hô hấp bằng màng trao đổi oxy ngoài cơ thể (ECMO)	4
3.	Liệu pháp hạ thân nhiệt trong điều trị bệnh não thiếu oxy - thiếu máu cục bộ (HIE)	7
4.	Quy trình kỹ thuật đặt catheter tĩnh mạch trung tâm từ tĩnh mạch ngoại vi cho trẻ sơ sinh	9
5.	Quy trình theo dõi ETCO ₂ liên tục tại giường	18
6.	Nuôi dưỡng người bệnh bằng đường truyền tĩnh mạch ngoại biên	20
7.	Kỹ thuật lấy máu động mạch quay làm xét nghiệm khí máu.	22
8.	Thử đường máu mao mạch tại giường	24
9.	Lấy máu tĩnh mạch bẹn	26
10.	Kỹ thuật đặt kim luồn tĩnh mạch ngoại biên trẻ em	29
11.	Đặt dẫn lưu khí và dịch màng phổi	32
12.	Dẫn lưu thực quản cổ ở trẻ em (mổ mở)	34
13.	Phẫu thuật cắt u trung thất (mổ mở)	36
14.	Phẫu thuật cắt thùy phổi hay một phần thùy phổi	38
15.	Mở ngực thăm dò, sinh thiết ở trẻ em	41
16.	Phẫu thuật cắt kén khí phổi	44
17.	Phẫu thuật tim loại Blalock	46
18.	Phẫu thuật sửa hẹp đường ra thất phải	49
19.	Phẫu thuật bệnh gián đoạn quai động mạch chủ	52
20.	Phẫu thuật điều trị bất thường động mạch vành trái xuất phát từ động mạch phổi (Alcapa)	56
21.	Phẫu thuật bệnh chuyển gốc động mạch	59
22.	Phẫu thuật band động mạch phổi tạm thời trong điều trị các trường hợp tăng lượng máu lên phổi	63
23.	Bệnh tim bẩm sinh ba buồng nhĩ	66
24.	Phẫu thuật tĩnh mạch phổi bất thường bán phần	69
25.	Phẫu thuật cắt đoạn nối động mạch phổi	72
26.	Phẫu thuật dị dạng lồng xương ức	75
27.	Phẫu thuật bóc màng phổi điều trị ổ cận màng phổi	77
28.	Phẫu thuật cắt tuyến hung	79
29.	Dẫn lưu áp xe phổi trẻ em	81
30.	Phẫu thuật tạo hình thực quản bằng dạ dày	83
31.	Phẫu thuật tạo hình thực quản bằng đại tràng	86
32.	Phẫu thuật điều trị thoát vị qua khe thực quản	89
33.	Phẫu thuật điều trị thoát vị hoành bẩm sinh (mổ mở)	92
34.	Phẫu thuật điều trị nhão cơ hoành (mổ mở)	94
35.	Mở thông dạ dày kiểu Stamm	96
36.	Phẫu thuật điều trị ruột đôi	99
37.	Phẫu thuật điều trị tắc tá tràng bẩm sinh	101
38.	Phẫu thuật tắc ruột do bã thức ăn	103
39.	Phẫu thuật xoắn ruột	105

40.	Phẫu thuật tắc ruột do dính/ dây chằng không cắt nối ruột.....	107
41.	Phẫu thuật tắc ruột do dính/ dây chằng có cắt nối ruột	109
42.	Phẫu thuật làm hậu môn nhân tạo ở trẻ lớn.....	111
43.	Phẫu thuật tháo lồng không cắt ruột.....	113
44.	Phẫu thuật tháo lồng có cắt ruột, nối ngay hoặc dẫn lưu hai đầu ruột	115
45.	Phẫu thuật bệnh phình đại tràng bẩm sinh 2 thì (mỏ nội soi)	117
46.	Thụt tháo đại tràng trong bệnh phình đại tràng bẩm sinh	119
47.	Tháo lồng bằng khí/nước	121
48.	Phẫu thuật điều trị viêm ruột thừa.....	124
49.	Phẫu thuật điều trị viêm phúc mạc ruột thừa	125
50.	Phẫu thuật tạo hình hậu môn kiểu Y-V trong điều trị hẹp hậu môn	127
51.	Phẫu thuật điều trị nang rốn/polyp rốn.....	129
52.	Phẫu thuật Kasai điều trị teo mật	131
53.	Phẫu thuật cắt nang ống mật chủ nối mật ruột.....	133
54.	Quy trình kỹ thuật thay băng vết mổ.....	136
55.	Phẫu thuật nội soi điều trị lồng ruột.....	139
56.	Phẫu thuật Kasai điều trị teo mật (Phương pháp nội soi)	141
57.	Phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa.....	144
58.	Phẫu thuật nội soi cắt u nang buồng trứng.....	146
59.	Điện châm điều trị phục hồi chức năng cho trẻ bại liệt	148
60.	Điện châm điều trị liệt chi trên.....	150
61.	Điện châm điều trị chậm phát triển trí tuệ ở trẻ bại não	152
62.	Điện châm hỗ trợ điều trị bệnh tự kỷ ở trẻ em	154
63.	Điện châm điều trị hội chứng ngoại tháp	156
64.	Điện châm điều trị rối loạn tiểu tiện	158
65.	Điện châm điều trị bí đái cơ năng	160
66.	Điện châm điều trị rối loạn thần kinh thực vật.....	162
67.	Điện châm điều trị liệt tứ chi do chấn thương cột sống	164
68.	Điện châm điều trị viêm đa dây rễ thần kinh	166
69.	Điện châm điều trị chứng tic cơ mặt.....	168
70.	Xoa bóp bấm huyệt điều trị liệt chi trên.....	170
71.	Xoa bóp bấm huyệt điều trị liệt chi dưới	172
72.	Xoa bóp bấm huyệt điều trị liệt nửa người do tai biến mạch máu não	174
73.	Xoa bóp bấm huyệt phục hồi chức năng vận động ở trẻ bại não	177
74.	Xoa bóp bấm huyệt điều trị liệt do bệnh của cơ	179
75.	Xoa bóp bấm huyệt điều trị hội chứng ngoại tháp	181
76.	Xoa bóp bấm huyệt điều trị tổn thương rễ, đám rối dây thần kinh	183
77.	Xoa bóp bấm huyệt điều trị liệt thần kinh số VII ngoại biên.....	185
78.	Xoa bóp bấm huyệt điều trị táo bón mạn tính chức năng	187
79.	Xoa bóp bấm huyệt điều trị rối loạn tiêu hóa (chứng tiết tả)	189
80.	Xoa bóp bấm huyệt điều trị bí đái cơ năng	191
81.	Xoa bóp bấm huyệt điều trị rối loạn chức năng vận động sau chấn thương sọ não.....	193
82.	Xoa bóp bấm huyệt điều trị liệt tứ chi do chấn thương cột sống	195

83.	Xoa bóp bấm huyệt điều trị đái dầm cơ năng.....	197
84.	Soi đáy mắt cấp cứu.....	199
85.	Vá võ xương hốc mắt (thành dưới, thành trong ± dùng sụn sườn).....	201
86.	Phẫu thuật lấy thể thủy tinh trong bao	203
87.	Phẫu thuật lấy thể thủy tinh ngoài bao, đặt thể thủy tinh nhân tạo trên mắt độc nhất, gần mù	205
88.	Phẫu thuật tán nhuyễn thể thủy tinh đục bằng phương pháp siêu âm (phẫu thuật Phaco).....	208
89.	Cắt dịch kính+ laser nội nhãn	211
90.	Cắt dịch kính, khí nội nhãn điều trị lỗ hoàng điểm	214
91.	Cắt dịch kính+ laser nội nhãn+ lấy dị vật nội nhãn	216
92.	Cắt dịch kính điều trị viêm mủ nội nhãn	219
93.	Cắt dịch kính điều trị tổ chức hóa dịch kính.....	222
94.	Cắt dịch kính điều trị tồn lưu dịch kính nguyên thủy	224
95.	Điều trị Glacom bằng quang đông thể mi	227
96.	Phẫu thuật mở bao sau thể thủy tinh bằng laser	229
97.	Laser excimer điều trị tật khúc xạ hay phẫu thuật điều trị tật khúc xạ bằng Laser excimer	231
98.	Điều trị sẹo giác mạc bằng laser	234
99.	Phẫu thuật thể thủy tinh sa, lệch tiền phòng bằng phương pháp Phaco, phối hợp cắt dịch kính, đặt Iol.....	236
100.	Phẫu thuật lấy thể thủy tinh sa vào dịch kính	239
101.	Phẫu thuật cắt thể thủy tinh và dịch kính sau chấn thương	243
102.	Phẫu thuật lấy thể thủy tinh ngoài bao điều trị đục thể thủy tinh bẩm sinh	245
103.	Phẫu thuật tái tạo cùng đồ.....	247
104.	Phẫu thuật điều trị lác có chỉnh chỉ.....	249
105.	Phẫu thuật gấp cân cơ nâng mi trên điều trị sụp mi.....	251
106.	Phẫu thuật treo mi - cơ trán điều trị sụp mi	253
107.	Phẫu thuật hạ mi trên điều trị cơ rút mi	255
108.	Điều trị chứng giật mi bằng tiêm Dysport	257
109.	Phẫu thuật rút ngắn góc trong mắt.....	259
110.	Sửa sẹo bỏng sau phẫu thuật Glôcôm.....	261
111.	Chọc hút dịch kính lấy bệnh phẩm	264
112.	Laser điều trị u nguyên bào võng mạc.....	265
113.	Lạnh đông điều trị u nguyên bào võng mạc	267
114.	Chích áp xe túi lệ	269
115.	Khâu phủ kết mạc	270
116.	Thăm dò, khâu vết thương củng mạc	272
117.	Khâu kết mạc	276
118.	Nặn tuyến bờ mi	277
119.	Phẫu thuật cắt u nội nhãn.....	279
120.	Cắt u kết mạc - giác mạc không vá.....	281
121.	Cắt u kết mạc - giác mạc có vá.....	283
122.	Cắt bỏ u hốc mắt qua thành ngoài hốc mắt.....	285

123.	Kỹ thuật làm dài thân răng lâm sàng.....	287
124.	Phẫu thuật cắt bỏ 1 chân răng để bảo tồn răng.....	289
125.	Phẫu thuật tạo hình nhú lợi	291
126.	Kỹ thuật lấy lại khoảng bằng khí cụ cố định.....	293
127.	Kỹ thuật nong rộng hàm bằng khí cụ tháo lắp	295
128.	Nắn chỉnh mất cân xứng hàm chiều trước sau bằng khí cụ tháo lắp.....	297
129.	Duy trì kết quả điều trị nắn chỉnh răng bằng khí cụ tháo lắp.....	300
130.	Làm lún răng cửa hàm dưới sử dụng khí cụ tháo lắp.....	302
131.	Nhổ chân răng vĩnh viễn	304
132.	Liên kết cố định răng lung lay bằng composite	306
133.	Chụp tủy bằng Hydroxit Canxi (Ca(OH)_2)	308
134.	Mài chỉnh khớp cắn.....	310
135.	Trám bít hố rãnh với Glass Ionomer Cement (GIC) hóa trùng hợp.....	312
136.	Phòng ngừa sâu răng với thuốc bôi bề mặt	314
137.	Điều trị răng sữa viêm tủy có hồi phục	316
138.	Lấy tủy buồng răng sữa.....	318
139.	Điều trị đóng cuống răng bằng MTA.....	320
140.	Phòng ngừa sâu răng bằng máng có Gel fluor	322
141.	Trám bít hố rãnh bằng nhựa Sealant	324
142.	Điều trị răng sữa sâu ngà phục hồi bằng Amalgam	326
143.	Điều trị răng sữa sâu ngà phục hồi bằng Glass Ionomer Cement (GIC).....	328
144.	Điều trị viêm lợi ở trẻ em.....	330
145.	Điều trị nhạy cảm ngà bằng thuốc bôi (các loại)	332
146.	Phẫu thuật điều trị gãy lefort II bằng chỉ thép.....	334
147.	Phẫu thuật gãy Lefort II bằng nẹp vít	336
148.	Phẫu thuật gãy Lefort II bằng nẹp vít tự tiêu	338
149.	Phẫu thuật gãy Lefort III bằng chỉ thép	340
150.	Phẫu thuật gãy Lefort III bằng nẹp vít	342
151.	Phẫu thuật gãy Lefort III bằng nẹp vít tự tiêu.....	344
152.	Phẫu thuật gãy Lefort I bằng chỉ thép	346
153.	Phẫu thuật gãy Lefort I bằng nẹp vít.....	348
154.	Phẫu thuật gãy Lefort I bằng nẹp vít tự tiêu.....	350
155.	Nội soi cầm máu mũi không sử dụng Merocel (1 bên).....	352
156.	Nội soi cầm máu mũi có sử dụng Merocel (1 bên)	354
157.	Vá nhĩ đơn thuần.....	356
158.	Thông vòi nhĩ.....	358
159.	Chích nhọt ống tai ngoài	360
160.	Làm thuốc tai	361
161.	Đốt cuốn mũi.....	362
162.	Bẻ cuốn mũi dưới	364
163.	Làm proetz	366
164.	Chích áp xe thành sau họng	367
165.	Cắt u nang hạ họng - thanh quản.....	369

166.	Chích áp xe quanh amidan.....	371
167.	Lấy dị vật họng miệng	373
168.	Phẫu thuật chấn thương thanh khí quản.....	374
169.	Phẫu thuật cắt amidan bằng coblator	377
170.	Phẫu thuật nội soi vá nhĩ đơn thuần.....	379
171.	Phẫu thuật nội soi vá nhĩ.....	381
172.	Phẫu thuật cắt u bạch mạch đường kính bằng và trên 10cm	383
173.	Phẫu thuật cắt u lành phần mềm trên 10 cm.....	385
174.	Phẫu thuật cắt u bạch mạch đường kính dưới 10 cm.....	386
175.	Phẫu thuật cắt u lành phần mềm dưới 10 cm.....	388
176.	Phẫu thuật cắt u máu khu trú đường kính dưới 5 cm.....	389
177.	Phẫu thuật cắt u xương sụn lành tính.....	391
178.	Lấy bỏ tổ chức u điều trị u xương	393
179.	Cố định ngoại vi trong điều trị gãy hở xương đùi	395
180.	Phẫu thuật KHX gãy xương đốt bàn và đốt ngón chân	397
181.	Phẫu thuật chỉnh bàn chân khoèo	399
182.	Phẫu thuật tháo bỏ các ngón chân	401
183.	Phẫu thuật chuyển vật che phủ phần mềm cuống mạch liên	403
184.	Phẫu thuật viêm xương cẳng chân lấy xương chết nạo viêm dẫn lưu	405
185.	Bột cravate.....	407
186.	Bột minerve	409
187.	Nắn chỉnh hình kiểu giai đoạn trong điều trị hội chứng Volkmann	412
188.	Nắn bó bột chỉnh hình chân chữ O	415
189.	Nắn bó bột chỉnh hình chân chữ X	418
190.	Nắn, bó bột trật khớp vai	421
191.	Nắn, bó gãy xương đòn.....	424
192.	Nắn, bó bột trật khớp khuỷu	427
193.	Nắn, bó bột gãy cổ xương cánh tay	430
194.	Nắn, bó bột gãy trên lồi cầu xương cánh tay	433
195.	Nắn, bó bột gãy Pouteau-Colles	436
196.	Nắn bó bột trật khớp háng	439
197.	Nắn, bó bột gãy mâm chày	442
198.	Nắn, bó bột gãy cổ xương đùi.....	445
199.	Nắn, bó bột gãy lồi cầu xương đùi.....	448
200.	Bó bột ống trong gãy xương bánh chè.....	452
201.	Nắn, bó bột trật khớp gối	455
202.	Nắn, bó bột gãy Monteggia	458
203.	Nắn, bó gãy xương gót	461
204.	Nẹp, máng bột các loại không nắn	464
205.	Phẫu thuật điều trị hở mí	467
206.	Phẫu thuật tạo hình mũi kín điều trị di chứng biến dạng môi mũi sau mổ khe hở môi.....	469
207.	Phẫu thuật tạo hình mũi di chứng khe hở môi bằng ghép sụn tự thân.....	471

208.	Phẫu thuật tạo hình mũi bằng sụn sườn	473
209.	Phẫu thuật tạo hình mũi bằng sụn vách mũi	475
210.	Phẫu thuật tạo hình mũi bằng sụn tai	477

HỖ TRỢ HÔ HẤP – TUẦN HOÀN BẰNG MÀNG TRAO ĐỔI OXY NGOÀI CƠ THỂ (ECMO)

I. ĐỊNH NGHĨA

ECMO (Extra-Corporeal Membrane Oxygenation) là phương pháp hỗ trợ ngoài cơ thể để điều trị cho người bệnh suy tuần hoàn và/hoặc hô hấp nặng do những bệnh có khả năng hồi phục nhưng điều trị tích cực bằng các phương pháp thông thường thất bại.

II. CHỈ ĐỊNH

Sốc tim nặng trợ không đáp ứng với các biện pháp điều trị thông thường do các nguyên nhân có thể hồi phục được như:

- + Sốc tim do viêm cơ tim

- + Sau ngừng tuần hoàn hoặc dùng để cai máy tim phổi nhân tạo trong phòng mổ sau phẫu thuật tim.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Cân nặng < 2 kg

- Tuổi thai < 34 tuần

- Bệnh tim không có khả năng điều trị

- Suy nhiều cơ quan nặng, không hồi phục

- Chảy máu nội sọ độ 2-4

- Bệnh đông máu hoặc chảy máu không kiểm soát được

- Chống chỉ định tương đối

- + Thở máy trên 10 ngày

- + Xuất huyết trong sọ độ 1

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên được đào tạo về đặt cannula, bác sỹ phụ, người đưa dụng cụ, bác sỹ gây mê.

- Kỹ thuật viên chạy máy hoặc điều dưỡng được đào tạo về ECMO và bác sỹ hồi sức.

2. Phương tiện

- Máy ECMO, máy trao đổi nhiệt, kiểm tra tình trạng hoạt động, các bơm thay thế và bơm tay. Máy đo ACT.

- Bộ phổi và dây phù hợp với tuổi, cannula theo tuổi.

- Các dung dịch priming và máu, chế phẩm máu

- Dụng cụ phẫu thuật để đặt cannula

- Thuốc gây mê

3. Người bệnh

- Khám lâm sàng, đánh giá trước khi thực hiện thủ thuật.

- Dùng các thuốc vận mạch, hồi sức ổn định về huyết động, hô hấp trước khi tiến hành thủ thuật.

4. Hồ sơ bệnh án

Xác định đúng tên, tuổi, chỉ định, giải thích người nhà và viết cam kết khi làm thủ thuật cũng như khi hỗ trợ ECMO, ký cam đoan.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra hoàn thành các thủ tục hành chính khi làm thủ thuật, đúng chỉ định.

2. Kiểm tra người bệnh

- Tình trạng huyết động, hô hấp
- Vị trí đặt cannula
- Sát khuẩn, vô trùng

3. Thực hiện kỹ thuật

- Tiến hành Priming, cho chạy máy ở chế độ chờ
- Đặt cannula: bộc lộ mạch máu, tiêm Heparin, đặt cannula
- Kết nối hệ thống ECMO
- Chạy ECMO: vận FLOW ECMO từ từ tăng dần đến khi đạt dòng mong muốn.
- Vận dòng khí từ từ đến khi bằng dòng ECMO, nồng độ oxy 60%
- Kết nối Mornitor đo áp lực trước bơm, sau phổi
- Kiểm tra khí máu và ACT sau chạy 15 phút
- Giảm dần vận mạch và cắt
- Cài đặt máy thở theo chế độ hỗ trợ
- Ghi các thông số ban đầu trên vào tờ theo dõi.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi người bệnh: Theo dõi huyết động, mạch, huyết áp, SPO2, thân nhiệt, nước tiểu.
- Theo dõi máy ơ: Flow máy đạt được, các chế độ báo động, áp lực trước bơm, áp lực sau phổi.
- Theo dõi ACT: Kiểm tra ACT để đạt được mục đích chống đông.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu: Truyền máu và các chế phẩm máu, duy trì tiểu cầu > 150 G/L, Fibrinogen > 1,5 g/L. Dùng transamin, FFP
- Nhiễm khuẩn: thực hiện chặt chẽ quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn và các thủ thuật vô trùng, cấy máu, nội khí quản và vị trí cannula. Dùng kháng sinh thích hợp.
- Tắc Cannula, dây ECMO, phổi nhân tạo: Theo dõi, kiểm tra hàng ngày và chủ động thay.
- Suy thận: Lọc máu, lọc màng bụng
- Xuất huyết não
- Tắc mạch máu: phẫu thuật

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. David J.C. et al (2009), “Extracorporeal membrane oxygenation” *Cardiopulmonary bypass*, Cambridge University Press; PP:176-183.
2. Glenn P.G., et al (2008), “ECMO for infant and children” *Cardiopulmonary bypass: principles and practice*; Lippincot Williams and Wilkins, pp: 736-753.
3. Peter B. et al (2009), “ECMO for neonatal respiratory failure”, *Respir Care*; 54(9):1244–1251.

HỖ TRỢ HÔ HẤP BẰNG MÀNG TRAO ĐỔI OXY NGOÀI CƠ THỂ (ECMO)

I. ĐỊNH NGHĨA

ECMO (Extra-Corporeal Membrane Oxygenation) là phương pháp hỗ trợ ngoài cơ thể để điều trị cho người bệnh suy tuần hoàn và/hoặc hô hấp nặng do những bệnh có khả năng hồi phục nhưng điều trị tích cực bằng các phương pháp thông thường thất bại

II. CHỈ ĐỊNH

- Các bệnh gồm
 - + Thoát vị hoành
 - + Hội chứng hít phân su
 - + Tăng áp động mạch phổi dai dẳng sơ sinh (PPHN)
 - + Nhiễm khuẩn nặng
 - + Hội chứng suy hô hấp (bệnh màng trong)
 - + Viêm phổi
 - + Ngạt
 - + Hen phế quản nặng thất bại với điều trị nội khoa
- Tiêu chuẩn: Một trong các bệnh lý trên kèm theo các điều kiện sau
 - + Điều trị tối đa bằng các phương pháp thông thường thất bại: thở máy với FiO₂: 100%, PIP tối đa (35mmHg)
 - + Giảm oxy kéo dài với OI ≥ 40 kéo dài 4 giờ (OI > 25 với thoát vị hoành) hoặc: VI > 90 trong 4 giờ (VI > 70 với thoát vị hoành). A-a gradient > 600-624 kéo dài 4-12 giờ.
 - + Các diễn biến cấp gồm
 - . PaO₂ ≤ 30 -40 trong 2 giờ
 - . pH: 7,25 trong 2 giờ

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Cân nặng < 2 kg
- Tuổi thai < 34 tuần
- Bệnh ngoài phổi không có khả năng điều trị
- Suy nhiều cơ quan nặng, không hồi phục
- Chảy máu nội sọ độ 2-4
- Bệnh đông máu hoặc chảy máu không kiểm soát được
- CHỐNG CHỈ ĐỊNH tương đối
 - + Thở máy trên 10 ngày
 - + Xuất huyết trong sọ độ 1

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên được đào tạo về đặt cannula, bác sỹ phụ, người đưa dụng cụ, bác sỹ gây mê.
- Kỹ thuật viên chạy máy hoặc điều dưỡng được đào tạo về ECMO và bác sỹ hồi sức.

2. Phương tiện

- Máy ECMO, máy trao đổi nhiệt, kiểm tra tình trạng hoạt động, các bơm thay thế và bơm tay. Máy đo ACT.
- Bộ phổi và dây phù hợp với tuổi, cannula 2 nòng theo tuổi.

- Các dung dịch priming và máu, chế phẩm máu
- Dụng cụ phẫu thuật để đặt cannula
- Thuốc gây mê

3. Người bệnh

- Khám lâm sàng, đánh giá trước khi thực hiện thủ thuật.
- Dùng các thuốc vận mạch, hồi sức ổn định về huyết động, hô hấp trước khi tiến hành thủ thuật.

4. Hồ sơ bệnh án

Xác định đúng tên, tuổi, chỉ định, giải thích người nhà và viết cam kết khi làm thủ thuật cũng như khi hỗ trợ ECMO, ký cam đoan.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra hoàn thành các thủ tục hành chính khi làm thủ thuật, đúng chỉ định.

2. Kiểm tra người bệnh

- Tình trạng huyết động, hô hấp
- Vị trí đặt cannula
- Sát khuẩn, vô trùng

3. Thực hiện kỹ thuật

- Tiến hành Priming, cho chạy máy ở chế độ chờ
- Đặt cannula: bóc lộ mạch máu, tiêm Heparin, đặt cannula
- Kết nối hệ thống ECMO
- Chạy ECMO: vận flow ECMO từ từ tăng dần đến khi đạt dòng mong muốn.
- Vận dòng khí từ từ đến khi bằng dòng ECMO, nồng độ oxy 60%
- Kết nối Mornitor đo áp lực trước bơm, sau phổi
- Kiểm tra khí máu và ACT sau chạy 15 phút
- Giảm dần vận mạch và cắt
- Cài đặt máy thở theo chế độ hỗ trợ
- Ghi các thông số ban đầu trên vào tờ theo dõi.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi người bệnh: Theo dõi huyết động, mạch, huyết áp, SPO₂, thân nhiệt, nước tiểu.
- Theo dõi máy: Flow máy đạt được, các chế độ báo động, áp lực trước bơm, áp lực sau phổi.
- Theo dõi ACT: Kiểm tra ACT để đạt được mục đích chống đông.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu: Truyền máu và các chế phẩm máu, duy trì tiêu cầu > 150 G/L, Fibrinogen > 1,5 g/L, dùng transamin, FFP
- Nhiễm khuẩn: thực hiện chặt chẽ quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn và các thủ thuật vô trùng, cấy máu, nội khí quản và vị trí cannula. Dùng kháng sinh thích hợp.
- Tắc Cannula, dây ECMO, phổi nhân tạo: Theo dõi, kiểm tra hàng ngày và chủ động thay.
- Suy thận: Lọc máu, lọc màng bụng
- Xuất huyết não
- Tắc mạch máu: phẫu thuật

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. David J.C. et al (2009), "Extracorporeal membrane oxygenation" *Cardiopulmonary bypass*, Cambridge University Press; PP:176-183.
2. Glenn P.G., et al (2008), "ECMO for infant and children" *Cardiopulmonary bypass: principles and practice*; Lippincot Williams and Wilkins, pp: 736-753.
3. Peter B. et al (2009), "ECMO for neonatal respiratory failure", *Respir Care*; 54(9):1244–1251.

LIỆU PHÁP HẠ THÂN NHIỆT TRONG ĐIỀU TRỊ BỆNH NÃO THIẾU OXY – THIẾU MÁU CỤC BỘ (HIE)

I. ĐẠI CƯƠNG

- HIE hay ngạt chu sinh là một tổn thương của thai và trẻ sơ sinh do thiếu oxy và thiếu tưới máu đến các cơ quan đi kèm với nhiễm axit lactic mô.

- Liệu pháp hạ thân nhiệt là biện pháp bảo vệ não cho trẻ sơ sinh ngạt. Mặc dù thiếu những so sánh cần thiết, làm lạnh vùng đầu và làm lạnh toàn thân cho thấy hiệu quả và độ an toàn như nhau. Làm lạnh toàn thân tạo thuận lợi cho việc theo dõi điện não đồ hơn.

II. CHỈ ĐỊNH

- Tuổi thai ≥ 36 tuần và < 6 giờ tuổi, đáp ứng các tiêu chuẩn nhóm A và nhóm B
- Tiêu chuẩn nhóm A: $\text{pH} \leq 7$ hoặc kiềm dư ≥ 16 mmol/l trong máu cuống rốn hoặc bất kỳ mẫu máu lấy trong vòng 1 giờ đầu sau đẻ.
- Hoặc Apgar 10 phút: ≤ 5 điểm
- Hoặc cần tiếp tục hồi sức bắt đầu sau đẻ và kéo dài đến đến 10 phút (Hô hấp hỗ trợ, ấn ngực, hoặc cần dùng thuốc).
- Tiêu chuẩn nhóm B: Có tổn thương thần kinh mức độ vừa đến nặng qua khám lâm sàng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- > 6 h tuổi
- Đẻ non < 36 tuần
- Bệnh chuyển hóa bẩm sinh
- Nhiễm trùng nặng
- Đa dị tật

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện quy trình kỹ thuật

Kíp điều trị yêu cầu ít nhất 01 bác sỹ và 02 điều dưỡng

2. Phương tiện

- Dụng cụ để hạ thân nhiệt: 01 đệm chất liệu chuyển dạng (PCM)
- Dụng cụ để theo dõi nhiệt độ: 01 máy theo dõi có sensor nhiệt độ trực tràng
- Dụng cụ để theo dõi điện não trong quá trình hạ thân nhiệt: 01 máy Cerebral Function Monitoring (CFM) + 01 bộ kim kháng trở (loại 05 điện cực hoặc 03 điện cực tùy theo máy) + bông cotton sát khuẩn
- Thuốc sử dụng trong quá trình hạ thân nhiệt: Morphin duy trì liều 10-20 mcg/kg/giờ; Phenobarbital khi có co giật (Liều tải 20 mg/kg, liều duy trì 5 mg/kg/ngày)
- Máy theo dõi SpO_2 , nhịp tim, huyết áp xâm nhập
- Phiếu theo dõi nhiệt độ liên tục trong 72 giờ

3. Người bệnh

Gia đình người bệnh phải được giải thích đầy đủ về lợi ích của liệu pháp hạ thân nhiệt trong bệnh não do thiếu oxy - thiếu máu cục bộ, các nguy cơ biến chứng trong quá trình điều trị, chi phí trong quá trình điều trị. Người nhà người bệnh được yêu cầu ký hồ sơ bệnh án trước khi thực hiện điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y Tế

V. CÁC BƯỚC TIỀN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

Người bệnh được theo dõi liên tục các thông số: nhiệt độ, nhịp tim, huyết áp, độ bão hòa oxy trên máy monitoring. Người bệnh được đặt ống nội khí quản thở máy.

3. Thực hiện kỹ thuật

- Sau khi tiếp nhận người bệnh và đánh giá đủ các tiêu chí để điều trị hạ thân nhiệt, vận hành máy hạ thân nhiệt, hạ nhiệt độ nhanh để đạt được nhiệt độ đích và duy trì trong vòng 72h. sau đó tiến hành làm ấm trở lại trong vòng 4-6h
- Đo nhiệt độ trực tràng qua sensor nhiệt độ kết nối với máy monitoring và theo dõi nhiệt độ liên tục, duy trì nhiệt độ trung tâm 33-34 độ
- Đặt CFM để theo dõi điện não tại giường liên tục về co giật và tiến triển của bệnh
- Nhập các thông tin về người bệnh, ngày giờ sinh vào CFM và bắt đầu tiến hành theo dõi aEEG liên tục
- Duy trì Morphin liều thấp 10-20 mcg/kg/phút
- Nếu người bệnh xuất hiện co giật trên lâm sàng và/hoặc aEEG, cắt cơn giật bằng Phenobarbital.
- Đặt đường truyền ngoại vi/trung tâm để truyền dịch, thuốc và catheter động mạch ngoại vi/trung tâm để theo dõi huyết áp liên tục.

VI. THEO DÕI

- Lâm sàng: nhiệt độ, mạch, huyết áp, nhịp thở, độ bão hòa oxy, nước tiểu, cân bằng dịch
- Cận lâm sàng: các xét nghiệm cơ bản, chức năng gan- thận, điện não aEEG

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Liệu pháp hạ thân nhiệt an toàn thường không có tai biến trong quá trình điều trị. Chủ yếu điều trị bệnh lý nền, ổn định hô hấp tuần hoàn, xử trí co giật.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐẶT CATHETER TĨNH MẠCH TRUNG TÂM TỪ TĨNH MẠCH NGOẠI VI CHO TRẺ SƠ SINH

I. Đặt vấn đề

- Đặt Catheter tĩnh mạch trung tâm là một thủ thuật thường được sử dụng trong khoa Hồi sức sơ sinh bao gồm đặt catheter tĩnh mạch rốn, đặt catheter tĩnh mạch dưới đòn, đặt catheter tĩnh mạch trung tâm từ tĩnh mạch ngoại vi.

- Đặt catheter tĩnh mạch trung tâm (TMTT) từ tĩnh mạch ngoại vi (PICC: Periphral inserted central catheter) còn được gọi là “đặt longline”, là kỹ thuật đưa một catheter bằng silicon hoặc polyurethane có đường kính rất nhỏ, dài từ tĩnh mạch ngoại vi vào đến TMTT với mục đích tạo một đường truyền ổn định duy trì lâu dài để nuôi dưỡng tĩnh mạch, hoặc duy trì dịch với nồng độ thẩm thấu cao, thuốc vận mạch và có thể cho phép đo áp lực tĩnh mạch trung tâm (CVP).

II. Chỉ định

- Nuôi dưỡng tĩnh mạch kéo dài.
- Truyền dịch với nhu cầu nồng độ thẩm thấu cao, nồng độ Glucose cao > 12,5%.
- Người bệnh có tình trạng bệnh cần duy trì các loại thuốc cần đưa vào ven lớn /ven trung tâm: Các thuốc vận mạch, Natri Bicarbonat...

III. Chống chỉ định

- Không tìm được ven ngoại vi.
- Huyết khối tĩnh mạch
- Suy thận giai đoạn cuối.

IV. Chuẩn bị

1. Chuẩn bị dụng cụ

- Dụng cụ vô khuẩn
- + Catheter các cỡ tùy theo người bệnh và loại catheter sẵn có tại bệnh viện [5]:
- + Vygon silicone 24G (2F) 1 nòng, dài 30cm
- . Loại catheter này thích hợp cho tất cả các người bệnh
- . Kim chọc ven kích cỡ 19G.
- + Vygon Nutrioline Twinflo polyurethane 23G (2F) 2 nòng, dài 30cm
- . Loại catheter này thích hợp cho các người bệnh cần có đường truyền thứ 2 (ví dụ dùng nhiều thuốc vận mạch, đo áp lực tĩnh mạch trung tâm...)
- . Kim chọc ven kích cỡ 20G
- + Vygon Premicath polyurethane 28G (1F) 1 nòng, dài 20cm
- . Loại catheter này thích hợp chỉ dùng cho các người bệnh có cân nặng < 1. Kg hoặc khi thất bại với catheter 24G.
- . Kim chọc ven kích cỡ 22G.
- Bộ dụng cụ đặt catheter TMTT từ tĩnh mạch ngoại vi:
- + Kéo, Kẹp phẫu tích không máu
- + Gạc vô trùng, bát kê
- + Găng tay vô khuẩn
- + Áo choàng mổ, mũ, khẩu trang
- + Khăn trải vô khuẩn có lỗ và không lỗ
- + Bơm tiêm 10ml, chạc ba không dây
- + Thuốc và dung dịch sát trùng:
- + Nước muối sinh lý 0,9%
- + Cồn 700, Betadin 10% hoặc cồn Iot 1%
- + Heparine
- + Dung dịch sát trùng nhanh
- Dụng cụ sạch:
- + Giường sưởi hoặc lồng ấp
- + Băng dính trong (Tegaderm), băng dính dạng sợi (Sterile strips)

- + Thuốc dây
- + Bàn đặt dụng cụ

2. Người thực hiện

01 bác sĩ, 02 điều dưỡng

3. Chuẩn bị người bệnh

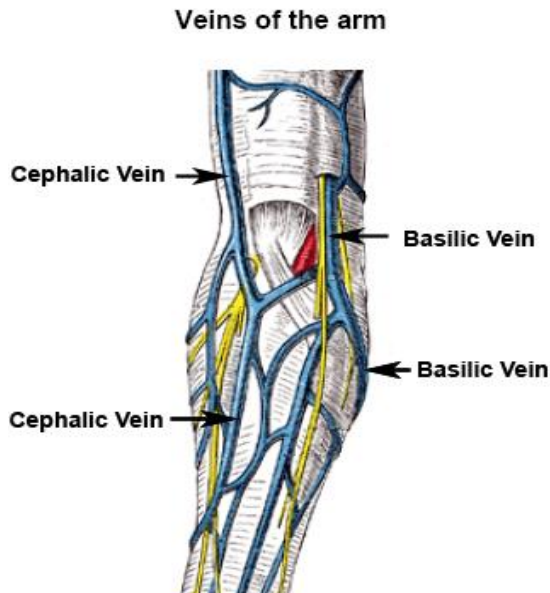
- Giải thích với gia đình của trẻ thủ thuật sẽ tiến hành và sự cần thiết phải tiến hành thủ thuật.
- Người bệnh cần được điều dưỡng thay bím sạch, bộc lộ tối đa vùng cơ thể dự định đặt catheter, đặt người bệnh ở tư thế thuận tiện nhất cho quá trình làm thủ thuật.
- Kiểm tra dấu hiệu sinh tồn, gắn monitoring theo dõi liên tục
- Đặt trẻ nằm trong lồng ấp hay giường sưởi ấm.
- Dùng thuốc giảm đau, an thần trước khi thực hiện thủ thuật.[2].

3. Chuẩn bị hồ sơ bệnh án: Theo qui định của Bộ y tế

V. Các bước tiến hành

1. Chọn vị trí đặt catheter

- Lựa chọn ven to, đường đi khá thẳng, nhìn rõ nhất.
- Các ven thường được lựa chọn:
- Chi trên: Thường được lựa chọn hơn. Tĩnh mạch đầu, tĩnh mạch nền



- Chi dưới: Tĩnh mạch hiển
- Đầu, cổ (Hạn chế sử dụng): Tĩnh mạch thái dương, tĩnh mạch cảnh
- Xác định vị trí đích mong muốn của catheter:
- Trung thất trên, cạnh ức phải: Khi đặt catheter từ tĩnh mạch ngoại vi ở chi trên, hoặc vùng đầu, cổ
- Mũi ức: Khi đặt catheter từ tĩnh mạch ngoại vi ở chi dưới.
- Đo chiều dài từ vị trí xác định tĩnh mạch ngoại vi định chọc đến vị trí đích đã xác định theo đường đi của tĩnh mạch đó.

2. Các bước đặt catheter

- Người thực hiện thủ thuật đội mũ, đeo khẩu trang, rửa tay theo đúng tiêu chuẩn, mặc áo vô trùng, đi găng vô trùng.
- Trải khăn vô trùng lên bàn đặt dụng cụ.
- Sắp xếp các dụng cụ vô khuẩn lên bàn đặt dụng cụ với sự phối hợp của điều dưỡng.
- Lấy dung dịch NaCl 0,9% pha Heparine 1 đơn vị/ 1 ml vào bơm tiêm 10 ml.
- Lắp bơm tiêm đã có dung dịch NaCl 0,9% pha Heparine vào catheter, đuổi khí trong lòng catheter.

- Với loại catheter Vygon 24G, catheter gồm 2 phần, nối 2 phần vào nhau qua nút nổi màu xanh, vặn chặt nút nổi, sau đó lắp bơm vào catheter và đuôi khí.

- Lấy Betadine vào bát kê.

- Điều dưỡng sát khuẩn lần 1 bằng bông cồn theo hình xoay tròn ốc từ ven đã xác định sẽ đặt catheter ra toàn bộ cánh tay/chân đó, để kịp khô, sau đó giữ những ngón tay, hoặc bàn chân và nâng tay/chân này cao để người làm thủ thuật sát khuẩn lại toàn bộ diện tích cánh tay/chân bằng gạc vô trùng tẩm betadine.

- Người làm thủ thuật dùng miếng gạc vô trùng lớn giữ vào phần cánh tay/ chân của người bệnh đã được sát khuẩn Betadine bằng 1 tay, tay kia tiếp tục sát khuẩn nốt phần những ngón tay, chân còn chưa được sát khuẩn. Chú ý sát khuẩn kỹ từng ngón tay, kẽ ngón, bàn tay. Để vài phút cho vùng sát khuẩn khô đi.

- Người làm thủ thuật vẫn một tay giữ cánh tay/ chân đã được sát khuẩn, tay kia sẽ trải sẵn có lỗ vô khuẩn lên người bệnh sao cho chỉ có cánh tay/ chân đã được sát khuẩn được bộc lộ trên sẵn.

- Có thể dùng gạc tẩm cồn 70 độ sát khuẩn lại tại chỗ định lấy ven để nhìn được rõ hơn.

- Có thể dùng gạc buộc làm garo để xác định ven rõ hơn. Nếu có thêm người phụ giúp, lúc này người phụ giúp sẽ rửa tay- mặc áo- đeo găng vô khuẩn vào cùng phối hợp.

- Nếu cần sử dụng đèn soi ven, để đảm bảo vô khuẩn cần lồng đèn soi ven vào trong 1 găng tay vô khuẩn để cầm.

- Đọc, xem lại hướng dẫn đặt catheter trong bộ dụng cụ đặt catheter, mỗi loại có cách thức riêng, có loại kim chọc ven riêng.

- Người làm thủ thuật dùng kim chọc ven chọc vào tĩnh mạch, dừng lại khi thấy có máu ra tốt ở đốc kim. Không cần đưa sâu thêm kim vào ven.

- Giữ đốc kim thật chắc bằng 1 tay, tay kia cầm kẹp phẫu tích không máu luôn catheter vào trong lòng kim chọc ven, từ từ đưa sâu vào trong cho đến mức mong muốn.

- Giữ chắc catheter ở vị trí xâm nhập vào ven, từ từ, nhẹ nhàng rút kim chọc ven ra. Lưu ý catheter cũng thường bị kéo theo ra, vì thế khi luôn catheter vào tĩnh mạch, nên đưa sâu hơn mức mong muốn 2-3 cm.

- Để tách rời kim chọc ven khỏi catheter, mỗi loại bộ dụng cụ có cách thức khác nhau: Thực hiện theo hướng dẫn cụ thể của bộ dụng cụ đặt catheter đó

- Xé rời 2 cánh kim bướm.

- Hoặc bẻ gấp 2 cánh của kim theo hướng dẫn => 2 cánh sẽ tách rời.

- Với loại catheter Vygon 24 G, vặn lỏng phần nút nổi xanh, rút catheter ra khỏi nút nổi, rút kim chọc ven ra khỏi catheter, sau đó lắp catheter lại ở chỗ nút nổi xanh, vặn chặt nút nổi.

- Khi rút kim ra có thể có tình trạng chảy máu tại chỗ kim chọc qua da, cần ép giữ cho đến khi ngừng chảy máu.

- Chính lại vị trí catheter để có đúng vị trí mong muốn. Rút thử máu để kiểm tra, nhưng không thực hiện động tác này riêng với loại catheter Premicath 28G.

- Bơm đầy lại máu vào trong lòng mạch. Chỉ dùng bơm 10 ml để tránh tạo áp lực quá lớn trong lòng catheter.

- Cố định Catheter

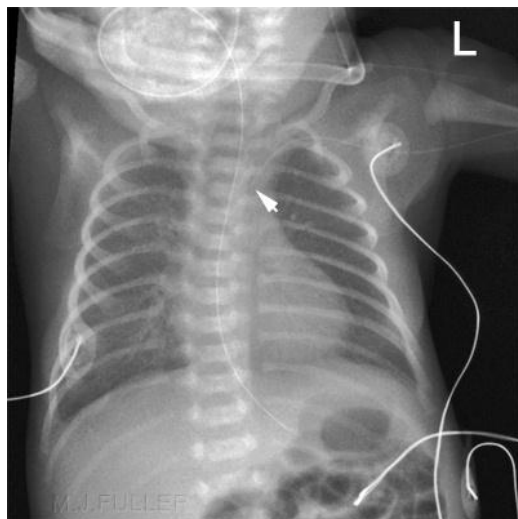
- Dùng băng dính sợi cố định ngang qua catheter cách vị trí catheter qua da khoảng 0,5 cm để luôn quan sát được vị trí catheter đi qua da.

- Sợi băng dính thứ 2 băng bắt chéo qua catheter.

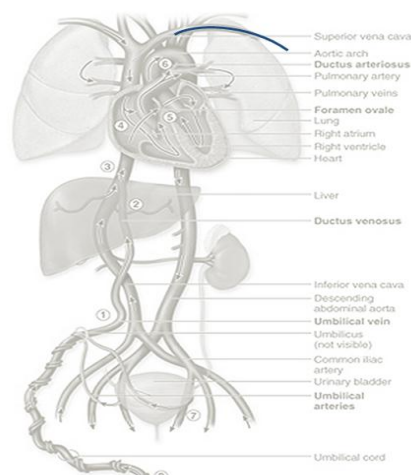
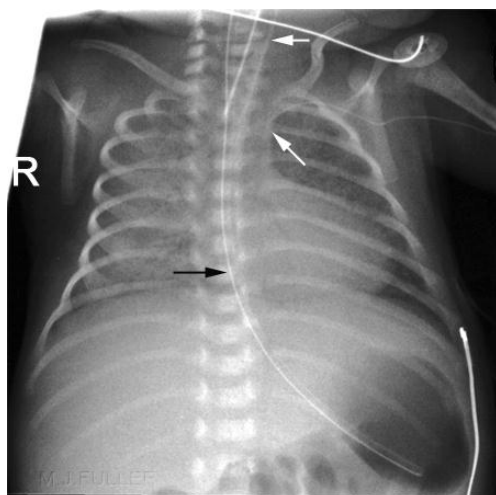
- Phần catheter còn lại quấn tạo ra 1 vòng nhỏ và dùng sợi băng dính thứ 3 cố định ngang qua phần catheter này.

- Dùng cả miếng băng dính trong lớn che phủ toàn bộ phần catheter ngoài da cho đến tận đầu nối của catheter. Lưu ý điểm catheter đi qua da cần phải quan sát được rõ và ở vùng trung tâm của miếng băng dính trong.

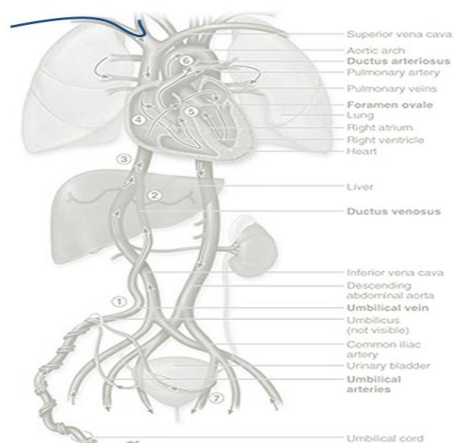
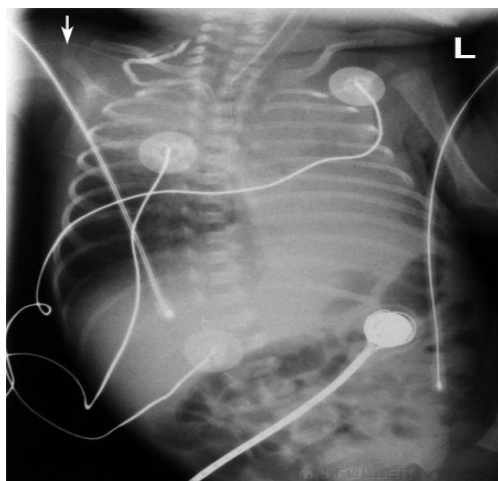
- Chưa có nghiên cứu nào chỉ ra thời gian định kỳ thay băng dính trong. Chỉ thay băng dính trong khi băng bị bẩn, ướt, bong hoặc cần kiểm tra catheter.
- Nếu thay băng dính trong - Kiểm tra lại vị trí của catheter trên phim Xquang hoặc siêu âm tim.
- Kiểm tra vị trí của Catheter[6]:
- Vị trí đầu catheter cần được xác định bằng chụp phim Xquang
- Nếu đặt catheter từ tĩnh mạch ngoại vi ở chi trên, cần chú ý rút ống thông dạ dày ra trước khi chụp X quang.
- Bác sĩ cần phải xem kết quả chụp phim X quang để xác định vị trí đầu catheter.
- Nếu không nhìn rõ đầu catheter cần chụp phim có bơm thuốc cản quang hoặc siêu âm tim kiểm tra.
- Nếu cần phải chụp X quang có cản quang, bơm thuốc cản quang (0,35- 0,5 ml Ultravist 300) vào catheter ngay khi chụp X quang.
- Vị trí lý tưởng của đầu catheter là nằm ở tĩnh mạch chủ trên hoặc tĩnh mạch chủ dưới ngay ngoài tâm nhĩ.
- Một số vị trí của đầu catheter khác có thể chấp nhận bao gồm tĩnh mạch nách, tĩnh mạch đùi, tĩnh mạch dưới đòn.
- Vị trí đầu catheter không bao giờ nên ở trong buồng tim vì nguy cơ gây tràn dịch, chèn ép tim.



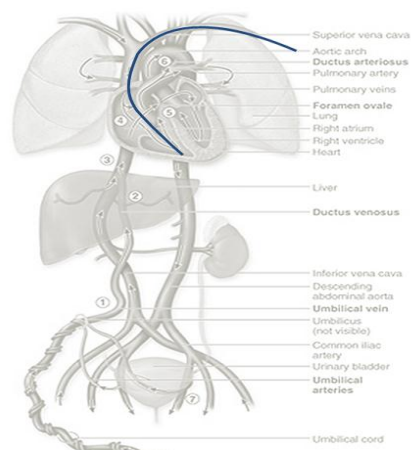
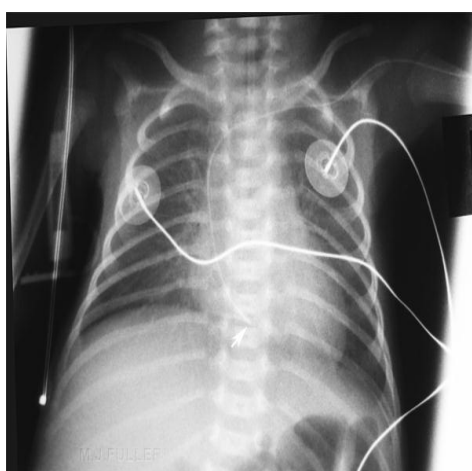
Hình 1: Hình ảnh gợi ý Catheter đi vào động mạch và đã được xác định lại bằng siêu âm tim [7].



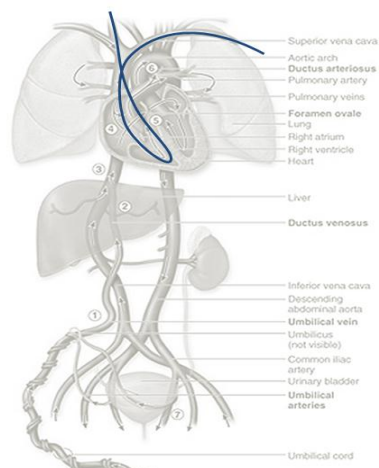
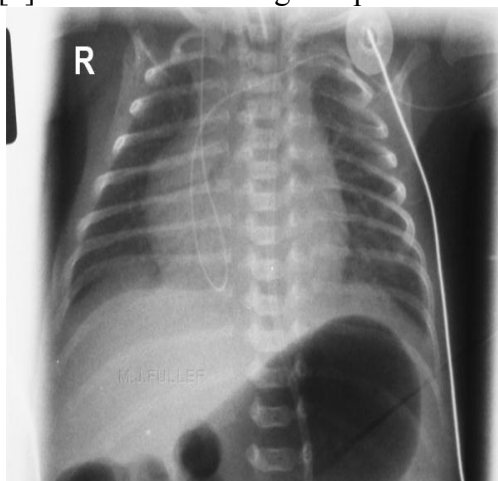
Hình 2 [7]:Đầu catheter ở vị trí thân động mạch cánh tay đầu.



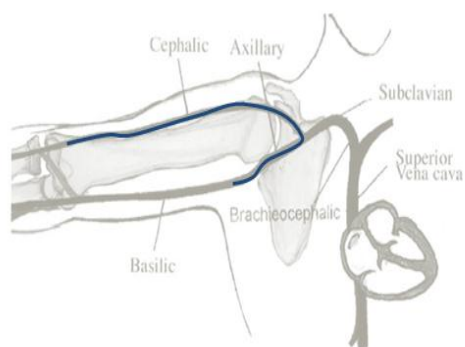
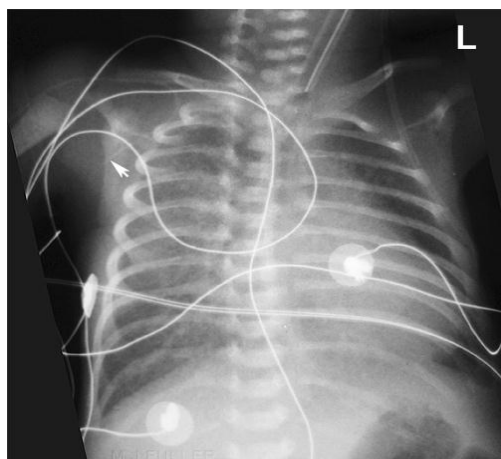
Hình 3[7]: Catheter nằm trong tĩnh mạch dưới đòn, đầu catheter quay lên tĩnh mạch cảnh.



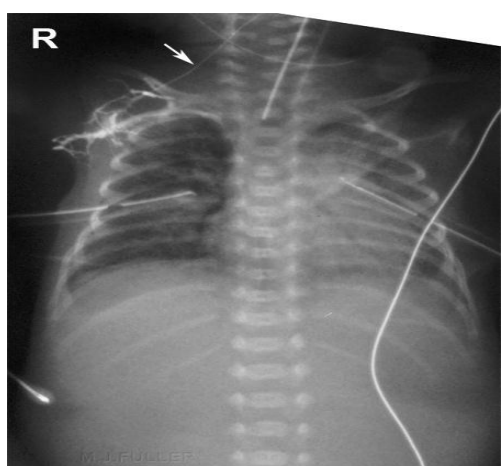
Hình 4[7]: Đầu catheter trong thất phải.



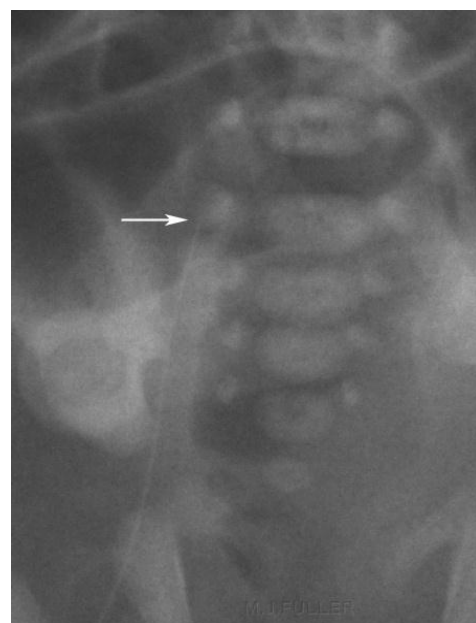
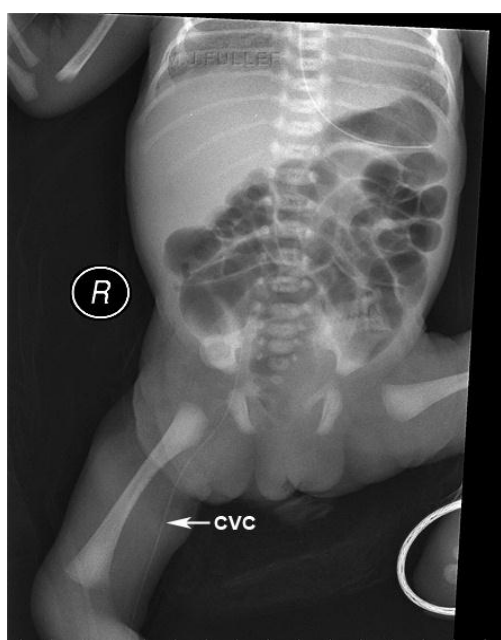
Hình 5[7]: Catheter được đặt từ tay trái, đi quá xa, qua tim phải lên đến TM dưới đòn.



Hình 6[7] : Catheter được đặt từ tĩnh mạch nền, đầu trên quặt vào TM nách.



Hình 7[7]: Thuốc cản quang được bơm vào Catheter đặt từ TM cảnh, thuốc ngấm vào đến TM dưới đòn và TM nách.



Hình 8[7]: Cathater được đặt từ tĩnh mạch ngoại vi chân phải, đầu catheter ở ngang đốt sống cùng 1.

3. Một số chú ý

- Trường hợp người bệnh quá nhỏ, ven nhỏ, rất khó chọc được ven bằng kim chọc ven của bộ dụng cụ, có thể sử dụng kim luồn 24G vì Catheter Premicath 28G có thể luồn qua được. Tuy nhiên sau khi rút phần kim luồn ra thì sẽ phải cùng cố định cả phần kim luồn này với băng dính trong.

- Để đảm bảo catheter tĩnh mạch trung tâm hoạt động tốt, quá trình chăm sóc catheter phải thực hiện đúng quy trình (Xem Quy trình QLCL: Chăm sóc catheter tĩnh mạch trung tâm).

- Nếu thấy có máu trong catheter cần phải bơm dịch natriclorua 0,9% pha heparine tráng catheter ngay. Nếu người bệnh cần hạn chế dịch, lượng dịch có thể bơm bằng 2 lần thể tích chứa trong lòng catheter (Loại catheter 2 Fr=0.06ml) [2]

- Để tránh làm dập, tổn thương catheter, chỉ nên dùng loại bơm 10 ml hoặc lớn hơn để bơm dịch vào catheter

4. Ghi chép hồ sơ

- Ngày, thời gian đặt catheter
- Loại catheter, kích cỡ.
- Vị trí đặt catheter
- Chiều dài catheter đưa vào tĩnh mạch.
- Vị trí của đầu catheter tại tĩnh mạch trung tâm (Cách thức kiểm tra vị trí catheter)

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Nhiễm trùng

Là biến chứng thường gặp nhất. Chưa có bằng chứng về thời gian có thể lưu “longline”. Tuy nhiên thời gian lưu catheter kéo dài là dấu hiệu dự báo nhiễm trùng [8]

2. Các biến chứng về mạch: Huyết khối, nghẽn mạch

- Nghẽn mạch phổi
- Nghẽn mạch do khí.
- Huyết khối tĩnh mạch thận
- Huyết khối trong buồng tim
- Huyết khối nhiễm trùng
- Tổn thương tổ chức
- Tràn khí màng phổi
- Tràn khí trung thất
- Tổn thương đám rối thần kinh cánh tay

3. Tràn dịch: Là những biến chứng nặng nhưng hiếm gặp [9].

- Tràn dịch màng phổi
- Tràn dịch màng tim
- Tràn máu màng phổi
- Tràn dịch dưỡng chấp
- Tràn dịch màng bụng
- Do thành mạch bị thủng/ catheter sai vị trí
- Màng tim thủng/ hoại tử
- Dịch nuôi dưỡng tĩnh mạch với độ thẩm thấu quá cao gây tổn thương thành mạch

4. Catheter : Sai vị trí, tắc, dập, vỡ, xoắn...

5. Rối loạn nhịp tim

6. Liệt cơ hoành do tổn thương dây thần kinh hoành

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Costa D, Goggin M, Richards GJ (2010) “Effect of Length, Flow Rate, and Concentration of Infusate on Delivery Pressures in 1Fr and 2Fr Neonatal Picc Lines” *Pediatric Research* (2010) **68**, 570–570; doi:10.1203/00006450-201011001-01152
2. Karen Bravery (2011) “Flush volumes for central venous access devices” Great Ormond Street Hospital (GOSH).

3. Leigh A, Bowe – Geddes, Heather A, Nichols (2005) “ An Overview of Peripherally Inserted Central Catheters”. Topics in Advanced Practice Nursing eJournal. 2005;5(3)
 4. Mhairi G, Mac Donald, Mary Ann, Fletcher “ Atlas of procedures in neonatology”
 5. Vygon (2012) “ Neonatal and Pediatrics catheters”
<http://www.vygon.co.uk/pdf/upload/Vygon-Neonatal-Paediatric-Full.pdf>
 6. Osborn David (2009) “Peripherally Inserted Central Catheters”. RPA Newborn Care Guidelines. Royal Prince Alfred Hospital
 7. <http://www.wikiradiography.com/page/Neonatal+Lines,+Tubes+and+Catheters>
 8. Njere I, Islam S (2011) “Outcome of peripherally inserted central venous catheters in surgical and medical neonates” *J Pediatr Surg.* 46(5):946-50. doi: 10.1016/j.jpedsurg.2011.02.037.
 9. [Askegard-Giesmann J](#), [Caniano D](#), [Brian D \(2009\)](#). “Rare but serious complications of central line insertion” *Kenney Seminars in Pediatric Surgery*. [Volume 18, Issue 2](#) , Pages 73-83
-

QUY TRÌNH THEO DÕI ETCO₂ LIÊN TỤC TẠI GIƯỜNG

I. ĐẠI CƯƠNG

ETCO₂ (end tidal CO₂) là thiết bị đo áp lực riêng phần khí CO₂ cuối thì thở ra (PetCO₂) được hiển thị dưới dạng sóng (capnography). Thông thường PetCO₂ nhỏ hơn PaCO₂ (áp lực riêng phần CO₂ trong máu động mạch) từ 1- 5 mmHg.

II. DỤNG CỤ ĐO ETCO₂

- Có 2 loại máy đo là mainstream, side stream Mainstream là phương pháp đo dòng chính, có cảm biến (sensor) nằm giữa ống nội khí quản và đường thở.

- Sidestream là phương pháp đo dòng bên có cảm biến nằm trong máy monitor có riêng một dây dẫn lấy khí mẫu. Thường áp dụng trên người bệnh tự thở.

III. CHỈ ĐỊNH

Những người bệnh cần theo dõi CO₂ liên tục: Người bệnh thở máy, bệnh lý hô hấp, người bệnh bệnh lý thần kinh có tăng áp lực nội sọ, người bệnh gây mê, cấp cứu ngừng tuần hoàn...

IV. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định.

V. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện quy trình kỹ thuật

Gồm một bác sỹ và một điều dưỡng

2. Phương tiện

- Máy đo PetCO₂ của gồm dây cáp và sensor cho từng người bệnh kết nối với monitor theo dõi.

- Đo bằng phương pháp mainstream là buồng đo đặt trực tiếp vào đường thở.

- Áp dụng cho người bệnh đặt nội khí quản hoặc mở khí quản. Đo bằng phương pháp sidestream trên người bệnh tự thở.

- Kết quả đo PetCO₂ được định lượng cụ thể theo đơn vị mmHg

- Tùy theo lứa tuổi sensor có kích thước khác nhau

+ 3 -10 kg thể tích khoảng chết là 2ml

+ 10kg thể tích khoảng chết là 5ml

3. Người bệnh

- Giải thích về lợi ích và nguy cơ của thủ thuật với người bệnh (nếu người bệnh tỉnh, tự thở), với người nhà người bệnh.

- Làm thông thoáng đường thở: hút sạch đờm dãi tại mũi, miệng, nội khí quản

4. Hồ sơ bệnh án

Ghi chép hồ sơ lý do và chỉ định theo dõi ETCO₂

VI. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- Lắp sensor đo PetCO₂ với dây cáp và kết nối với monitor, kiểm tra đèn trên dây cáp sáng, chờ 5 phút để làm ấm bộ phận cảm nhận.

- Sensor đảm bảo vô khuẩn hoặc đã được tiệt trùng, luôn được giữ sạch trong quá trình sử dụng.

- Kết nối với đầu ống nội khí quản và đầu dây máy thở.

- Kiểm tra độ chính xác của máy (test máy) ở mức 0 theo hướng dẫn của hãng
- Khi đồ thị ghi sóng của PetCO₂ trên màn hình đã hiện rõ và ổn định.
- Ghi nhận chỉ số PetCO₂ trên màn hình theo thời gian nghiên cứu.
- Sóng ổn định khi hiện đầy đủ các phase của sóng, hiển thị kết quả PetCO₂ trên màn hình.
- Sóng không ổn định là một đường thẳng hoặc hình dạng sóng bất thường, cần kiểm tra lại ống nội khí quản, sensor.
- Cài đặt các chỉ số báo động giới hạn thấp, giới hạn cao, ngừng thở.

VII. THEO DÕI

- Theo dõi giá trị ETCO₂ và sóng canography hiện trên monitor. Theo dõi các dạng sóng bất thường để phát hiện lỗi thiết bị như tuột nội khí quản, tắc đờm dãi.
- Theo dõi khí máu động mạch để đánh giá mối tương quan.

VIII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Người bệnh nằm lâu nên thay cảm biến tránh nhiễm khuẩn bệnh viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Thọ N.N. (2010). cẩm nang về thán đồ và ứng dụng để chẩn đoán phân biệt,
2. Carlon G.C., Ray C., Jr., Miodownik S., et al. (2011). Capnography in mechanically ventilated patients. *Crit Care Med*, 16(5), 550-556.
3. Hess D. (2011). *A Guide to Understanding Capnography*, Ohmeda USA

NUÔI DƯỠNG NGƯỜI BỆNH BẰNG ĐƯỜNG TRUYỀN TĨNH MẠCH NGOẠI BIÊN

I. ĐỊNH NGHĨA

Nuôi dưỡng người bệnh hoàn toàn qua đường tĩnh mạch ngoại vi là đưa các chất dinh dưỡng qua đường tĩnh mạch vào máu để nuôi dưỡng cơ thể. Các chất dinh dưỡng bao gồm: protein, carbohydrate, lipid, nước, muối khoáng và các chất vi lượng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh không thể nuôi dưỡng qua ống thông dạ dày:
- Mới phẫu thuật ở đường tiêu hoá trên.
- Tụt tử: uống acid hoặc kiềm mạnh.
- Tâm thần phân liệt thể không chịu ăn, chán ăn.
- Viêm tụy cấp.
- Sơ sinh thiếu tháng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các trường hợp dị ứng với các thành phần nuôi dưỡng.
- Khi người bệnh còn tình trạng nặng như sốc, rối loạn nội môi nặng, cần điều trị ổn định trước.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa hồi sức cấp cứu.
- Người phụ: y tá (điều dưỡng).
- Mặc áo, mũ, khẩu trang vô khuẩn.
- Người bệnh: được giải thích kỹ, ký giấy đồng ý thực hiện kỹ thuật (hoặc gia đình ký).

2. Phương tiện

- Các dụng cụ để luồn ống thông qua tĩnh mạch như kim luồn các kích cỡ.
- Các bộ dây truyền dịch và các lọ dung dịch.
- Bơm truyền đếm giọt, bơm điện tử càng tốt.
- Nơi thực hiện: tại giường khoa hồi sức cấp cứu, trong buồng vô khuẩn.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra hồ sơ theo quy định của Bộ Y tế.

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- Đặt đường truyền tĩnh mạch ngoại vi.
- Đánh giá người bệnh: dấu hiệu sinh tồn, cân nặng, tình trạng dinh dưỡng hiện tại, bệnh lý hiện tại và bệnh lý nền.
- Xét nghiệm: công thức máu, điện giải đồ, đường huyết.
- Tính nhu cầu năng lượng cần thiết
- Tính nhu cầu dịch cần thiết
- Tính thành phần proein, lipid
- Tính thể tích điện giải
- Tính thể tích glucose

- Tính nồng độ thẩm thấu hỗn dịch glucose - acid amine - điện giải dựa vào công thức sau: (áp suất thẩm thấu của dịch nuôi dưỡng ≤ 900 mosm/l) - mOsm/L = [amino acid (g/L) x 10] + [dextrose(g) x 5] + ([mEq Na + mEq K] x 2)/L + (mEq Ca x 1,4)/L

- Tính năng lượng thực tế cung cấp

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG

1. Theo dõi

1.1. Hàng ngày

- Tình trạng lâm sàng: cân nặng, huyết áp, mạch, nhịp thở, nước tiểu hàng ngày.
- Số lượng dịch vào ra.

1.2. Hàng tuần

- Máu: điện giải, urê, đường, creatinin, phosphatase kiềm, GOT, GPT, bilirubin, huyết đồ.
- Nước tiểu: nitơ, urê niệu /24 giờ.
- Bilan nitơ urê niệu (+) từ 0 - 4 g/ngày là đảm bảo cân bằng giữa dị hoá và đồng hoá.

2. Biến chứng và xử trí

- Viêm tắc tĩnh mạch: phải thay đường tĩnh mạch khác.
- Nhiễm khuẩn: Rút đường truyền tĩnh mạch cũ, lấy lại đường truyền mới ở vị trí khác.
- Chuyển hoá: Tăng đường máu; dùng thêm insulin.
- GOT, GPT tăng: giảm bớt dung dịch lipid.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. The Washington Manual of Medical Therapeutics, Lippincott Williams & Wilkins, 2010, p. 58-63.
2. Thomas R Ziegler, N Engl J Med 2009; 361: 1088-1097

KỸ THUẬT LẤY MÁU ĐỘNG MẠCH QUAY LÀM XÉT NGHIỆM KHÍ MÁU

I. ĐỊNH NGHĨA

- Xét nghiệm Khí máu động mạch là xét nghiệm để đánh giá tình trạng hô hấp, chuyển hóa và toan kiềm của người bệnh

- Đây là thủ thuật lấy máu động mạch quay làm xét nghiệm khí máu.

II. CHỈ ĐỊNH

- Chẩn đoán các rối loạn thăng bằng kiềm toan.

- Đánh giá bản chất, mức độ nặng, theo dõi đáp ứng điều trị các rối loạn hô hấp và chuyển hóa.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Thận trọng đối với những trường hợp rối loạn đông cầm máu.

- Tuần hoàn động mạch quay kém.

- Nhiễm trùng da vùng định lấy khí máu.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Đầy đủ trang phục

- Rửa tay thường quy

- Kiến thức thái độ, tâm lý, tác phong

2. Dụng cụ

- Khay chữ nhật (khay quả đậu)

- Bông cotton, bông khô, băng dính

- Bơm tiêm 1ml có tráng heparin

- Găng tay vô khuẩn

- Dụng cụ khác: xô đựng rác thải, hồ sơ bệnh án, chỉ định xét nghiệm.

3. Người bệnh

- Thông báo, giải thích cho gia đình người bệnh về thủ thuật sắp làm

- Đánh giá tình trạng người bệnh

- Đặt người bệnh ở tư thế thoải mái (nằm, ngồi) để cẳng tay ngửa trên mặt phẳng, cổ tay duỗi.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra hồ sơ theo quy định của Bộ Y tế.

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- Rửa tay thường quy (sát khuẩn tay nhanh)

- Xác định đúng người bệnh

- Đánh giá tình trạng người bệnh

- Bắt mạch cổ tay để xác định sơ bộ vị trí động mạch quay

- Rửa tay, đi găng

- Bắt mạch bằng ngón hai, ba (không chọc khi không xác định được mạch)

- Sát khuẩn vùng da định lấy khí máu.

- Chọc kim qua da theo góc 15 độ, mặt vát kim quay lên trên (Nếu chọc đúng động mạch sẽ thấy máu trào qua đốc kim, dao động theo nhịp mạch.)

- Lấy đủ lượng máu cần thiết.

- Rút kim, dùng bông khô ấn chặt vào vị trí lấy máu 5 phút.
- Thu dọn dụng cụ và chuyển bệnh phẩm làm xét nghiệm khí máu.
- Rửa tay, ghi chép hồ sơ bệnh án.

VI. THEO DÕI

Sau khi lấy máu, kiểm tra vị trí chọc xem có chảy máu kéo dài không

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Các tai biến rất ít gặp

- Phình động mạch quay(thường do chọc kim nhiều lần),
- Tụ máu tại chỗ,
- Chảy máu không kiểm soát được.

THỬ ĐƯỜNG MÁU MAO MẠCH TẠI GIƯỜNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Theo dõi diễn biến lượng đường trong máu của người bệnh bằng máy thử và que thử. Giúp bác sỹ kiểm soát và điều trị đạt kết quả tốt cho người bệnh, nhất là những người bệnh bị tiểu đường và rối loạn điện giải.

II. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh bị tiểu đường, viêm tụy cấp, rối loạn điện giải, hôn mê, co giật....theo chỉ định của bác sỹ.

- Trẻ sơ sinh có chỉ định kiểm tra đường huyết.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh không bị tiểu đường, hoặc người bệnh có lượng đường trong máu ổn định trong giới hạn bình thường. không có chỉ định của bác sỹ.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện quy trình kỹ thuật

Bác sỹ, điều dưỡng, kỹ thuật viên...

2. Phương tiện

- Máy thử
- Que thử
- Kim thử đường máu: 01 cái
- Băng vô khuẩn
- Panh
- Găng sạch: 01 đôi
- Ống cắm panh
- Cồn 70 độ
- Dung dịch sát khuẩn tay nhanh
- Xà phòng rửa tay diệt khuẩn
- Mũ: 01 cái
- Khẩu trang: 01 cái
- Xô đựng rác thải y tế

3. Người bệnh

Thông báo giải thích cho người bệnh hoặc gia đình người bệnh về việc sắp làm.

4. Hồ sơ bệnh án

Bảng theo dõi đường máu cá nhân.

Tờ theo dõi chăm sóc người bệnh

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra hồ sơ theo quy định của Bộ Y tế.

2. Kiểm tra người bệnh

Thông báo giải thích động viên người bệnh và gia đình người bệnh mục đích của việc theo dõi đường máu.

3. Thực hiện kỹ thuật

- Điều dưỡng rửa tay dưới vòi nước bằng xà phòng diệt khuẩn hoặc sát khuẩn tay nhanh, đội mũ, đeo khẩu trang.

- Bộc lộ bàn tay của người bệnh. Chọn vị trí lấy (đầu ngón tay hoặc đầu ngón chân hoặc gót chân)
- Sát khuẩn tay nhanh
- Điều dưỡng đi găng tay sạch, dùng kẹp phẫu tích gấp bông có tẩm cồn 70 độ sát khuẩn đầu ngón tay đã chọn (sát khuẩn 2-3 lần) để khô.
- Dùng kim tiêm vô khuẩn chích nhẹ vào ngón tay hoặc ngón chân hoặc gót bàn chân người bệnh sao cho đi qua lớp da mỏng bóp nhẹ đầu ngón tay thấy dỏm máu thì dừng lại.
- Cho que thử vào máy. Khi trên màn hình máy có biểu tượng giọt máu thì đưa đầu kia của que thử vào giọt máu vừa nặn. Khi que thử hút đủ máu thì bỏ máy và que thử ra khỏi giọt máu.
- Chờ trong 10 giây máy hiện kết quả lượng đường trong máu của người bệnh.
- Điều dưỡng tháo bỏ que thử khỏi máy. Thu dọn dụng cụ, tháo găng tay.
- Rửa tay và ghi kết quả làm được vào bảng theo dõi. Báo kết quả lượng đường trong máu của người bệnh mà máy đã đo được cho bác sỹ.

VI. THEO DÕI

- Chảy máu không cầm (nếu người bệnh có rối loạn đông máu).
- Kỹ thuật làm không đúng cho kết quả sai...

Chú ý:

- + Khi sát khuẩn xong phải để khô mới được chọc kim lấy máu.
- + Phải lấy đủ máu thì kết quả mới chính xác.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu: băng ép, dự phòng bằng lấy cữ kim vừa phải
- Nhiễm khuẩn: cần tuân thủ quy trình vô khuẩn

LẤY MÁU TĨNH MẠCH BỆN

I. ĐỊNH NGHĨA

1. ĐẠI CƯƠNG

Lấy máu tĩnh mạch ben thường được dùng trong các khoa lâm sàng. Thủ thuật này cũng có nguy cơ, đặc biệt là nhiễm khuẩn. Có thể lấy máu tĩnh mạch ben để làm xét nghiệm máu. Nếu bắt buộc phải truyền máu hay dịch qua tĩnh mạch ben thì bắt buộc phải đặt catheter.

2. Giải phẫu

2.1. Tĩnh mạch ben nằm trong tam giác scarpa, đi trong động mạch đùi, được giới hạn bởi dây chằng ben- cơ may- cơ khép đùi

2.2. Trong tam giác scarpa liên quan có

- Đỉnh tam giác: Dây thần kinh- Động mạch- Tĩnh mạch
- Đáy tam giác: Cơ thắt lưng đáy chậu- cơ lược- cơ may

II. CHỈ ĐỊNH

Lấy máu để làm xét nghiệm, đặc biệt là các xét nghiệm khí máu, điện giải ở người bệnh trụy mạch, shock, phù to toàn thân, quá béo, tĩnh mạch dễ vỡ, khó dùng các tĩnh mạch ngoại vi khác do tĩnh mạch bị tổn thương hoặc da vùng lấy máu bị bỏng, loét.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Vùng tĩnh mạch ben bị tổn thương, bầm tím, bông...
- Thận trọng với người bệnh bị rối loạn đông máu, giảm tiểu cầu...

IV. CHUẨN BỊ

1. Chuẩn bị người thực hiện

- Hai điều dưỡng viên.
- Trang phục đầy đủ theo quy định
- Kiến thức, thái độ, tâm lý, tác phong

2. Chuẩn bị môi trường

2.1. Địa điểm

- Tại phòng bệnh hoặc phòng thủ thuật, phòng lấy mẫu bệnh phẩm
- Có sổ tay lấy mẫu và bảng hướng dẫn thứ tự ống lấy máu theo quy định

2.2. Dụng cụ

a. Dụng cụ vô khuẩn:

- Khay tiệt vô khuẩn, kim kocher, ống cắm kim kocher, bông tiệt, hộp đựng bông, gạc vô khuẩn, găng tay vô khuẩn

- Bơm, kim tiêm vô trùng dùng một lần(cỡ phù hợp)

b. Dụng cụ khác:

- Cồn 70°, cồn Iốt, dung dịch sát khuẩn tay nhanh, dây garo, băng dính, băng ép, băng cuộn, găng tay chăm sóc.

- Gói kê móng, ống xét nghiệm, giá để ống xét nghiệm, bút ghi ống XN, phiếu XN
- Hộp đựng vật sắc nhọn, xô đựng rác thải theo quy định

3. Chuẩn bị người bệnh

- Thăm hỏi người bệnh, giới thiệu tên, chức danh của mình.
- Thông báo, giải thích cho người bệnh hoặc người nhà biết về kỹ thuật sắp tiến hành.
- Cho người bệnh nhìn ăn trước khi lấy máu (nếu cần) theo yêu cầu của từng loại xét nghiệm.

4. Hồ sơ bệnh án đầy đủ theo quy định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra hồ sơ theo quy định của Bộ Y tế.

2. Kiểm tra người bệnh

Thông báo giải thích động viên người bệnh và gia đình người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- Xác định đúng người bệnh, dán mã code hoặc ghi tối thiểu 2 thông tin (họ tên và mã số BN) vào ống xét nghiệm và đối chiếu với phiếu chỉ định.

- Rửa tay/sát khuẩn tay nhanh và mang khẩu trang

- Hướng dẫn người bệnh nằm ở tư thế phù hợp: nằm ngửa, đầu hơi cao, chân thấp, quay ra ngoài và duỗi thẳng (30° so với trục giữa thân), đặt gối kê hông để bộc lộ đường đi của tĩnh mạch bẹn. Xác định vị trí lấy máu.

- Sát khuẩn tay nhanh, mang găng chăm sóc

- Buộc dây garo và sát khuẩn vị trí lấy máu 2 lần (còn Iốt trước, còn 70độ sau)

- Đưa kim chích 45° so với bề mặt da tại vị trí dưới cung đùi 2cm, phía trong động mạch đùi 1cm, vừa chọc vừa nhẹ nhàng hút chân không tới khi có máu đỏ thâm trào vào bơm tiêm thì dừng lại, hút nhẹ nhàng đủ số lượng máu làm xét nghiệm.

- Rút kim, đặt bông khô vào vị trí lấy máu, rút kim bỏ vào hộp đựng vật sắc nhọn. Hướng dẫn gia đình giữ bông và theo dõi chảy máu.

- Lấy máu vào ống nghiệm theo đúng thể tích và thứ tự ống lấy máu.

- Đậy nắp, lắc đều ống máu (nếu cần) và đặt vào giá xét nghiệm.

- Thu dọn dụng cụ, rửa tay, ghi chép hồ sơ bệnh án. Trên phiếu xét nghiệm ghi rõ họ tên nhân viên lấy mẫu, ngày giờ lấy mẫu. Gửi ngay mẫu đến phòng xét nghiệm kèm theo phiếu chỉ định.

VI. GHI CHÚ

Thứ tự các ống lấy máu

1. Chai cấy máu

2. Ống không có chất bảo quản (ống nắp màu đỏ)

3. Ống chứa citrate để làm xét nghiệm đông máu

4. Ống chứa gel để lấy huyết thanh (ống nắp đỏ chứa hạt gel)

5. Ống chống đông bằng heparin (ống sinh hóa)

6. Ống chống đông bằng EDTA (ống CTM)

7. Ống chống đông bằng oxalat- fluorid.

KỸ THUẬT ĐẶT KIM LUỒN TĨNH MẠCH NGOẠI BIÊN TRẺ EM

I. ĐẠI CƯƠNG

- Kỹ thuật tiêm, truyền tĩnh mạch được thực hiện bằng kim luồn ngoại vi là phương pháp tiêm, truyền tĩnh mạch sử dụng loại kim làm bằng ống nhựa mềm luồn vào trong lòng mạch.

- Đặt kim luồn là thủ thuật thường quy của người điều dưỡng, nhưng mang lại nhiều lợi ích cho người bệnh và làm giảm tải công việc cho người điều dưỡng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Trẻ có dấu hiệu nguy hiểm.
- Tiêm thuốc liên tục hoặc ngắt quãng.
- Truyền dịch, nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch.
- Truyền máu và các chế phẩm của máu.
- Lấy máu xét nghiệm.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tuyệt đối
- + Vùng da nhiễm trùng.
- + Vùng da hoại tử.
- + Có tổn thương mạch máu phía trên nơi dự định đặt kim.
- Tương đối
- + Nguy cơ chảy máu.
- + Đoạn cuối chi bị liệt.
- + Chỗ phù nề.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

01 điều dưỡng: có kiến thức, kỹ năng, tâm lý vững vàng và trang phục đầy đủ theo qui định.

2. Phương tiện

2.1. Dụng cụ vô khuẩn

Kim luồn các cỡ phù hợp, chạc 3, dây nối, bơm tiêm các loại

2.2. Dụng cụ sạch

- Hộp chống sốc.
- Găng sạch, băng Opside, băng dính, kéo
- Dây garo, đèn soi ven, nẹp cố định, gạc làm ẩm vùng ven (nếu cần).

2.3. Dụng cụ khác

Hộp đựng vật sắc nhọn, xô đựng rác thải theo quy định.

2.4. Thuốc, dịch, dung dịch sát trùng

- Nước muối sinh lý 0.9%.
- Dung dịch sát trùng: cồn 70 độ, betadin 10% hoặc cồn Iode 1% hoặc dung dịch sát trùng khác như Chlorhexidine 2% (không sử dụng ở trẻ đẻ non dưới 28 tuần tuổi).
- Thuốc bôi tê giảm đau (Ví dụ: EMLA)

3. Người bệnh

- Thông báo về thủ thuật sắp làm cho người bệnh và gia đình người bệnh.
- Nhận định tình trạng người bệnh
- Hỏi về tiền sử liên quan đến dị ứng thuốc và các chất khác

4. Hồ sơ bệnh án

Phiếu ghi chép thủ thuật

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

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

2. Kiểm tra người bệnh

Tình trạng người bệnh.

3. Thực hiện kỹ thuật

- Điều dưỡng rửa tay, sát khuẩn tay.
- Thực hiện 5 đúng.
- Xác định vị trí đặt kim luôn.
- Đuổi khí dây nối.
- Garo, làm ấm vùng tĩnh mạch dự định đặt kim, đi găng sạch.
- Đưa kim luôn vào tĩnh mạch
- Tháo garô, nối kim luôn với dây nối, cố định kim luôn.
- Thu dọn dụng cụ, rửa tay, ghi hồ sơ bệnh án.

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Tai biến sớm

- Tụ máu: Đó là kết quả của việc làm vỡ mạch máu trong quá trình đưa kim vào và rút kim ra.
- Chệch ven: Đưa kim luôn vào tổ chức mô, không vào đúng mạch máu.
- Tắc mạch: Do khí, cục máu đông, mảnh đứt của kim luôn xâm nhập vào mạch máu.
- Tai biến trong quá trình đặt kim luôn: Đặt nhầm vào động mạch gây co mạch và có thể gây hoại tử tế bào.
- Bỏng: Do dùng gạc làm ấm vùng dự định đặt kim trước khi tiến hành quy trình, hoặc do sử dụng cồn Iode hoặc cồn tiêm hoặc dung dịch sát khuẩn khác, sát khuẩn không đúng kỹ thuật.

2. Tai biến muộn

- Viêm tại chỗ hoặc viêm tĩnh mạch: có thể do kích thích hoặc do thuốc, hóa chất.
- Nhiễm trùng: Do không tuân thủ nguyên tắc vô khuẩn khi thực hiện quy trình kỹ thuật.
- Thiếu máu cục bộ hoặc hoại tử vùng thấp hơn của cơ thể do cố định không đúng.

3. Xử trí

Rút kim ra lấy lại vị trí khác nếu tụ máu, chệch ven tắc mạch, đặt nhầm động mạch, bỏng.

ĐẶT DẪN LƯU KHÍ VÀ DỊCH MÀNG PHỔI

I. ĐẠI CƯƠNG

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

- + Dẫn lưu sạch máu, dịch và khí trong khoang màng phổi
- + Giúp phổi nở tốt
- + Tái tạo áp lực âm trong khoang màng phổi góp phần phục hồi chức năng phổi.

II. CHỈ ĐỊNH

- Các trường hợp tràn khí màng phổi
- + Tràn khí áp lực.
- + Dai dẳng hoặc tái phát sau khi đã chọc hút đơn thuần
- + Trên một tổn thương phổi: giãn phế nang, xơ phổi, tụ cầu phổi, lao phổi ...
- Tràn máu, dưỡng chấp màng phổi
- Tràn mủ màng phổi

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Rối loạn đông máu nặng
- Tràn dịch màng phổi do suy tim, suy thận, nếu khó thở chỉ chọc hút.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Người đặt dẫn lưu màng phổi được đào tạo và có chứng chỉ hành nghề, có kinh nghiệm mới được tiến hành.

2. Phương tiện

- Bộ dẫn lưu có kích cỡ phù hợp.
- Máy hút và hệ thống ống nối
- Bộ mở màng phổi
- Dao mổ, chỉ khâu
- Bơm tiêm, kim tiêm
- Săng vô trùng, bông gạc, thuốc sát trùng, cồn 70°, cồn iod, găng vô trùng.
- Lidocain 2 %

3. Người bệnh

Xét nghiệm phục vụ chẩn đoán, 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

- Xác định vị trí mở: khoang liên sườn 4,5 đường nách giữa.
- Sát khuẩn vùng da định làm thủ thuật, trái toan.
- Gây tê tại chỗ thành ngực đồng thời chọc thăm dò màng phổi
- Rạch da từ 0,5 cm dọc theo bờ trên xương sườn dưới
- Dùng panh kocher không máu tách dần các thớ cơ thành ngực vào màng phổi.
- Dùng panh kẹp đầu ống dẫn lưu, đưa ống dẫn lưu vào khoang màng phổi.

- Cố định dẫn lưu vào da bằng chỉ khâu. Khâu chỉ chờ.
- Nối dẫn lưu với máy hút hoặc bình dẫn lưu, điều chỉnh áp lực
- Kiểm tra lại dẫn lưu. Sát trùng, băng lại chân dẫn lưu

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu: do chọc phải mạch máu, cầm máu bằng khâu hoặc thắt động mạch liên sườn.
- Phù phổi: thường do hút quá nhanh và quá nhiều, cần giảm áp lực hút hoặc dừng hút và điều trị phù phổi cấp.
- Tràn khí dưới da: thường do tắc, hở dẫn lưu, cần kiểm tra và thông ống dẫn lưu - Nhiễm khuẩn: nhiễm trùng tại chỗ đặt dẫn lưu, viêm mủ màng phổi, nhiễm trùng huyết. Sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ hoặc theo kinh nghiệm nếu chưa có kháng sinh đồ.
- Tắc ống dẫn lưu: do cục máu đông, mủ đặc, do gập dẫn lưu, do đặt dẫn lưu không đúng vị trí. Cần thay ống dẫn lưu mới.

DẪN LƯU THỰC QUẢN CỔ Ở TRẺ EM (Mổ mở)

I. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật tạm thời không cho dịch, thức ăn từ miệng vào dạ dày ở trẻ em, thường dùng cho các tổn thương thực quản không thể nối được ngay.

II. CHỈ ĐỊNH

Dẫn lưu thực quản để cho tạo hình thực quản thì hai.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Rối loạn đông máu nặng

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

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

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

2. Phương tiện

- Dụng cụ phẫu thuật: Bộ dụng cụ đại phẫu cho phẫu thuật ngực, mạch máu. Chỉ khâu, clip các cỡ, gạc, bộ dẫn lưu ngực.

- Phương tiện gây mê

3. Người bệnh

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.

- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi.

- Điều trị ổn định các bệnh lý khác.

- Nhịn ăn, nhịn uống, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.

- Dùng kháng sinh.

4. Hồ sơ bệnh án

Hoàn chỉnh bệnh án, các kết quả xét nghiệm, hình ảnh, thăm dò chức năng, biên bản hội chẩn...

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra bệnh án

Đầy đủ theo qui định (hành chính, chuyên môn).

2. Kiểm tra người bệnh

Đúng người (tên, tuổi ...), đúng bệnh.

3. Thực hiện kỹ thuật

- Gây mê: Gây mê nội khí quản, theo dõi điện tim và bão hoà ô xy mao mạch (SpO₂) liên tục. Đặt 2 đường truyền tĩnh mạch trung ương và ngoại vi...

- Kỹ thuật

+ Người bệnh nằm nghiêng 90 độ sang bên trái, độn 1 gối ngang ngực.

+ Mở ngực sau- bên qua khoang gian sườn 3-4 ngoài màng phổi.

+ Đánh giá thương tổn không nối được thực quản.

+ Rạch đường ngang nếp cổ ngực, bóc lộ thực quản đầu trên, kết hợp mổ trong đưa đầu thực quản ra ngoài cổ, khâu cố định vào tổ chức da.

+ Đảm bảo nhu mô phổi nở tối đa, đặt dẫn lưu kín lồng ngực.

+ Đóng vết mổ.

VI. THEO DÕI

- Đảm bảo dẫn lưu thông.
- Xét nghiệm khí máu, điện giải, chức năng gan thận, công thức máu, hematocrit ngay sau khi về phòng hồi sức được 15 - 30 phút. Chụp X. quang ngực tại giường.
- Đảm bảo huyết động, hô hấp, dẫn lưu, nước tiểu 30 phút - 1 giờ / 1 lần, trong 24 giờ đầu hoặc lâu hơn tùy tình trạng huyết động.
- Kháng sinh, thuốc trợ tim, lợi tiểu, giảm đau; truyền máu và các dung dịch thay thế máu ... tùy theo tình trạng huyết động và các thông số xét nghiệm.
- Li liệu pháp hô hấp ngay từ ngày đầu sau mổ.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu sau mổ: Chỉ định mổ lại cầm máu cấp cứu nếu chảy 2mm/kg, hay > 100 ml/giờ và rối loạn huyết động; hoặc > 200 ml/giờ trong 3 giờ liền.
- Xẹp phổi sau mổ: do tràn khí lớn, người bệnh không thở tốt và bí tắc đờm rãi sau mổ. Lâm sàng người bệnh khó thở, sốt, nghe rì rào phế nang giảm; x-quang có hình ảnh xẹp phổi. Cần phải giảm đau tốt cho người bệnh, kháng sinh, vỗ rung và tập thở sớm. Nếu cần, có thể soi hút phế quản.

PHẪU THUẬT CẮT U TRUNG THẤT (Mổ mở)

I. ĐẠI CƯƠNG

- Trung thất là khoang được giới hạn phía trên bởi nền cổ, phía dưới bởi cơ hoành, phía sau là cột sống, trước là xương ức, hai bên là màng phổi trung thất. Khối u phát triển trong trung thất sẽ gây ra chèn ép hoặc thâm nhiễm vào các bộ phận lân cận

- Phẫu thuật lấy u trung thất nhằm loại bỏ một phần hoặc toàn bộ u, giải phóng chèn ép và tạo điều kiện cho điều trị tia xạ hoặc hóa chất.

II. CHỈ ĐỊNH

U trung thất khi đã chẩn đoán xác định, được hội chẩn chuyên khoa u bướu, cần được phẫu thuật.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Mang tính tương đối, thận trọng chỉ định mổ khi có các bệnh phối hợp, u lớn không chịu đựng được phẫu thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện (gồm 2 kíp)

- Kíp phẫu thuật: Phẫu thuật viên chuyên khoa lồng ngực, 2 phụ, 1 dụng cụ viên và 1 chạy ngoài.

- Kíp gây mê chuyên khoa lồng ngực: Bác sĩ gây mê và 2 phụ.

2. Phương tiện

- Dụng cụ đại phẫu cho phẫu thuật lồng ngực

- Phương tiện gây mê

+ Bộ dụng cụ phục vụ gây mê mổ lồng ngực. Các thuốc gây mê và hồi sức. Hệ thống đo áp lực tĩnh mạch, động mạch, bão hòa ô-xy, điện tim...

3. Người bệnh

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.

- Chuẩn bị mổ theo qui trình. Khám gây mê hồi sức. Giải thích người bệnh và gia đình theo qui định. Hoàn thiện các biên bản pháp lý.

- Điều trị ổn định các bệnh khác trước khi can thiệp phẫu thuật. Truyền máu nếu người bệnh có thiếu máu nhiều.

- Nhịn ăn, nhịn uống, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.

- Dùng kháng sinh trước mổ.

4. Bệnh án

Hoàn chỉnh hồ sơ bệnh án theo qui định (siêu âm, xét nghiệm, x-quang,...). Đầy đủ thủ tục pháp lý (biên bản hội chẩn, đóng dấu...).

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra lại chỉ định, chống chỉ định và cam kết đồng ý thực hiện gây mê, phẫu thuật, thủ thuật.

2. Kiểm tra người bệnh

- Tình trạng toàn thân, thời gian nhịn ăn uống.

- Bác sĩ thực hiện phẫu thuật khám lại người bệnh.

- Bác sĩ gây mê khám lại người bệnh và kiểm tra và đánh giá các thăm dò để thực hiện gây mê theo quy trình gây mê.

3. Thực hiện kỹ thuật

- Gây mê nội khí quản.

- Đặt đường truyền tĩnh mạch đảm bảo bù khối lượng tuần hoàn cần thiết cho người bệnh khi có biến chứng chảy máu hoặc có can thiệp vào tĩnh mạch chủ trên (bao giờ cũng có một đường truyền lớn ở chi dưới)

- Chọn đường mổ: đảm bảo phẫu trường rộng cho phép dễ dàng tiếp cận các thương tổn và nhanh chóng xử trí các tai biến có thể xảy ra trong mổ, mổ phía trước với u trung thất trước và vào phía sau với u trung thất sau:

+ Mổ xương ức: dọc hay ngang là đường mổ áp dụng tốt cho hầu hết các loại u trung thất trước hoặc khi u đã thâm nhiễm và chèn ép các mạch máu lớn

+ Mổ ngực: bên phải hoặc trái, trong trường hợp các u trung thất lớn có thể phải ở rộng đường mổ, cắt sườn.

- Đánh giá thương tổn

+ Sơ bộ đánh giá ngay trong mổ về đại thể (cần thiết gửi giải phẫu bệnh tức thì) xem là u lành hay ác mà có chiến lược mổ hợp lý

+ Đánh giá liên quan của u với các thành phần trong trung thất, xâm lấn, vỡ u. Khả năng cắt u.

+ Với những u không thể lấy bỏ nên đánh dấu bằng những vật liệu cản quang tạo điều kiện thuật lợi cho chạy xạ hoặc hóa chất.

- Cầm máu, đặt dẫn lưu.

- Đóng vết mổ. Kết thúc cuộc mổ.

VI. THEO DÕI

- Dẫn lưu: chảy máu, dịch, khí,...

- Tình trạng suy hô hấp sau mổ

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu: Có thể chảy từ diện cắt u hoặc chảy máu từ vết mổ xương ức. Nếu có chỉ định lại vì chảy máu cần tiến hành sớm.

- Xẹp phổi, suy hô hấp sau phẫu thuật xảy ra do đau hoặc có thương tổn thần kinh hoành, quặt ngược nên những thành phần này cần chú ý trong mổ. Sau mổ cần có biện pháp giảm đau, tập lý liệu pháp tích cực, sớm.

- Rò dưỡng chấp: nuôi dưỡng tĩnh mạch 7 -10 ngày

- Nhiễm trùng

PHẪU THUẬT CẮT THUY PHỔI HAY MỘT PHẦN THUY PHỔI

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật cắt phổi là phẫu thuật ít gặp ở trẻ em do ít gặp các bệnh lý mắc phải như ung thư và bệnh lý nhiễm trùng mạn tính. Nhìn chung, phẫu thuật cắt phổi ở trẻ em tương tự người lớn, tuy nhiên trẻ em có khả năng bù trừ sinh lý tốt hơn, trong vài năm đầu đời sự phát triển của các phế nang còn tiếp diễn làm hạn chế ảnh hưởng của phẫu thuật cắt phổi. Tùy thuộc vào chỉ định và vị trí giải phẫu mà nguyên tắc tiếp cận và phẫu thuật cắt phổi có sự thay đổi trong đó phẫu thuật nội soi ngày càng được ứng dụng rộng rãi. Biến chứng trong phẫu thuật cắt phổi thường ít gặp hơn người lớn. Ở trẻ khỏe mạnh hiếm gặp rò khí từ nhánh phế quản chính, tuy nhiên người bệnh có tình trạng nhiễm trùng như áp xe phổi, viêm phổi, xơ hóa nang, giãn phế quản có nguy cơ rò khí kéo dài cao hơn. Vẹo và/hoặc dị dạng thành ngực là các biến chứng lâu dài tiềm tàng đặc biệt đối với phẫu thuật mổ mở.

II. CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý bẩm sinh: phổi biệt lập, ú khí thùy phổi không lồ, CCAM, nang phổi, u trung mô, thiếu năng phổi bẩm sinh (cần sinh thiết để chẩn đoán)...
- Bệnh lý mắc phải: ú khí thùy phổi mắc phải, giãn phế quản, tổn thương di căn, bệnh phổi lan tỏa, nhiễm nấm (thùy)...

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Rối loạn đông máu.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện quy trình kỹ thuật

Phẫu thuật cắt phổi đòi hỏi những phẫu thuật viên lồng ngực nhi khoa có chứng chỉ hành nghề và có kinh nghiệm mới được tiến hành.

2. Phương tiện

- Dụng cụ mổ mở: bộ phẫu thuật mổ mở thường quy, bộ mạch máu.
- Chỉ phẫu thuật các loại, thuốc, dịch truyền...
- Dụng cụ dẫn lưu màng phổi

3. Người bệnh

- Xét nghiệm phục vụ chẩn đoán, phẫu thuật và gây mê đầy đủ.
- Chức năng phổi nên được tối ưu hóa và tình trạng nhiễm trùng nên được kiểm soát tối đa đặc biệt với người bệnh phổi xơ hóa nang. Ở trẻ lớn có thể cần đánh giá FEV1 và FVC để đánh giá ảnh hưởng tiềm tàng của phẫu thuật cắt phổi.

4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án theo quy định của Bộ Y tế.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Gây mê

- Nhiều trường hợp, chỉ cần gây mê thông thường, không cần thông khí một phổi. Bơm khí áp lực thấp 5 – 10 mmHg cũng có thể đủ làm xẹp phổi.
- Nếu cần thông khí một phổi có thể bằng đặt nội khí quản phế quản gốc chọn lọc hoặc dùng block phế quản.

3.2. Phẫu thuật mổ mở

- Tư thế người bệnh: người bệnh nằm nghiêng 90 độ, kê độn ngực.
- Vị trí phẫu thuật viên chính: đứng ở phía lưng người bệnh
- Vị trí phẫu thuật viên phụ: đứng đối diện phẫu thuật viên chính.

- Dụng cụ viên: đứng cùng bên phẫu thuật viên chính, phía chân người bệnh
- Tiến hành phẫu thuật
- + Mở ngực đường sau bên qua khoang liên sườn phù hợp
- + Trong các trường hợp đều cần quan sát và bộc lộ tốt cấu trúc rốn phổi, xác định các mạch máu và phế quản. Tốt nhất là phẫu tích và kiểm soát động mạch phổi trước, sau đó là tĩnh mạch và cuối cùng là phế quản. Trong một số trường hợp người bệnh có viêm mũ nặng, cần cắt phế quản trước.

+ Thùy trên phải: Mở ngực qua khoang liên sườn V. Mở màng phổi che phủ rốn phổi tránh tổn thương thần kinh hoành. Tĩnh mạch phổi trên phải ở phía trước nhất, động mạch phổi phải phía sau và phế quản phải ở sau cùng. Phẫu tích dần ra ngoại vi bộc lộ thân động mạch phổi trên và dưới phải. Bộc lộ và cắt các nhánh cho thùy trên của thân động mạch phổi trên phải (khâu buộc, clip, hoặc dao siêu âm). Tĩnh mạch phổi trên phải có các nhánh thùy trên và thùy giữa. Phẫu tích tĩnh mạch phổi thùy trên ra phía ngoại vi, thông thường có 3 nhánh phân thùy, cắt các nhánh. Phẫu tích rãnh chéo giữa thùy trên và thùy dưới qua đó phẫu tích bộc lộ nhánh động mạch phổi phân thùy sau lên, thường xuất phát từ động mạch phổi sau nhánh thùy giữa. Phẫu tích bộ lộ phế quản thùy trên vừa đủ để thấy rõ nguyên ủy. Cắt phế quản (cắt khâu, clip, hoặc stapler)

+ Thùy giữa phải: Qua rãnh giữa thùy trên và thùy giữa phẫu tích bộc lộ và cắt nhánh động mạch cho thùy giữa. Kéo phổi ra sau, phẫu tích bộc lộ và cắt nhánh tĩnh mạch thùy giữa (như trên). Kéo phổi ra trước, phẫu tích bộc lộ và cắt phế quản.

+ Thùy dưới phải: Mở ngực qua khoang liên sườn thấp hơn. Kéo thùy trên, giữa lên trên, thùy dưới xuống dưới bộc lộ rãnh chéo. Phẫu tích bộc lộ các nhánh gian thùy của động mạch phổi phải. Cắt các nhánh cho phân thùy trên thùy dưới nằm ngay trên các nhánh động mạch thùy giữa bên đối diện. Phẫu tích bộc lộ và cắt các nhánh còn lại của các phân thùy đáy. Kéo thùy dưới ra trước, cắt dây chằng phổi dưới bộc lộ và cắt tĩnh mạch phổi dưới phải. Kéo thùy dưới ra sau, bộc lộ và cắt nhánh phế quản

+ Thùy trên trái: Mở ngực qua khoang liên sườn V. Mở màng phổi che phủ rốn phổi. Động mạch phổi trái ở trước nhất, sau đó nó đi trên và vòng ra sau nhánh phế quản thùy trên trái. Từ 4 đến 6 nhánh từ động mạch phổi trái cho thùy trên, phía trước là các nhánh phân thùy trước, đỉnh và sau, nhánh phân thùy đỉnh có thể gấp ở phía trên, nhánh thân thùy trước và phân thùy lưỡi ở rãnh liên thùy. Cắt các nhánh này, kéo phổi ra sau phẫu tích bộc lộ và cắt tĩnh mạch phổi trên trái. Kéo phổi ra trước, phẫu tích bộc lộ và cắt phế quản thùy trên trái và thùy lưỡi.

+ Thùy dưới trái: phẫu tích bộc lộ các nhánh động mạch ở rãnh liên thùy. Có 1 hoặc 2 nhánh cho phân thùy trên, các nhánh này có thể phía trên các nhánh cho thùy lưỡi. Cắt các nhánh này. Cắt các nhánh cho các phân thùy đáy phía dưới các nhánh cho thùy lưỡi. Kéo phổi ra trước, cắt dây chằng phổi dưới bộc lộ và cắt tĩnh mạch phổi dưới trái. Kéo thùy dưới ra sau, bộc lộ và cắt nhánh phế quản.

+ Cắt phân thùy phổi: đánh dấu phần phổi định cắt bằng dao điện. Cắt nhu mô phổi theo đường định hướng bằng dao điện hoặc dao siêu âm. Các vị trí còn rò khí có thể kiểm soát bằng stapler hoặc khâu.

+ Bơm rửa khoang màng phổi, kiểm tra rò khí với áp lực thông khí phổi tăng lên đến 30 - 40 cmH₂O, đặt dẫn lưu màng phổi nếu cần, đóng ngực theo lớp giải phẫu.

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Rò khí kéo dài sau mổ: dẫn lưu màng phổi, phẫu thuật khâu rò nếu cần.
- Chảy máu: dẫn lưu màng phổi, phẫu thuật cấp cứu nếu chảy máu không cầm, huyết động không ổn định.
- Nhiễm trùng vết mổ: thay băng, kháng sinh

MỔ NGỰC THĂM DÒ, SINH THIẾT Ở TRẺ EM

I. ĐẠI CƯƠNG

Mổ ngực thăm dò và sinh thiết ở trẻ em chủ yếu qua

- Mổ ngực sau bên: đường mổ này đi trực tiếp vào vùng rốn phổi và quai động mạch chủ, tuy nhiên phải cắt nhiều cơ (qua 2 bình diện).

- Mổ ngực trước bên: thường dùng trong phẫu thuật tim, tính thẩm mỹ cao vì đường rạch da thường đi dưới vú. Về mặt giải phẫu, có cơ ngực lớn ở trước, cơ răng to ở bên, các thớ của 2 cơ này đi gần vuông góc với nhau.

- Ngoài ra có thể tiếp cận qua đường mổ ngực bên, mổ ngực sau, mổ ngực cắt sụn sườn 5, mổ ngực dọc hay ngang xương ức.

II. CHỈ ĐỊNH

- Thăm dò, sinh thiết
- Bệnh lý cơ hoành, sườn ngực
- Trần máu, mũ, dưỡng chấp, khí màng phổi
- Vết thương ngực - bụng
- Bệnh tim mạch
- Bệnh phổi màng phổi
- Bệnh lý thực quản
- Các u trung thất, thành ngực

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 01 Phẫu thuật viên chuyên khoa
- 02 phụ mổ
- Kíp gây mê: 01 Bác sĩ gây mê, 01 phụ gây mê
- Kíp dụng cụ: 01 Dụng cụ viên, 01 nhân viên chạy ngoài

2. Phương tiện: bộ dụng cụ đại phẫu ngực, chỉ phẫu thuật, thuốc, dịch truyền...

3. Người bệnh

- Được khám chẩn đoán bệnh, xét nghiệm, thăm dò chức năng và đã được hội chẩn, điều trị, nuôi dưỡng, cân bằng đủ đảm bảo cho cuộc phẫu thuật dự kiến.

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, tai biến, biến chứng, di chứng có thể xảy ra do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh, cũng như yếu tố trang thiết bị phục vụ.

- Nhịn ăn, uống, vệ sinh bảo đảm an toàn.

4. Hồ sơ bệnh án

Hoàn chỉnh bệnh án, các kết quả xét nghiệm, hình ảnh, thăm dò chức năng, biên bản hội chẩn...

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Họ tên người bệnh, tuổi, bố, mẹ, địa chỉ, số điện thoại liên hệ, các chỉ số xét nghiệm, chẩn đoán, chỉ định điều trị, phương pháp phẫu thuật dự kiến, bệnh lý kèm theo, tình trạng dị ứng, cam kết trước phẫu thuật.

2. Kiểm tra người bệnh

Họ và tên, tuổi, mã số, tên bố, mẹ, địa chỉ.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Gây mê

Gây mê nội khí quản, có thông khí một phổi, theo dõi điện tim và bão hoà ô xy mao mạch (SpO₂) liên tục. Đặt 2 đường truyền tĩnh mạch trung ương và ngoại vi...

3.2. Mở ngực sau bên

- Người bệnh nằm nghiêng 90 độ, có 1 gối độn ở dưới nâng ngực lên cao. Phẫu thuật viên đứng phía lưng, phụ mổ đứng đối diện. Đường rạch da bắt đầu phía lưng, dưới góc sau xương bả vai, sau đó đi song song với bờ sống của xương bả, cách bờ khoảng 2 cm, rồi đi xuống phía mỏm xương bả và vòng ra trước theo hướng sườn. Cắt tổ chức dưới da tới lớp cơ nông ở sau là bờ dưới cơ thang, ở trước là cơ lưng to. Cắt ngang lớp cơ, bóc lộ cực dưới xương bả. Cắt lớp cân dưới xương bả, đi ra sau, sát tới chân cơ thoi, tới tận vùng gai ngang, ra trước hướng xuống dưới theo bờ sau dưới của cơ răng to. Dùng 1 Farabeuf kéo bờ dưới cơ lưng to xuống thì có thể tới tận chỗ bám của cơ răng to ở sườn 8,9. Cắt 1 phần chỗ bám của cơ răng to và bóc tách, kéo nó về phía trước bóc lộ sườn và khoang liên sườn. Dùng Farabeuf kéo mạnh mỏm xương bả, đếm và mở khoang liên sườn tương ứng.

- Đặt van mở ngực.
- Thực hiện đánh giá, và sinh thiết tổn thương tương ứng.
- Đặt dẫn lưu ngực và đóng vết mổ theo các lớp.

3.3. Mở ngực trước bên

- Bệnh nằm nghiêng 60 độ, tay treo lên cao, độn 2 gối dưới vai và mông.
- Rạch da theo hình cong dưới nếp vú, đi từ bờ trái xương ức đến nếp hằn bờ trước cơ lưng to. Thường vào khoang liên sườn 4-5. Cắt cơ ngực lớn ở phía trước, đi dần ra sau, cắt và tách cơ răng to. Dùng 1 Farabeuf căng mép sau sẽ bóc lộ rõ khoang liên sườn. Mở khoang liên sườn, phía trước dừng lại ở chỗ nối các sụn sườn.

- Đặt van mở ngực.
- Thực hiện đánh giá, và sinh thiết tổn thương tương ứng.
- Đặt dẫn lưu ngực và đóng vết mổ theo các lớp

VI. THEO DÕI

- Đảm bảo dẫn lưu thông.
- Xét nghiệm khí máu, điện giải, chức năng gan thận, công thức máu, hematocrit ngay sau khi về phòng hồi sức được 15 - 30 phút. Chụp X. quang ngực tại giường.
- Đảm bảo huyết động, hô hấp, dẫn lưu, nước tiểu 30 phút - 1 giờ / 1 lần, trong 24 giờ đầu hoặc lâu hơn tùy tình trạng huyết động.
- Kháng sinh, thuốc trợ tim, lợi tiểu, giảm đau; truyền máu và các dung dịch thay thế máu ... tùy theo tình trạng huyết động và các thông số xét nghiệm.
- Li liệu pháp hô hấp ngay từ ngày đầu sau mổ.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu sau mổ: Chỉ định mổ lại cầm máu cấp cứu nếu chảy 2mm/kg, hay > 100 ml/giờ và rối loạn huyết động; hoặc > 200 ml/giờ trong 3 giờ liền.
- Xẹp phổi sau mổ: do tràn khí lớn, người bệnh không thở tốt và bất tác đờm rãi sau mổ. Lâm sàng người bệnh khó thở, sốt, nghe rì rào phế nang giảm; x-quang có hình ảnh xẹp phổi. Cần phải giảm đau tốt cho người bệnh, kháng sinh, vỗ rung và tập thở sớm. Nếu cần, có thể soi hút phế quản.

PHẪU THUẬT CẮT KÉN KHÍ PHỔI

I. ĐẠI CƯƠNG

- Kén khí là những túi chứa khí có kích thước lớn hơn 1cm nằm ở nhu mô phổi, kén khí khổng lồ được định nghĩa là kén khí có kích thước lớn hơn 30% một phế trường
- Nguyên nhân của kén khí thường do: Bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính, những nguyên nhân khác thường do thiếu alpha 1 antritypsin, hội chứng Marfan, hội chứng Ehler Danlos, hút thuốc, Sarcoidose...
- Kén khí làm tăng khoảng chết sinh lý và gây chèn ép tổ chức phổi lành xung quanh.

II. CHỈ ĐỊNH

- Khó thở do kén khí lớn
- Tràn khí màng phổi tái phát
- Tràn khí, tràn máu màng phổi
- Kén khí cả hai bên (phẫu thuật từng bên một)
- Đau ngực
- Nhiễm trùng tái phát nhiều lần
- Ho ra máu

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Trẻ có rối loạn đông máu, nhiễm trùng tiến triển nặng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện (Gồm 2 kíp)

- Kíp phẫu thuật: Phẫu thuật viên, 2 phụ mổ, 1 dụng cụ viên và 1 chạy ngoài.
- Kíp gây mê: Bác sĩ gây mê và 2 phụ mê.

2. Phương tiện

- Hệ thống máy mê, thuốc mê, dụng cụ gây mê.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật Nhi đại phẫu ngực.

3. Người bệnh

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.
- Dùng kháng sinh dự phòng trước mổ.

4. Hồ sơ bệnh án

- Theo quy định của Bộ Y tế
- Hoàn chỉnh hồ sơ bệnh án theo qui định chung (siêu âm, xét nghiệm, x quang ...).
- Đủ thủ tục pháp lý (biên bản hội chẩn có xác nhận cấp có thẩm quyền, cam kết phẫu thuật đã được ký bởi người giám hộ).

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra lại chỉ định, chống chỉ định và cam kết đồng ý thực hiện gây mê, phẫu thuật, thủ thuật.

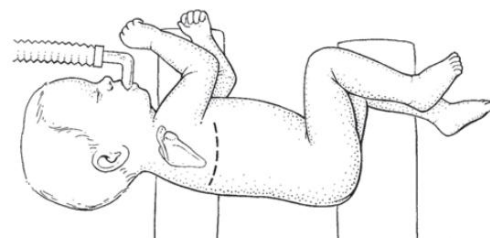
2. Kiểm tra người bệnh

- Tình trạng toàn thân
- Thời gian nhịn ăn, uống.
- Bác sỹ thực hiện phẫu thuật khám lại người bệnh.
- Bác sỹ gây mê khám lại người bệnh và kiểm tra và đánh giá các thăm dò để thực hiện gây mê theo quy trình gây mê.

3. Thực hiện kỹ thuật

- Gây mê nội khí quản, có kèm theo giãn cơ.
- Đường vào

+ Đường vào qua đường mở ngực sau bên, đánh giá thương tổn, tiến hành cắt thương tổn với dao siêu âm, hay dụng cụ cắt khâu tự động, Endo - Loop, có kết hợp sử dụng keo sinh học (Fibrin sealant)



- + Đặt dẫn lưu kín lồng ngực.
- + Đóng vết mổ.
- + Gửi xét nghiệm mô bệnh học.

VI. THEO DÕI

- Kháng sinh toàn thân.
- Dẫn lưu ngực
- Ăn đường miệng có thể sau mổ 24 giờ.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu sau phẫu thuật: trong 6 giờ đầu phải theo dõi mạch, huyết áp và toàn trạng tại phòng hồi tỉnh (chăm sóc cấp I).
- Tràn khí kéo dài trên 7 ngày sau mổ, cần mổ khâu lỗ rò khí phế quản.
- Nhiễm khuẩn: tình trạng nhiễm trùng tăng với sốt, bạch cầu trong máu, CRP tăng, vết mổ nề đau, cần dùng kháng sinh bổ sung.

PHẪU THUẬT TIM LOẠI BLALOCK

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật BT shunt kinh điển được Blalock và Taussig giới thiệu năm 1945 với mục đích cải mức độ tím ở người bệnh mắc tim bẩm sinh tím bằng cách tạo cầu nối giữa hệ động mạch chủ với động mạch phổi.

II. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh tim bẩm sinh phức tạp tím chưa có khả năng sửa toàn bộ.
- Áp dụng cho người bệnh sinh lý 1 thất có máu lên phổi hạn chế, phẫu thuật giai đoạn I
- Người bệnh mắc bệnh Fallot4 chưa đủ điều kiện sửa toàn bộ: trẻ nhỏ hơn 3 tháng, thường xuyên có cơn tím và không đáp ứng với điều trị nội khoa, trẻ nhỏ có bất thường động mạch vành vắt ngang qua phễu thất phải, trẻ có thiếu sản nặng nhánh động mạch phổi.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Người thực hiện là phẫu thuật viên tim mạch được đào tạo về lĩnh vực tim bẩm sinh

2. Phương tiện và dụng cụ

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tim hở.
- Đồ tiêu hao.

3. Người bệnh

- Chẩn đoán xác định bệnh và các thương tổn phối hợp
- Hội chẩn trước phẫu thuật
- Làm các xét nghiệm cần thiết cho phẫu thuật tim kín
- Khám lại người bệnh 1 ngày trước phẫu thuật
- Gây mê, người bệnh được gây mê nội khí quản ngay tại phòng mổ, đặt catheter tĩnh mạch trung tâm, đặt động mạch xâm nhập, đặt sonde tiêu
- Tư thế người bệnh nằm ngửa, uốn cổ hoặc nằm nghiêng phải hoặc trái trong phẫu thuật làm BT-Shunt đường bên.

4. Hồ sơ bệnh án

- Hoàn thành các thủ tục hành chính theo qui định. Người bệnh và gia đình ghi hồ sơ như đã nêu ở mục 3 trên đây (ghi rõ đã được giải thích rõ ràng và hiểu về những điều bác sỹ giải thích nêu trên).
- Hoàn thiện đầy đủ các bước khám lâm sàng, cận lâm sàng cần thiết để có chẩn đoán xác định bệnh.
- Đánh giá tình trạng toàn thân như tuổi, cơ địa, những bệnh mãn tính nặng phối hợp có ảnh đến trong mổ và sau mổ.
- Đánh giá khả năng phẫu thuật để chuẩn bị cho cuộc mổ diễn ra an toàn và hiệu quả nhất.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra lại chỉ định, chống chỉ định và cam kết đồng ý thực hiện gây mê, phẫu thuật, thủ thuật.

2. Kiểm tra người bệnh

- Tình trạng toàn thân
- Thời gian nhịn ăn, uống.
- Bác sỹ thực hiện phẫu thuật khám lại người bệnh.
- Bác sỹ gây mê khám lại người bệnh và kiểm tra và đánh giá các thăm dò để thực hiện gây mê theo quy trình gây mê.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Vô cảm

Người bệnh được gây mê nội khí quản tại phòng mổ, đặt catheter tĩnh mạch trung tâm, đặt động mạch xâm nhập, đặt sonde tiêu và dây theo dõi nhiệt độ trung tâm ngoại biên

3.2. Tư thế: Tư thế người bệnh nằm ngửa, uốn cổ

3.3 Kỹ thuật

- Tùy theo từng trường hợp cụ thể với giải phẫu riêng biệt mà có sự thay đổi tương thích cho phù hợp

- Các quy trình phẫu thuật áp dụng bao gồm như sau:

3.3.1 Phẫu thuật cắt tuyến hung

Sau khi cưa xương ức, mở ngực, tiến hành cắt tuyến hung

3.3.2 Phẫu thuật tim loại Blalock

- Phẫu thuật BT-Shunt kinh điển

Đường mổ là đường ngực bên, bên phải hoặc bên trái nhưng thườngng là đối diện với quai động mạch chủ, vào ngực qua khoang liên sườn 3 hoặc 4.

- Cầu nối chủ phổi được thực hiện trực tiếp giữa động mạch dưới đòn và động mạch phổi cùng bên: động mạch dưới đòn được thắt và cắt ở vị trí phía đầu xa, đưa đầu còn lại xuống nối với động mạch phổi cùng bên.

- Phẫu thuật Waterston - Shunt và Potts - Shunt

- Phẫu thuật Waterston-Shunt được thực hiện qua đường ngực bên phải và cầu nối chủ phổi được làm trực tiếp giữa động mạch chủ lên với động mạch phổi phải. Phẫu thuật Potts-Shunt được thực hiện qua đường ngực bên trái và cầu nối chủ phổi được làm trực tiếp giữa động mạch chủ xuống với động mạch phổi trái.

- Hiện tại cả 2 loại phẫu thuật này không còn được sử dụng trên lâm sàng bởi có nhiều nhược điểm như: tỷ lệ cao gây xoắn động mạch phổi, quá tải lượng máu lên phổi gây suy tim, khó thực hiện và khó tháo bỏ.

- Phẫu thuật BT-Shunt cải tiến qua đường ngực bên.

- Phẫu thuật được thực hiện qua đường ngực bên, bên phải hoặc bên trái tùy theo từng trung tâm, qua khoang liên sườn 3 hoặc 4, cầu nối chủ phổi được thực hiện giữa động mạch dưới đòn và động mạch phổi cùng bên qua một đoạn mạch nhân tạo (Gore tex graft).

- Đối với trẻ sơ sinh hoặc trẻ nhỏ đoạn mạch nhân tạo được chọn lựa với kích thước khoảng 3-3,5-4mm, còn trẻ lớn hơn có kích thước 5-6 mm.

- Hiện tại phẫu thuật BT-Shunt cải tiến qua đường ngực bên bên được áp dụng phổ biến ở hầu hết các trung tâm.

- Phẫu thuật BT-Shunt cải tiến qua đường mở xương ức.

- Phẫu thuật được thực hiện qua đường mở xương ức, cắt một phần tuyến ức, mở một phần màng tim phía trên. Cầu nối chủ phổi được thực hiện giữa động mạch thân cánh tay đầu và động mạch phổi qua đoạn mạch nhân tạo, vị trí Shunt bên phải hay trái tùy theo quai động mạch chủ quay bên nào.

- Hiện tại phẫu thuật BT-Shunt cải tiến qua đường mở xương ức được rất nhiều phẫu thuật viên ưa thích với nhiều ưu điểm vượt trội và đặc biệt hiệu quả khi áp dụng cho người bệnh sơ sinh, người bệnh có nhánh động mạch phổi nhỏ, người bệnh có tình trạng trước mổ không ổn định.

- Những trường hợp người bệnh tím nặng trong mổ hoặc cần tạo hình hợp lưu động mạch phổi thì cần tiến hành chạy máy tim phổi nhân tạo.

- Phẫu thuật BT-Shunt giữa động mạch chủ lên và thân động mạch phổi qua đoạn mạch nhân tạo, được áp dụng trong trường hợp thân và nhánh động mạch phổi quá nhỏ, tuy nhiên có nguy cơ quá tải máu lên phổi, nên cần tiến hành mổ sửa toàn bộ sớm.

- Melbourne shunt: thường áp dụng cho người bệnh thông liên thất teo phổi có tuần hoàn bàng hệ lớn, 2 nhánh động mạch phổi thiếu sản nặng nhưng còn thân hoặc hợp lưu động mạch phổi.

- Đa phần người bệnh không cần chạy máy tim phổi nhân tạo, trừ những trường hợp bệnh tím quá nặng trong lúc mổ.

- Tiến hành phẫu tích 2 nhánh, thân và hợp lưu động mạch phổi, cặp tạm 2 nhánh động mạch phổi, cắt rời thân hoặc hợp lưu động mạch phổi và nối vào mặt sau bên bên trái động mạch chủ lên.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi huyết động của người bệnh sau mổ
- Theo dõi SpO₂ của người bệnh sau mổ, thường dao động 80-85%
- Tình trạng đông máu người bệnh sau mổ
- Theo dõi chảy máu sau mổ
- Theo dõi dấu hiệu tắc shunt

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

Xử trí tai biến tùy theo nguyên nhân và mức độ của từng trường hợp cụ thể.

PHẪU THUẬT SỬA HẸP ĐƯỜNG RA THẤT PHẢI

I. ĐẠI CƯƠNG.

Giải phẫu thất phải có 3 thành phần

- phần buồng nhận (inlet)
- phần cơ bè (trabecular)
- phần đường ra (outlet)

- Hẹp đường ra thất phải trong bệnh lý tim bẩm sinh, có thể là thương tổn đơn thuần hoặc là thương tổn kết hợp trong các bệnh lý tim bẩm sinh phức tạp.

- Hẹp đường ra thất phải sau mổ bệnh lý tim bẩm sinh

- Nguyên nhân gây hẹp đường ra thất phải: do vách nón phì đại, vách nón lệch trước, do tổn thương xơ hóa, do tổ chức phụ của van 3 lá gây cản trở đường ra, do u tim ...

II. CHỈ ĐỊNH

Hẹp nặng đường ra thất phải đơn thuần hoặc hẹp đường ra thất phải gập kết hợp trong bệnh lý tim bẩm sinh

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH.

Không có chống chỉ định

IV. CHUẨN BỊ

1. Chuẩn bị người bệnh

- Chẩn đoán xác định bệnh, hội chẩn trước phẫu thuật, chuẩn bị hồ sơ bệnh án phẫu thuật theo quy định

- Làm các xét nghiệm cần thiết cho phẫu thuật tim hở

- Khám người bệnh 1 ngày trước phẫu thuật, chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật, vệ sinh cá nhân

- Giải thích cho gia đình người bệnh về tình trạng bệnh, phương pháp phẫu thuật, tai biến, biến chứng có thể gặp khi tiến hành phẫu thuật, gây mê, chạy máy tim phổi nhân tạo

2. Người thực hiện

- Bao gồm nhóm bác sĩ nội khoa, bác sĩ phẫu thuật, bác sĩ gây mê, bác sĩ chạy máy, bác sĩ hồi sức sau mổ phối hợp chặt chẽ với nhau

- Người trực tiếp phẫu thuật: gồm phẫu thuật viên tim mạch, 2 bác sĩ phụ mổ, bác sĩ gây mê, phụ mê, bác sĩ chạy máy, phụ chạy máy và 2 điều dưỡng dụng cụ.

3. Phương tiện trang thiết bị

- Phòng mổ tim: máy mê, máy tim phổi nhân tạo, máy trao đổi nhiệt, điều hòa trung tâm, đèn đầu, đèn trần, monitor, máy shock điện, bộ phẫu thuật tim hở, cửa xương ức, các dụng cụ chuyên khoa tim mạch khác...

4. Hồ sơ bệnh án

- Hoàn thành các thủ tục hành chính theo qui định. Người bệnh và gia đình ghi hồ sơ như đã nêu ở mục 3 trên đây (ghi rõ đã được giải thích rõ ràng và hiểu về những điều bác sĩ giải thích nêu trên).

- Hoàn thiện đầy đủ các bước khám lâm sàng, cận lâm sàng cần thiết để có chẩn đoán xác định bệnh.

- Đánh giá tình trạng toàn thân như tuổi, cơ địa, những bệnh mãn tính nặng phối hợp có ảnh đến trong mổ và sau mổ

- Đánh giá khả năng phẫu thuật để chuẩn bị cho cuộc mổ diễn ra an toàn và hiệu quả nhất.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra lại chỉ định, chống chỉ định và cam kết đồng ý thực hiện gây mê, phẫu thuật, thủ thuật.

2. Kiểm tra người bệnh

- Tình trạng toàn thân
- Thời gian nhịn ăn, uống.
- Bác sỹ thực hiện phẫu thuật khám lại người bệnh.
- Bác sỹ gây mê khám lại người bệnh và kiểm tra và đánh giá các thăm dò để thực hiện gây mê theo quy trình gây mê.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Tư thế

Người bệnh nằm ngửa, kê billot dưới vai, ưỡn cổ

3.2. Vô cảm

Gây mê: người bệnh được gây mê nội khí quản ngay tại phòng mổ, đặt catheter tĩnh mạch trung tâm, đặt động mạch xâm nhập, các đường truyền, đầu đo nhiệt độ thực quản, nhiệt độ hậu môn, xông tiểu...

3.3. Kỹ thuật

- Rạch da đường giữa xương ức, cửa xương ức, mở màng tim
- Heparin 3mg/kg,
- Đặt cannula động mạch chủ, hai cannula tĩnh mạch chủ trên và tĩnh mạch chủ dưới, chạy tuần hoàn ngoài cơ thể khi ACT > 400
- Cắt động mạch chủ lên và tiến hành ngừng tim bằng dung dịch Custadiol, nước muối sinh lý lạnh vô trùng được tưới trực tiếp vào cơ tim nhằm bảo vệ cơ tim tốt hơn
- Mở mặt trước của nhĩ phải từ tiểu nhĩ phải hướng về phía tĩnh mạch chủ dưới, mở dọc thân động mạch phổi và khâu treo.
- Tiếp cận qua đường mở nhĩ phải và đường mở dọc thân ĐMP: Đánh giá mức độ hẹp của đường ra, nguyên nhân gây hẹp
- Xử trí tùy theo thương tổn: cắt cơ vách nón phì đại, cơ vùng phễu thất phải phì đại, tổ chức xơ hóa, tổ chức phụ của van ba lá...
- Đánh giá lại kích thước của đường ra thất phải bằng dụng cụ đo (hegar) và đối chiếu với kích thước chuẩn theo diện tích da (Z score).
- Đóng nhĩ, khâu lại đường mở thân động mạch phổi, đuổi khí buồng tim, thả clamp động mạch chủ cho tim đập lại, hỗ trợ, ngừng máy
- Sau khi ngừng máy tim phổi nhân tạo, sẽ đo lại áp lực thất phải
- Rút cannula động mạch chủ và tĩnh mạch chủ, đặt dẫn lưu, đặt điện cực tim, khâu lại màng tim, đóng xương ức, khâu lại vết mổ

VI. THEO DÕI

- Rối loạn nhịp tim
- Còn hẹp đường ra thất phải sau mổ.
- Chảy máu.

PHẪU THUẬT BỆNH GIÁN ĐOẠN QUAI ĐỘNG MẠCH CHỦ

I. ĐẠI CƯƠNG

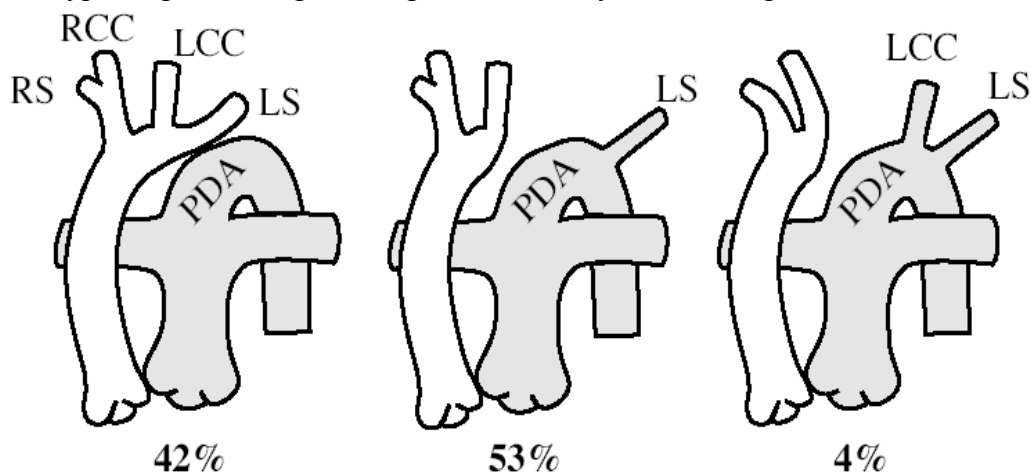
- Gián đoạn quai ĐMC chiếm khoảng 1% trẻ bị tim bẩm sinh nặng, 80% trẻ tử vong trong tháng đầu nếu không được điều trị.

- Phụ thuộc vào vị trí của gián đoạn chia thành 3 type:

+ Type A: gián đoạn sau động mạch dưới đòn trái

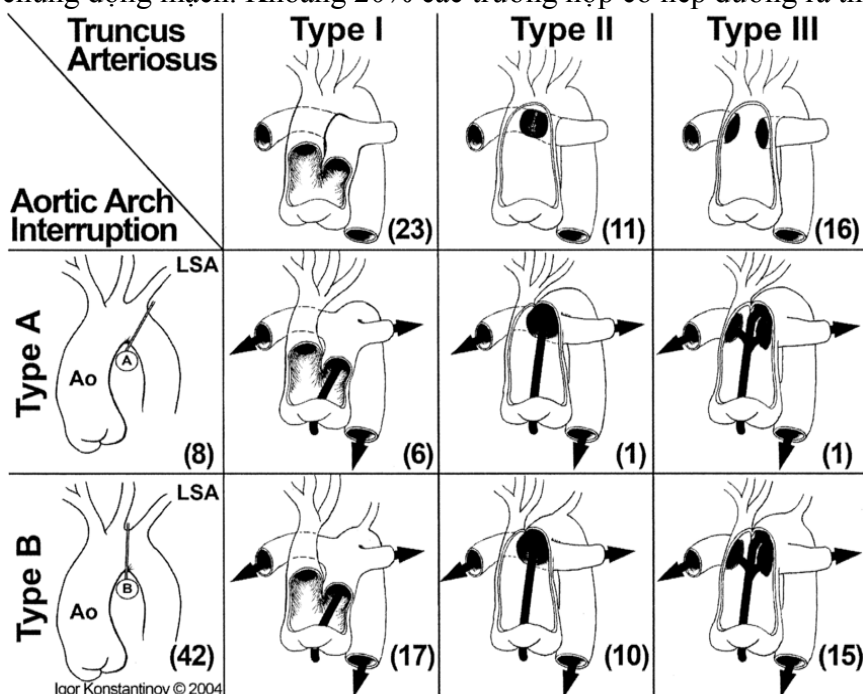
+ Type B: gián đoạn giữa động mạch cánh trái và động mạch dưới đòn trái. Hay gặp xuất phát lạc chỗ của động mạch dưới đòn phải, thường từ động mạch chủ xuống. Hội chứng Digeorge ghi nhận ở 50% người bệnh Type B.

+ Type C: gián đoạn giữa động mạch cánh tay đầu và động mạch cánh trái



Hình 1: phân loại gián đoạn quai ĐMC

- Gặp PDA và VSD trong khoảng 90 % các trường hợp gián đoạn. khoảng 10% kết hợp với thân chung động mạch. Khoảng 20% các trường hợp có hẹp đường ra thất trái.



Hình 2: gián đoạn quai ĐMC kết hợp với thân chung động mạch

- 15% người bệnh gián đoạn quai ĐMC kèm theo hội chứng DiGeorge

- Đây là bệnh lý tim bẩm sinh phụ thuộc ống động mạch và người bệnh thường có biểu hiện lâm sàng rõ rệt với dấu hiệu shock tim, suy hô hấp từ rất sớm nhất là vào thời điểm đóng ống động mạch.

- Điều trị nội khoa sử dụng PGE1 để duy trì PDA, hoặc stenning duy trì PDA đợi phẫu thuật.
- Điều trị ngoại khoa có 2 lựa chọn
- + Phẫu thuật tạm thời: Banding 2 nhánh ĐMP + mở ống động mạch bằng PGE1 hoặc stent.
- + Phẫu thuật sửa chữa toàn bộ

II. CHỈ ĐỊNH

Chỉ định cấp cứu tuyệt đối với người bệnh gián đoạn quai động mạch chủ, đặc biệt người bệnh đóng ống động mạch

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối, ngoài trừ những người bệnh không thể phẫu thuật

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Người thực hiện là phẫu thuật viên tim mạch được đào tạo về lĩnh vực tim bẩm sinh

2. Phương tiện và dụng cụ

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tim hở.
- Máy tim phổi nhân tạo và đồ tiêu hao.

3. Người bệnh

- Chẩn đoán xác định bệnh và các thương tổn phối hợp
- Hội chẩn trước phẫu thuật.
- Làm các xét nghiệm cần thiết cho phẫu thuật tim hở.
- Khám lại người bệnh 1 ngày trước phẫu thuật.
- Gây mê, người bệnh được gây mê nội khí quản ngay tại phòng mổ, đặt catheter tĩnh mạch trung tâm, đặt động mạch xâm nhập, đặt sonde tiêu và dây theo dõi nhiệt độ trung tâm - ngoại biên.
- Rạch da đường giữa xương ức, cửa xương ức, cắt bỏ tuyến ức, mở màng tim, khâu treo màng tim.
- Đánh giá tổn thương, type gián đoạn quai ĐMC, kiểm soát ống động mạch, bóc tách toàn bộ quai tới động mạch chủ xuống.
- Đặt 2 cannula động mạch chủ, 1 trực tiếp vào động mạch chủ lên sát với ĐM cánh tay đầu, hoặc gián tiếp qua ống Goretex nối với ĐM thân cánh tay đầu, 1 cannula động mạch qua ống động mạch xuống ĐMC xuống, hai cannula tĩnh mạch chủ trên và tĩnh mạch chủ dưới, dẫn lưu tim trái, chạy tuần hoàn ngoài cơ thể. Chạy máy trong điều kiện hạ nhiệt độ mức độ trung bình đến sâu.
- Xiết ống động mạch trước vị trí cannula ĐMC
- Cắt động mạch chủ lên và tiến hành ngừng tim bằng dung dịch Custadiol, nước muối sinh lý lạnh vô trùng được tưới trực tiếp vào cơ tim nhằm bảo vệ cơ tim tốt hơn
- Mở mặt trước của nhĩ phải.

4. Hồ sơ bệnh án

- Hoàn thành các thủ tục hành chính theo qui định. Người bệnh và gia đình ghi hồ sơ như đã nêu ở mục 3 trên đây (ghi rõ đã được giải thích rõ ràng và hiểu về những điều bác sỹ giải thích nêu trên).
- Hoàn thiện đầy đủ các bước khám lâm sàng, cận lâm sàng cần thiết để có chẩn đoán xác định bệnh.
- Đánh giá tình trạng toàn thân như tuổi, cơ địa, những bệnh mãn tính nặng phối hợp có ảnh đến trong mổ và sau mổ.
- Đánh giá khả năng phẫu thuật để chuẩn bị cho cuộc mổ diễn ra an toàn và hiệu quả nhất.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra lại chỉ định, chống chỉ định và cam kết đồng ý thực hiện gây mê, phẫu thuật, thủ thuật.

2. Kiểm tra người bệnh

- Tình trạng toàn thân
- Thời gian nhịn ăn, uống.
- Bác sỹ thực hiện phẫu thuật khám lại người bệnh.
- Bác sỹ gây mê khám lại người bệnh và kiểm tra và đánh giá các thăm dò để thực hiện gây mê theo quy trình gây mê.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1 Phẫu thuật cắt tuyến hung

Sau khi cưa xương ức, mở ngực, tiến hành cắt tuyến hung

3.2. Phẫu thuật cắt ống động mạch

Tiến hành cắt và khâu hai đầu chủ-phối của ống động mạch bằng chỉ Prolene 5.0

3.3. Phẫu thuật hẹp quai động mạch chủ

3.3.1. Tạo hình quai ĐMC bằng cắt nối tận-tận

- Cắt-khâu ống động mạch.
- Loại bỏ hoàn toàn hoặc gần hoàn toàn nội mạc của ống động mạch.
- Nối lại hai đầu ĐMC bằng chỉ không tiêu khâu vắt.

3.3.2. Tạo hình quai ĐMC bằng cắt nối tận-bên

- Cắt-khâu ống động mạch
- Mở rộng đầu trên của miệng nối ĐMC bằng cách cắt chéo vắt.
- Nối lại hai đầu ĐMC bằng chỉ không tiêu khâu vắt

3.3.3. Tạo hình quai ĐMC bằng cắt nối tận-bên mở rộng

- Cắt-khâu ống động mạch
- Cắt bỏ đoạn hẹp giữa hai clamp, mở dọc mặt dưới quai ĐMC tới hết vị trí thiếu sản của quai ĐMC.
- Đưa ĐMC xuống nối với mặt dưới của quai ĐMC bằng chỉ không tiêu khâu vắt.

3.3.4. Nối tắt qua đoạn hẹp

- Người bệnh người lớn, hẹp nặng, có canxi hóa thành ĐMC
- Dùng ống nối, nối tắt qua chỗ gián đoạn

VI. THEO DÕI

- Theo dõi huyết động của người bệnh sau mổ
- Tiên lượng lâu dài tùy thuộc vào tình trạng tái hẹp eo động mạch chủ, tình trạng tiến triển của hẹp đường ra thất trái.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Xử trí tai biến tùy theo nguyên nhân và mức độ của từng trường hợp cụ thể.

- Ghi chú

Những phẫu thuật sửa chữa tạm thời không trình bày trong quy trình này

PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ BẤT THƯỜNG ĐỘNG MẠCH VÀNH TRÁI XUẤT PHÁT TỪ ĐỘNG MẠCH PHỔI (ALCAPA)

I. ĐẠI CƯƠNG

- Trong bất thường động mạch vành trái xuất phát từ động mạch phổi, toàn bộ động mạch vành trái hoặc chỉ nhánh liên thất trước (LAD) hoặc nhánh mũ xuất phát bất thường từ đoạn gần của thân động mạch phổi hoặc rất hiếm ở đoạn gần động mạch phổi phải. Động mạch vành phải xuất phát bình thường từ động mạch chủ và chia nhánh bình thường.

- Có 4 nhóm bất thường phân chia theo vị trí xuất phát của động mạch vành trái:

+ Động mạch vành (ĐMV) trái xuất phát từ góc phải của xoang sau động mạch phổi

+ ĐMV trái xuất phát từ góc trái của xoang sau của động mạch phổi

+ ĐMV trái xuất phát từ xoang không đối diện của động mạch phổi

+ ĐMV trái xuất phát từ gốc động mạch phổi trái, thường kèm theo động mạch vành chạy trong thành.

III. Chỉ định

Chỉ định tuyệt đối phẫu thuật sửa toàn bộ (tạo tuần hoàn 2 động mạch vành) cho bệnh lý ALCAPA.

IV. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định cho bệnh lý này

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Người thực hiện là phẫu thuật viên tim mạch được đào tạo về lĩnh vực tim bẩm sinh

2. Phương tiện và dụng cụ

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tim hở.

- Đồ tiêu hao, máy tim phổi nhân tạo (+/-)

3. Người bệnh

- Chẩn đoán xác định bệnh và các thương tổn phối hợp

- Hội chẩn trước phẫu thuật

- Làm các xét nghiệm cần thiết cho phẫu thuật tim hở

- Khám lại người bệnh 1 ngày trước phẫu thuật, vệ sinh, nhịn ăn và truyền dịch trước phẫu thuật theo quy định

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

- Giải đáp những khúc mắc của người bệnh về bệnh tật, về phẫu thuật,...trong phạm vi cho phép.

4. Hồ sơ bệnh án

- Hoàn thành các thủ tục hành chính theo qui định. Người bệnh và gia đình ghi hồ sơ như đã nêu ở mục 3 trên đây (ghi rõ đã được giải thích rõ ràng và hiểu về những điều bác sỹ giải thích nêu trên).

- Hoàn thiện đầy đủ các bước khám lâm sàng, cận lâm sàng cần thiết để có chẩn đoán xác định bệnh.

- Đánh giá tình trạng toàn thân như tuổi, cơ địa, những bệnh mãn tính nặng phối hợp có ảnh hưởng đến mổ và sau mổ

- Đánh giá khả năng phẫu thuật để chuẩn bị cho cuộc mổ diễn ra an toàn và hiệu quả nhất.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra lại chỉ định, chống chỉ định và cam kết đồng ý thực hiện gây mê, phẫu thuật, thủ thuật.

2. Kiểm tra người bệnh

- Tình trạng toàn thân
- Thời gian nhịn ăn, uống.
- Bác sỹ thực hiện phẫu thuật khám lại người bệnh.
- Bác sỹ gây mê khám lại người bệnh và kiểm tra và đánh giá các thăm dò để thực hiện gây mê theo quy trình gây mê.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Vô cảm

Người bệnh được gây mê nội khí quản tại phòng mổ, đặt catheter tĩnh mạch trung tâm, đặt động mạch xâm nhập, đặt sonde tiêu và dây theo dõi nhiệt độ trung tâm - ngoại biên

3.2. Tư thế

Tư thế người bệnh nằm ngửa, uốn cổ

3.3. Kỹ thuật

- Rạch da đường giữa xương ức, cửa xương ức, cắt bỏ tuyến ức, mở màng tim.
- Đặt cannula động mạch chủ, hai cannula tĩnh mạch chủ trên và tĩnh mạch chủ dưới, chạy tuần hoàn ngoài cơ thể trong điều kiện hạ nhiệt độ mức độ trung bình.
- Xiết 2 nhánh động mạch phổi ngay khi chạy máy. Nhằm tránh tình trạng ăn cắp máu vành và bảo vệ cơ tim trong quá trình chạy dịch bảo vệ cơ tim.
- Thắt ống động mạch nếu có.
- Cặp động mạch chủ lên và tiến hành ngừng tim bằng dung dịch liệt tim, nước muối sinh lý lạnh vô trùng được tưới trực tiếp vào cơ tim nhằm bảo vệ cơ tim tốt hơn.
- Một liều dung dịch bảo vệ cơ tim được bơm trực tiếp vào lỗ động mạch vành trái bất thường.
- Mở mặt trước của nhĩ phải từ tiểu nhĩ phải hướng về phía tĩnh mạch chủ dưới.

Các quy trình phẫu thuật điều trị bệnh bất thường động mạch vành trái xuất phát từ động mạch phổi bao gồm:

3.3.1. Phẫu thuật cắt tuyến hung

Sau khi cửa xương ức, mở ngực, tiến hành cắt tuyến hung

3.3.2. Thắt ống động mạch

Nếu người bệnh có ống động mạch cần tiến hành thắt ống động mạch bằng chỉ ethybon 3/0.

3.3.3. Phẫu thuật sửa chữa các bất thường xuất phát của động mạch vành

- Phương pháp trồng lại động mạch vành trực tiếp:
 - + Khuy động mạch vành được cắt ra từ động mạch phổi. Động mạch vành được bóc tách, giải phóng tối đa để tránh tình trạng bị căng.
 - + Thành sau của động mạch chủ được xẻ ra ở vị trí thích hợp để tạo miệng nối với khuy động mạch vành trái.
 - + Khâu nối khuy động mạch vành và gốc động mạch chủ ở vị trí thích hợp bằng chỉ prolence 7/0 hoặc 8/0.
- Phương pháp trồng động mạch vành dùng vật động mạch chủ và vật động mạch phổi:
 - + Khuy động mạch vành được tạo bởi: mặt trước là vật của thân động mạch phổi, mặt sau là vật từ động mạch chủ lên.

- + Khuy động mạch vành được nối với động mạch chủ.
- Phương pháp trồng động mạch vành dùng vật động mạch phổi:
- + Khuy động mạch vành được tạo bởi thân động mạch phổi.
- + Khuy động mạch vành được nối với động mạch chủ lên.

3.3.4. Cắt nối động mạch phổi

- Tạo hình lại chỗ khuyết mô trên động mạch phổi mới bằng miếng màng tim tự thân tươi, chỉ Prolene 7.0
- Nối thân động mạch phổi mới tạo hình với chạc 3 của hai nhánh phổi bằng chỉ Prolene 7.0

VI. THEO DÕI

- Các biến chứng: hở van 2 lá, suy tim, viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn,...
- Tái khám định kỳ.
- Sử dụng các thuốc điều trị suy tim nếu người bệnh có triệu chứng.
- Hạn chế vận động nếu có hở 2 lá nặng, hoặc có các biến chứng sau mổ.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

Xử trí tai biến tùy theo nguyên nhân và mức độ của từng trường hợp cụ thể.

PHẪU THUẬT BỆNH CHUYỂN GỐC ĐỘNG MẠCH

I. ĐẠI CƯƠNG

- Chuyển gốc động mạch là bệnh lý tim bẩm sinh có tím sớm với đặc điểm bất tương thích giữa tâm thất và các đại động mạch (động mạch chủ xuất phát từ thất phải, động mạch phổi xuất phát từ thất trái) và có sự tương thích giữa tâm nhĩ với tâm thất

- Bệnh chuyển gốc động mạch chiếm khoảng 5-7 % các bệnh lý tim bẩm sinh, tương ứng với 20-30 trẻ trong 100.000 trẻ sinh ra, tỷ lệ nam:nữ dao động từ 1,5-3,2:1

- Bệnh thường có biểu hiện suy hô hấp, tím tái ngay sau sinh

- Trẻ sống được là nhờ sự trộn máu do còn lỗ bầu dục, còn ống động mạch, thông liên nhĩ hoặc thông liên thất.

- Bệnh chuyển gốc động mạch gồm 2 loại chính là chuyển gốc động mạch không có hẹp phổi và chuyển gốc động mạch có hẹp phổi.

II. CHỈ ĐỊNH

- Phẫu thuật chuyển vị đại động mạch được thực hiện đối với người bệnh mắc chuyển gốc động mạch vách liên thất nguyên vẹn, thường phẫu thuật được thực hiện ngay trong tuần đầu sau sinh hoặc ít nhất là trong tháng đầu sau sinh.

- Người bệnh mắc chuyển gốc động mạch kèm theo thông liên thất thường được phẫu thuật chuyển vị đại động mạch trong vài tuần đầu sau sinh.

- Người bệnh chuyển gốc động mạch kèm theo hẹp phổi hoặc hẹp nặng đường ra thất trái, thì phẫu thuật được lựa chọn cho nhóm người bệnh này là phẫu thuật REV, Rastelli, Nikaidoh.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh chuyển gốc động mạch đơn thuần nhưng đến muộn, tình trạng tăng áp động mạch nặng, thất trái bé, nguy cơ tử vong cao khi tiến hành phẫu thuật chuyển vị đại động mạch.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Người thực hiện là phẫu thuật viên tim mạch được đào tạo về lĩnh vực tim bẩm sinh

2. Phương tiện và dụng cụ

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tim hở.

- Máy tim phổi nhân tạo và đồ tiêu hao.

3. Người bệnh

- Người bệnh được đặt nằm ngửa, có đệm dưới vai

- Người bệnh được khởi mê và gây mê theo quy trình gây mê cho người bệnh sơ sinh chuyển gốc động mạch.

- Thiết lập các hệ thống theo dõi điện tim 12 chuyển đạo, hệ thống theo dõi xâm nhập động mạch ngoại vi và tĩnh mạch trung ương.

- Đặt hệ thống theo dõi nhiệt độ trung tâm và ngoại vi bao gồm nhiệt độ thực quản, nhiệt độ hậu môn và nhiệt độ da.

- Đặt sonde bàng quang theo dõi nước tiểu

- Người bệnh được sát trùng vùng ngực và bụng bằng dung dịch betadine

- Kiểm tra lại mức độ sẵn sàng của người bệnh, kiểm tra mức độ ổn định các hệ thống xâm nhập, kiểm tra mức độ sẵn sàng của nhóm chạy máy tuần hoàn ngoài cơ thể.

4. Hồ sơ bệnh án

- Hoàn thành các thủ tục hành chính theo qui định. Người bệnh và gia đình ghi hồ sơ như đã nêu ở mục 3 trên đây (ghi rõ đã được giải thích rõ ràng và hiểu về những điều bác sỹ giải thích nêu trên).

- Hoàn thiện đầy đủ các bước khám lâm sàng, cận lâm sàng cần thiết để có chẩn đoán xác định bệnh.
- Đánh giá tình trạng toàn thân như tuổi, cơ địa, những bệnh mãn tính nặng phối hợp có ảnh hưởng đến mổ và sau mổ
- Đánh giá khả năng phẫu thuật để chuẩn bị cho cuộc mổ diễn ra an toàn và hiệu quả nhất.

V. CÁC BƯỚC TIỀN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra lại chỉ định, chống chỉ định và cam kết đồng ý thực hiện gây mê, phẫu thuật, thủ thuật.

2. Kiểm tra người bệnh

- Tình trạng toàn thân
- Thời gian nhịn ăn, uống.
- Bác sỹ thực hiện phẫu thuật khám lại người bệnh.
- Bác sỹ gây mê khám lại người bệnh và kiểm tra và đánh giá các thăm dò để thực hiện gây mê theo quy trình gây mê.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Vô cảm

Người bệnh được gây mê nội khí quản tại phòng mổ, đặt catheter tĩnh mạch trung tâm, đặt động mạch xâm nhập, đặt sonde tiểu và dây theo dõi nhiệt độ trung tâm - ngoại biên

3.2. Tư thế

Tư thế người bệnh nằm ngửa, uốn cổ

3.3. Kỹ thuật

- Tùy theo từng trường hợp cụ thể với giải phẫu riêng biệt mà có sự thay đổi tương thích cho phù hợp
- Các quy trình phẫu thuật áp dụng trong bệnh lý chuyển gốc động mạch bao gồm:

3.3.1 Phẫu thuật cắt tuyến hung

Sau khi cửa xương ức, mở ngực, tiến hành cắt tuyến hung

3.3.2 Phẫu thuật thay động mạch chủ:

Mở ngang động mạch chủ lên, đánh giá lại giải phẫu động mạch vành.

- Tiến hành bóc tách giải phóng cục áo của động mạch vành đủ rộng
- Cắt ngang thân động mạch phổi tương ứng với vị trí cắt ngang thân động mạch chủ
- Bóc tách giải phóng rộng rãi hai nhánh động mạch phổi
- Tiến hành thủ thuật Lecompte chuyển hai nhánh động mạch phổi ra phía trước động mạch chủ
- Nối lại động mạch chủ lên với động mạch phổi (động mạch chủ mới) bằng chỉ Prolene 7.0 hoặc 8.0

3.3.3. Phẫu thuật sửa chữa các bất thường xuất phát của động mạch vành

- Thả clamp động mạch chủ kiểm tra cầm máu, xác định vị trí trồng lại hai động mạch vành
- Cặp lại động mạch chủ, tạo lỗ mở trên động mạch chủ mới để trồng lại động mạch vành bằng chỉ Prolene 8.0.
- Trồng lại hai động mạch vành vào động mạch chủ mới bằng chỉ Prolene 8.0 khâu vát theo kỹ thuật cửa lật
- Một số trường hợp có tổn thương động mạch vành phức tạp cần phải được mở rộng động mạch vành bằng kỹ thuật mở cửa sổ trên động mạch vành hoặc tạo hình bằng màng tim tự thân hoặc mạch tự thân.

3.3.4 Phẫu thuật cắt ống động mạch

Tiến hành cắt và khâu hai đầu chủ-phổi của ống động mạch bằng chỉ Prolene 5.0

3.3.5. Cắt nối động mạch phổi

- Tạo hình lại chỗ khuyết mô trên động mạch phổi mới bằng miếng màng tim tự thân tươi, chỉ Prolene 7.0
- Nối thân động mạch phổi mới tạo hình với chạc 3 của hai nhánh phổi bằng chỉ Prolene 7.0
- Trong trường hợp người bệnh có hẹp nhánh động mạch phổi thì cần tạo hình mở rộng nhánh động mạch phổi bằng màng tim tươi tự thân hoặc vật liệu thay thế khác

3.3.6. Phẫu thuật Senning hoặc Mustard

Cũng có thể áp dụng để điều trị bệnh chuyển gốc động mạch không hẹp phổi

3.3.7. Phẫu thuật REV

- Phẫu thuật được áp dụng cho người bệnh chuyển gốc động mạch, thông liên thất có hẹp nặng đường ra thất trái hoặc phổi không có khả năng tiến hành phẫu thuật chuyển gốc
- Phễu thất phải được mở rộng và đường hầm trong thất được tái tạo sau khi cắt bỏ vách nón
- Động mạch chủ được cắt rời, thân động mạch phổi được chuyển vị ra phía trước động mạch chủ rồi được gắn lại trực tiếp vào bờ trên của đường mở phễu thất phải, mặt trước của đường mở phễu thất phải được bao phủ bởi miếng vá màng tim tự thân nhằm tái tạo lại kết nối thất phải và động mạch phổi
- Lựa tuổi phẫu thuật được lựa chọn cho phẫu thuật REV chủ yếu từ 6-12 tháng tuổi.

3.3.8. Phẫu thuật Rastelli

- Phẫu thuật được áp dụng cho người bệnh chuyển gốc động mạch, thông liên thất kèm theo hẹp nặng đường ra thất trái.
- Phẫu thuật Rastelli được tiến hành dựa trên nguyên tắc tạo đường hầm trong thất giống như phẫu thuật REV, đồng thời tạo kết nối thất phải – động mạch phổi bằng ống van nhân tạo.

3.3.9. Phẫu thuật Nikaidoh

- Phẫu thuật áp dụng cho người bệnh chuyển gốc động mạch có thông liên thất hoặc vách liên thất nguyên vẹn, kèm theo hẹp nặng đường ra thất trái, không có khả năng tiến hành phẫu thuật chuyển gốc.
- Phẫu thuật dựa trên nguyên tắc của phương pháp tạo hình đường ra thất trái của Konno và kỹ thuật chuyển vị động mạch chủ.
- Phẫu thuật được tiến hành với chạy máy tim phổi nhân tạo, phần gốc động mạch chủ bao gồm van động mạch chủ và các động mạch vành được tách rời khỏi phễu thất phải, dịch chuyển ra phía sau và chồng lại trên vị trí của đường ra thất trái đã được mở rộng, đường ra thất trái được tái tạo lại bằng miếng vá thông liên thất với bờ trên của miếng vá được đính vào bờ trước của phần gốc động mạch chủ, đường ra thất phải được tái tạo bằng miếng vá màng tim tươi tự thân nối từ đường mở phễu thất phải lên thân động mạch phổi.

3.3.10. Cai và thoát tuần hoàn ngoài cơ thể

- Hỗ trợ cho tim với thời gian tùy theo từng trường hợp cụ thể
- Tiến hành lọc máu trong chạy máy
- Khi tim đập lại tốt và tình trạng huyết động ổn định, bắt đầu cai và giảm từ từ lưu lượng của máy tuần hoàn ngoài cơ thể, kèm theo hỗ trợ của máy thở và các thuốc trợ tim vận mạch.
- Rút dần các ống hỗ trợ tim trái, kim gốc động mạch chủ và tĩnh mạch chủ trên.
- Đặt ống thông đo áp lực nhĩ trái sau mổ qua lỗ vào của ống thông hỗ trợ tim trái
- Ngừng máy tuần hoàn ngoài cơ thể khi tình trạng huyết động hoàn toàn ổn định với hỗ trợ của máy thở và các thuốc vận mạch.
- Tiến hành lọc máu kiểu cải tiến sau khi ngừng máy tuần hoàn ngoài cơ thể
- Tiến hành rút cannula tĩnh mạch chủ dưới và động mạch chủ theo thứ tự ưu tiên sau khi trung hòa Protamine.

3.3.11 Kết thúc phẫu thuật

- Kiểm tra cầm máu, đặt các điện cực buồng nhĩ phải và thất phải
- Đặt sonde thăm phân phúc mạch trong khoang màng bụng
- Đặt dẫn lưu khoang màng tim và khoang màng phổi 2 bên và bắt đầu hút liên tục với áp lực âm từ 10-20 cm nước.
- Đóng xương ức bằng chỉ thép 5 mũi rời, đóng cân cơ và da theo 3 lớp quy định
- Để hở xương ức khi tình trạng cơ tim phù nề nhiều, khi tình trạng chảy máu chưa được kiểm soát chắc chắn.
- Chuyển người bệnh về phòng hồi sức khi huyết động và toàn trạng người bệnh ổn định.

VI. THEO DÕI

Chảy máu, máu tụ dưới da, nhiễm trùng vết mổ, ...

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

Xử trí tai biến tùy theo nguyên nhân và mức độ của từng trường hợp cụ thể.

PHẪU THUẬT BAND ĐỘNG MẠCH PHỔI TẠM THỜI TRONG ĐIỀU TRỊ CÁC TRƯỜNG HỢP TĂNG LƯỢNG MÁU LÊN PHỔI

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật Banding động mạch phổi được Muller và Dammann đề xuất năm 1952 như là một phẫu thuật tạm thời cho trẻ có luồng thông trái phải như là bệnh thông liên thất lớn hoặc bệnh sinh lý một thất có máu lên phổi nhiều

II. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh thông liên thất lớn mà có cân nặng thấp, đẻ non hoặc có thông liên thất phần cơ nhiều lỗ

- Áp dụng cho người bệnh sinh lý 1 thất có máu lên phổi nhiều, phẫu thuật giai đoạn 1
- Những bệnh máu lên phổi nhiều mà chưa có khả năng sửa toàn bộ

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Người thực hiện là phẫu thuật viên tim mạch được đào tạo về lĩnh vực tim bẩm sinh

2. Phương tiện và dụng cụ

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tim hở.
- Máy tim phổi nhân tạo và đồ tiêu hao.

3. Người bệnh

- Chẩn đoán xác định bệnh và các thương tổn phối hợp
- Hội chẩn trước phẫu thuật
- Làm các xét nghiệm cần thiết cho phẫu thuật tim kín
- Khám lại người bệnh 1 ngày trước phẫu thuật
- Gây mê, người bệnh được gây mê nội khí quản ngay tại phòng mổ, đặt catheter tĩnh mạch trung tâm, đặt động mạch xâm nhập, đặt sonde tiểu
- Tư thế người bệnh nằm ngửa, uốn cổ hoặc nằm nghiêng phải tùy theo phẫu thuật viên lựa chọn

4. Hồ sơ bệnh án

- Hoàn thành các thủ tục hành chính theo qui định. Người bệnh và gia đình ghi hồ sơ như đã nêu ở mục 3 trên đây (ghi rõ đã được giải thích rõ ràng và hiểu về những điều bác sỹ giải thích nêu trên).
- Hoàn thiện đầy đủ các bước khám lâm sàng, cận lâm sàng cần thiết để có chẩn đoán xác định bệnh.
- Đánh giá tình trạng toàn thân như tuổi, cơ địa, những bệnh mãn tính nặng phổi hoặc có ảnh đến trong mổ và sau mổ
- Đánh giá khả năng phẫu thuật để chuẩn bị cho cuộc mổ diễn ra an toàn và hiệu quả nhất.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra lại chỉ định, chống chỉ định và cam kết đồng ý thực hiện gây mê, phẫu thuật, thủ thuật.

2. Kiểm tra người bệnh

- Tình trạng toàn thân
- Thời gian nhịn ăn, uống.
- Bác sỹ thực hiện phẫu thuật khám lại người bệnh.

- Bác sỹ gây mê khám lại người bệnh và kiểm tra và đánh giá các thăm dò để thực hiện gây mê theo quy trình gây mê.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Vô cảm

- Chẩn đoán xác định bệnh, xác định mức độ hẹp, vị trí hẹp, vị trí thông liên thất và kích thước của lỗ thông
- Hồi sức, điều trị nội khoa trước phẫu thuật.
- Hồi chẩn trước phẫu thuật
- Bổ sung các xét nghiệm cần thiết cho phẫu thuật

3.2. Tư thế

Tư thế người bệnh nằm ngửa, uốn cổ

3.3. Phẫu thuật cắt tuyến hung

Sau khi cura xương ức, mở ngực, tiến hành cắt tuyến hung

3.4. Thắt ống động mạch

Nếu người bệnh có ống động mạch cần tiến hành thắt ống động mạch bằng chỉ ethybon 3/0

3.5. Phẫu thuật band động mạch phổi

3.5.1. Phẫu thuật Banding động mạch phổi đường ngực trái

- Đường mổ là đường ngực bên trái, vào ngực qua khoang liên sườn 3 hoặc 4, phổi được kéo ra phía sau, mở màng tim ở phía trước cơ hoành.
- Phẫu tích bộc lộ thân động mạch phổi, thắt ống động mạch, luồn Band và thắt dần thân động mạch phổi.
- Trong quá trình Banding FiO_2 để 50%, theo dõi khí máu trước và sau Banding, theo dõi SpO_2 trên Monitoring.

3.5.2. Phẫu thuật Banding động mạch phổi qua đường giữa xương ức

- Phẫu thuật Banding động mạch phổi qua đường giữa xương ức ngày càng trở nên phổ biến và được các phẫu thuật viên lựa chọn nhiều hơn với các ưu điểm như: người bệnh sẽ chỉ bị một đường mổ, trong quá trình Banding phổi không bị cản trở nên đánh giá mức độ Banding chính xác hơn, dễ dàng bộc lộ động mạch phổi và thực hiện kỹ thuật

3.5.3. Mức độ band

- Mức độ Banding động mạch phổi phụ thuộc vào tổn thương cơ bản của tim, dựa trên nguyên lý cân bằng lưu lượng máu lên hệ thống và lưu lượng máu lên động mạch phổi
- Đối với thông liên thất lớn mục đích của Banding làm giảm áp lực động mạch phổi tối đa sau Band xuống gần mức độ bình thường, khoảng 30mmHg, huyết áp tối đa tăng 10-20mmHg
- Có thể tính toán độ dài của Band theo công thức của Trusler và Mustard năm 1972 dựa theo cân nặng của người bệnh: nếu Banding cho người bệnh 2 thất công thức cho chiều dài của Band là $20mm + \text{cân nặng của người bệnh tính kg}$, nếu Banding cho người bệnh tim bẩm sinh phức tạp chiều dài của Band tính là $24mm + \text{cân nặng của người bệnh tính kg}$
- Đối với trẻ sơ sinh hoặc những người bệnh tim bẩm sinh có tím, khi Banding có thể là tăng mức độ tím vì vậy mức độ Banding đạt được khi đo áp lực tối đa động mạch phổi sau Band khoảng 40mmHg hoặc nhỏ hơn một nửa so với áp lực hệ thống.
- Để đánh giá chính xác hơn mức độ Banding thì máy thở nên để FiO_2 50%, phổi không bị đè ép hoặc không để máy thở thông khí quá mức, khí máu PaO_2 không dưới 30mmHg, SpO_2 khoảng 80-85%
- Vật liệu sử dụng band
- Umbilical tape, Dacron, Teflon tape, silastic tape, goretex, band tự tiêu.
- Chiều rộng của Band tối thiểu 2.5mm, thường dùng 3-4mm, vật liệu ít ăn mòn động mạch phổi và ít gây dính, khi tháo bỏ dễ dàng, thường sử dụng mạch nhân tạo.

VI. THEO DÕI

- Band chặt quá, hạn chế máu lên phổi
- Band lỏng quá, cần mổ lại để xiết thêm
- Di chuyển Band do cố định band không tốt, dẫn đến xoắn 2 nhánh động mạch phổi
- Tổn thương làm méo vòng van động mạch phổi do vị trí band sát với vòng van
- Gây hẹp tại chỗ hoặc cắt đứt động mạch phổi

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

Xử trí tai biến tùy theo nguyên nhân và mức độ của từng trường hợp cụ thể.

Ghi chú

Những thương tổn phổi hợp không trình bày trong quy trình này.

BỆNH TIM BẨM SINH BA BUỒNG NHĨ

I. ĐỊNH NGHĨA

- Nhĩ 3 buồng là bệnh tim bẩm sinh hiếm gặp, chiếm tỷ lệ khoảng 0,1% toàn bộ bệnh tim bẩm sinh. Được hình thành từ sự hoà màng không hoàn chỉnh giữa tĩnh mạch phổi chung vào nhĩ trái trong quá trình phát triển bào thai, dẫn tới nhiều dạng thông nối giữa tĩnh mạch phổi chung và nhĩ trái (dạng màng, dạng thất giữa như đồng hồ cát, dạng ống).

- Trong đó dạng màng thường gặp nhất, biểu hiện bởi màng sợi cơ chia nhĩ trái thành 2 buồng: buồng nhĩ gần (nhĩ phụ) nhận máu từ các tĩnh mạch phổi, buồng nhĩ xa (nhĩ thật sự) chứa tiểu nhĩ trái, lỗ bầu dục, van 2 lá, giữa 2 buồng có thể là 1 hay nhiều lỗ thông, nhưng cũng có thể không có lỗ thông nào. Kích thước của lỗ thông phản ánh mức độ tắc nghẽn.

- Thường có những tổn thương bẩm sinh đi kèm như thông liên nhĩ, tứ chứng Fallot, hoặc trở về bất thường của tĩnh mạch phổi làm cho biểu hiện bệnh đa dạng.

- Bất thường tĩnh mạch phổi bán phần với bằng chứng của quá tải thể tích thất phải là một chỉ định. ($Q_p/Q_s \geq 1.8$)

- Hội chứng Scimitar với tình trạng thiếu sản phổi phải nặng, chỉ định khi $Q_p/Q_s < 1.8$, thường yêu cầu cắt thùy phổi hoặc cả phổi phải cũng như thắt các mạch nuôi bất thường.

- Thời điểm phẫu thuật: 1-2 tuổi.

II. CHỈ ĐỊNH

Khi đã chẩn đoán xác định nhĩ 3 buồng, phẫu thuật là phương pháp được lựa chọn hàng đầu trong điều trị tim nhĩ 3 buồng

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Người thực hiện là phẫu thuật viên tim mạch được đào tạo về lĩnh vực tim bẩm sinh

2. Phương tiện và dụng cụ

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tim hở.
- Máy tim phổi nhân tạo và đồ tiêu hao.

3. Người bệnh

- Chẩn đoán xác định bệnh và các thương tổn phối hợp.
- Hội chẩn trước phẫu thuật.
- Làm các xét nghiệm cần thiết cho phẫu thuật tim hở.
- Khám lại người bệnh 1 ngày trước phẫu thuật.
- Gây mê, người bệnh được gây mê nội khí quản ngay tại phòng mổ, đặt catheter tĩnh mạch trung tâm, đặt động mạch xâm nhập, đặt sonde tiểu và dây theo dõi nhiệt độ trung tâm - ngoại biên.
- Tư thế người bệnh nằm ngửa, ưỡn cổ
- Rạch da đường giữa xương ức, cưa xương ức, cắt bỏ tuyến ức, mở màng tim, khâu treo màng tim.
- Đặt cannula động mạch chủ, hai cannulaa tĩnh mạch chủ trên và tĩnh mạch chủ dưới, chạy tuần hoàn ngoài cơ thể trong điều kiện hạ nhiệt độ mức độ nhẹ.
- Thắt ống động mạch nếu có.
- Cặp động mạch chủ lên và tiến hành ngừng tim bằng dung dịch Custadiol, nước muối sinh lý lạnh vô trùng được tưới trực tiếp vào cơ tim nhằm bảo vệ cơ tim tốt hơn.

4. Hồ sơ bệnh án

- Hoàn thành các thủ tục hành chính theo qui định. Người bệnh và gia đình ghi hồ sơ như đã nêu ở mục 3 trên đây (ghi rõ đã được giải thích rõ ràng và hiểu về những điều bác sỹ giải thích nêu trên).

- Hoàn thiện đầy đủ các bước khám lâm sàng, cận lâm sàng cần thiết để có chẩn đoán xác định bệnh.

- Đánh giá tình trạng toàn thân như tuổi, cơ địa, những bệnh mãn tính nặng phối hợp có ảnh đến trong mổ và sau mổ

- Đánh giá khả năng phẫu thuật để chuẩn bị cho cuộc mổ diễn ra an toàn và hiệu quả nhất.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra lại chỉ định, chống chỉ định và cam kết đồng ý thực hiện gây mê, phẫu thuật, thủ thuật.

2. Kiểm tra người bệnh

- Tình trạng toàn thân
- Thời gian nhịn ăn, uống.
- Bác sỹ thực hiện phẫu thuật khám lại người bệnh.
- Bác sỹ gây mê khám lại người bệnh và kiểm tra và đánh giá các thăm dò để thực hiện gây mê theo quy trình gây mê.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Vô cảm

- Chẩn đoán xác định bệnh, xác định mức độ hẹp, vị trí hẹp, vị trí thông liên thất và kích thước của lỗ thông
- Hồi sức, điều trị nội khoa trước phẫu thuật.
- Hội chẩn trước phẫu thuật
- Bổ sung các xét nghiệm cần thiết cho phẫu thuật

3.2. Tư thế

Tư thế người bệnh nằm ngửa, uốn cổ

3.3. Phẫu thuật cắt tuyến hung

Sau khi rửa xương ức, mở ngực, tiến hành cắt tuyến hung

3.4. Thắt ống động mạch

Nếu người bệnh có ống động mạch cần tiến hành thắt ống động mạch bằng chỉ ethybon 3/0

3.5. Phẫu thuật bệnh tim bẩm sinh ba buồng nhĩ

- Đường tiếp cận qua buồng nhĩ phụ, đường rạch qua rãnh liên nhĩ, ngay trước các tĩnh mạch phổi phải, chính xác như đường mở tiếp cận van hai lá, thường áp dụng cho người bệnh lớn

+ Qua đó xác định màng ngăn và lỗ thông với buồng nhĩ thật sự.

+ Rạch rộng lỗ màng ngăn cải thiện khả năng thăm dò thương tổn, qua đó xác định van hai lá và các lỗ tĩnh mạch phổi

+ Hầu hết phần màng ngăn giữa hai buồng nhĩ phụ và buồng nhĩ thật sự được cắt bỏ hết tạo thành một lỗ thông lớn nhất có thể giữa hai buồng nhĩ này.

- Đường tiếp cận qua đường mở nhĩ phải, mở mặt trước của nhĩ phải từ tiểu nhĩ phải hướng về phía tĩnh mạch chủ dưới, khâu treo nhĩ và đánh giá thương tổn.

+ Mặt phải của vách liên nhĩ và lỗ bầu dục được xác định. Nếu lỗ bầu dục và lỗ thông liên nhĩ tồn tại, các lỗ này được mở rộng bằng cách rạch rộng vách liên nhĩ, tăng khả năng tiếp cận với buồng nhĩ phụ và buồng nhĩ thật sự.

+ Màng ngăn và lỗ thông trên nó được xác định, một phần màng ngăn được cắt bỏ, qua đó xác định các tĩnh mạch phổi và van hai lá.

+ Phần màng ngăn còn lại được cắt bỏ hoàn toàn

VI. THEO DÕI

- Tái hẹp màng ngăn giữa buồng nhĩ phụ và buồng nhĩ thực sự do phẫu thuật không cắt bỏ hoàn toàn màng ngăn.

- Hẹp các tĩnh mạch phổi có thể kết hợp.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Xử trí tai biến tùy theo nguyên nhân và mức độ của từng trường hợp cụ thể. **Ghi chú**

- Những thương tổn phổi hợp không trình bày trong quy trình này.

PHẪU THUẬT TĨNH MẠCH PHỔI BẤT THƯỜNG BÁN PHẦN

I. ĐẠI CƯƠNG

- Bất thường tĩnh mạch phổi bán phần là bệnh tim bẩm sinh hiếm gặp, trong đó một vài nhưng không phải tất cả các tĩnh mạch phổi kết nối trực tiếp với nhĩ phải, hoặc với tĩnh mạch hệ thống rồi về nhĩ phải, thay vì nhĩ trái như thông thường. Bất thường này có thể đơn độc hoặc kết hợp với các thương tổn khác như sau:

- + Tĩnh mạch phổi trên phải kết nối với tĩnh mạch chủ trên, kết hợp với thông liên nhĩ thể xoang tĩnh mạch.
- + Các tĩnh mạch phổi phải kết nối với tĩnh mạch chủ dưới (hội chứng Scimitar).
- + Tĩnh mạch phổi kết nối với tĩnh mạch vô danh.

III. CHỈ ĐỊNH

- Bất thường tĩnh mạch phổi bán phần với bằng chứng của quá tải thể tích thất phải là một chỉ định. ($Q_p/Q_s \geq 1.8$)
- Hội chứng Scimitar với tình trạng thiếu sản phổi phải nặng, chỉ định phẫu thuật khi $Q_p/Q_s < 1.8$, thường yêu cầu cắt thùy phổi hoặc cả phổi phải cũng như thắt các mạch nuôi bất thường.
- Thời điểm phẫu thuật: 1-2 tuổi.

IV. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Bệnh lý mạch máu phổi nặng với kháng trở mạch phổi : 8- 12 U.m2 khi nghỉ, hoặc > 7 U.m2 khi sử dụng thuốc giãn mạch.

V. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Người thực hiện là phẫu thuật viên tim mạch được đào tạo về lĩnh vực tim bẩm sinh

2. Phương tiện và dụng cụ

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tim hở.
- Máy tim phổi nhân tạo và đồ tiêu hao.

3. Người bệnh

- Chẩn đoán xác định bệnh và các thương tổn phối hợp.
- Hội chẩn trước phẫu thuật.
- Làm các xét nghiệm cần thiết cho phẫu thuật tim hở.
- Khám lại người bệnh 1 ngày trước phẫu thuật.
- Gây mê, người bệnh được gây mê nội khí quản ngay tại phòng mổ, đặt catheter tĩnh mạch trung tâm, đặt động mạch xâm nhập, đặt sonde tiêu và dây theo dõi nhiệt độ trung tâm - ngoại biên.
- Tư thế người bệnh nằm ngửa, ưỡn cổ.

4. Hồ sơ bệnh án

- Hoàn thành các thủ tục hành chính theo qui định. Người bệnh và gia đình ghi hồ sơ như đã nêu ở mục 3 trên đây (ghi rõ đã được giải thích rõ ràng và hiểu về những điều bác sỹ giải thích nêu trên).
- Hoàn thiện đầy đủ các bước khám lâm sàng, cận lâm sàng cần thiết để có chẩn đoán xác định bệnh.
- Đánh giá tình trạng toàn thân như tuổi, cơ địa, những bệnh mãn tính nặng phối hợp có ảnh hưởng đến mổ và sau mổ
- Đánh giá khả năng phẫu thuật để chuẩn bị cho cuộc mổ diễn ra an toàn và hiệu quả nhất.

VI. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra lại chỉ định, chống chỉ định và cam kết đồng ý thực hiện gây mê, phẫu thuật, thủ thuật.

2. Kiểm tra người bệnh

- Tình trạng toàn thân
- Thời gian nhịn ăn, uống.
- Bác sỹ thực hiện phẫu thuật khám lại người bệnh.
- Bác sỹ gây mê khám lại người bệnh và kiểm tra và đánh giá các thăm dò để thực hiện gây mê theo quy trình gây mê.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Vô cảm

- Chẩn đoán xác định bệnh, xác định mức độ hẹp, vị trí hẹp, vị trí thông liên thất và kích thước của lỗ thông
- Hồi sức, điều trị nội khoa trước phẫu thuật.
- Hội chẩn trước phẫu thuật
- Bổ sung các xét nghiệm cần thiết cho phẫu thuật

3.2. Tư thế

Tư thế người bệnh nằm ngửa, uốn cổ

3.3. Nguyên tắc phẫu thuật

- Rạch da đường giữa xương ức, cửa xương ức, cắt bỏ tuyến ức, mở màng tim, khâu treo màng tim.
- Đặt canula động mạch chủ, hai canula tĩnh mạch chủ trên và tĩnh mạch chủ dưới, chạy tuần hoàn ngoài cơ thể trong điều kiện hạ nhiệt độ mức độ nhẹ.
- Thắt ống động mạch nếu có.
- Cắt động mạch chủ lên và tiến hành ngừng tim bằng dung dịch Custadiol, nước muối sinh lý lạnh vô trùng được tưới trực tiếp vào cơ tim nhằm bảo vệ cơ tim tốt hơn.

3.4. Phẫu thuật cắt tuyến hung

Sau khi cửa xương ức, mở ngực, tiến hành cắt tuyến hung

3.5. Thắt ống động mạch

Nếu người bệnh có ống động mạch cần tiến hành thắt ống động mạch bằng chỉ ethybon 3/0

3.6. Phẫu thuật tĩnh mạch phổi bất thường

- Tĩnh mạch phổi trên phải đổ vào TMC trên sát với nhĩ phải và thông liên nhĩ thể xoang tĩnh mạch:
 - + Sau khi mở nhĩ phải, khâu treo, vách liên nhĩ, lỗ thông liên nhĩ và qua đó lỗ đổ vào TMC trên phải được bộc lộ rõ ràng.
 - + Màng tim được làm sạch, thu hoạch, miếng vá được thiết kế kích thước phù hợp để tạo đường hầm dẫn máu từ tĩnh mạch phổi trên phải về nhĩ trái.
 - + Nếu lỗ bầu dục có kích thước hạn chế, sẽ được mở rộng để đảm bảo lưu thông máu về nhĩ trái tốt.
 - + Đường khâu vắt với chỉ prolen, chú ý để không làm tổn thương lỗ đổ vào của tĩnh mạch chủ trên vào nhĩ phải.
 - + Trường hợp tĩnh mạch phổi phải trên đổ vào TMC trên ở phần cao, tiến hành phẫu thuật Warden
- Hội chứng Scimitar:

- + Cannulaa được đặt như thông thường, hạ nhiệt độ sâu
- + Mở nhĩ phải thông thường, mở rộng xuống tận TMC dưới lỗ bầu dục được mở rộng hướng xuống tĩnh mạch chủ dưới.
- + Miếng vá màng tim được thiết kế phù hợp với khoảng cách từ bờ dưới chỗ đổ vào TMC dưới của TMP dưới phải cho đến bờ trên của lỗ thông liên nhĩ.
- + Trong giai đoạn ngừng toàn hoàn ngừng, cannula TMC dưới được rút bỏ.
- + Đường hầm được tạo bởi: trần là miếng vá màng tim, nền là lỗ đổ vào của TMP dưới phải, lỗ thông liên nhĩ và thành của tĩnh mạch chủ dưới- vách liên nhĩ, sẽ dẫn máu từ TMP dưới phải về nhĩ trái.
- + Cannula TMC dưới được đặt lại, đóng nhĩ phải, đuổi khí, thả chủ cho tim đập lại và cai khỏi máy tim phổi nhân tạo.
- Tĩnh mạch phổi trái đổ vào tĩnh mạch vô danh.
- + Khi thương tổn này là đơn độc, phẫu thuật có thể đi qua đường sau bên trái, đi vào khoang liên sườn 4-5.

VII. THEO DÕI

- Hẹp TMC trên trong thể TM phổi trên phải đổ về TMC trên phải.
- Hẹp TM phổi sau mổ hội chứng Scimitar
- Suy nút xoang

VIII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

Xử trí tai biến tùy theo nguyên nhân và mức độ của từng trường hợp cụ thể

PHẪU THUẬT CẮT ĐOẠN NỐI ĐỘNG MẠCH PHỔI

I. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh tim bẩm sinh có bất thường về thân và các nhánh động mạch phổi, có thể gặp những tổn thương sau :

- Bệnh lý có hẹp thiếu sản thân và hoặc nhánh động mạch phổi
- Bệnh lý có giãn thân và hoặc nhánh động mạch phổi
- Bệnh lý teo tít van động mạch phổi
- Bệnh lý xuất phát bất thường động mạch phổi...

II. CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý có hẹp thiếu sản thân và hoặc nhánh động mạch phổi đơn thuần.
- Hẹp thân và nhánh động mạch phổi sau mổ.
- Bệnh lý tim bẩm sinh phức tạp cần tạo hình thân và nhánh động mạch phổi: Fallot4, chuyển gốc động mạch, thân chung động mạch, thông liên thất- teo phổi, sling động mạch phổi...

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối.

IV. CHUẨN BỊ

1. Chuẩn bị người bệnh

- Chẩn đoán xác định bệnh, hội chẩn trước phẫu thuật, chuẩn bị hồ sơ bệnh án phẫu thuật theo quy định
- Làm các xét nghiệm cần thiết cho phẫu thuật tim hở
- Khám người bệnh 1 ngày trước phẫu thuật, chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật, vệ sinh cá nhân
- Giải thích cho gia đình người bệnh về tình trạng bệnh, phương pháp phẫu thuật, tai biến, biến chứng có thể gặp khi tiến hành phẫu thuật, gây mê, chạy máy tim phổi nhân tạo

2. Người thực hiện

- Bao gồm nhóm bác sĩ nội khoa, bác sĩ phẫu thuật, bác sĩ gây mê, bác sĩ chạy máy, bác sĩ hồi sức sau mổ phổi hợp chặt chẽ với nhau
- Người trực tiếp phẫu thuật: gồm phẫu thuật viên tim mạch, 2 bác sĩ phụ mổ, bác sĩ gây mê, phụ mê, bác sĩ chạy máy, phụ chạy máy và 2 điều dưỡng dụng cụ

3. Phương tiện trang thiết bị

Phòng mổ tim: máy mê, máy tim phổi nhân tạo, máy trao đổi nhiệt, điều hòa trung tâm, đèn đầu, đèn trần, monitor, máy shock điện, bộ phẫu thuật tim hở, cưa xương ức, các dụng cụ chuyên khoa tim mạch khác...

4. Hồ sơ bệnh án

- Hoàn thành các thủ tục hành chính theo qui định. Người bệnh và gia đình ghi hồ sơ như đã nêu ở mục 3 trên đây (ghi rõ đã được giải thích rõ ràng và hiểu về những điều bác sĩ giải thích nêu trên).
- Hoàn thiện đầy đủ các bước khám lâm sàng, cận lâm sàng cần thiết để có chẩn đoán xác định bệnh.
- Đánh giá tình trạng toàn thân như tuổi, cơ địa, những bệnh mãn tính nặng phổi hợp có ảnh đến trong mổ và sau mổ
- Đánh giá khả năng phẫu thuật để chuẩn bị cho cuộc mổ diễn ra an toàn và hiệu quả nhất.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra lại chỉ định, chống chỉ định và cam kết đồng ý thực hiện gây mê, phẫu thuật, thủ thuật.

2. Kiểm tra người bệnh

- Tình trạng toàn thân
- Thời gian nhịn ăn, uống.
- Bác sỹ thực hiện phẫu thuật khám lại người bệnh.
- Bác sỹ gây mê khám lại người bệnh và kiểm tra và đánh giá các thăm dò để thực hiện gây mê theo quy trình gây mê.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Tư thế

Người bệnh nằm ngửa, kê billot dưới vai, ưỡn cổ

3.2. Vô cảm

Gây mê: người bệnh được gây mê nội khí quản ngay tại phòng mổ, đặt catheter tĩnh mạch trung tâm, đặt động mạch xâm nhập, các đường truyền, đầu đo nhiệt độ thực quản, nhiệt độ hậu môn, xông tiểu...

3.3. Kỹ thuật

- Rạch da đường giữa xương ức, cửa xương ức, mở màng tim
- Heparin 3mg/kg
- Đặt cannula động mạch chủ, hai cannula tĩnh mạch chủ trên và tĩnh mạch chủ dưới, chạy tuần hoàn ngoài cơ thể khi ACT > 400
- Cặp động mạch chủ lên và tiến hành ngừng tim bằng dung dịch Custadiol, nước muối sinh lý lạnh vô trùng được tưới trực tiếp vào cơ tim nhằm bảo vệ cơ tim tốt hơn
- Sử dụng Hegar để đo kích thước trong lòng của thân và các nhánh động mạch phổi. So sánh với kích thước chuẩn theo cân nặng, chiều cao (dựa vào Z score).
- Sử dụng màng tim đã chuẩn bị từ trước, thiết kế mảnh màng tim phù hợp với từng thương tổn.
- Tiến hành tạo hình nhánh hoặc thân động mạch phổi bằng miếng màng tim tự thân đã chuẩn bị bằng chỉ prolene 7.0 hoặc 8.0 khâu vết.
- Những trường hợp giãn thân hoặc nhánh động mạch phổi cần tạo hình thu nhỏ bớt kích thước động mạch phổi.
- Những trường hợp xuất phát bất thường của động mạch phổi cần phải trồng lại động mạch phổi.
- Đuỗi khí buồng tim, thả clamp động mạch chủ cho tim đập lại, hỗ trợ, ngừng máy
- Sau khi ngừng máy tim phổi nhân tạo, sẽ đo lại áp lực động mạch phổi
- Rút cannula động mạch chủ và tĩnh mạch chủ, đặt dẫn lưu, đặt điện cực tim, khâu lại màng tim, đóng xương ức, khâu lại vết mổ

VI. THEO DÕI

- Hẹp thân hoặc nhánh động mạch phổi
- Xoắn các nhánh động mạch phổi.
- Giãn động mạch phổi.
- Chảy máu

PHẪU THUẬT DỊ DẠNG LỒNG XƯƠNG ỨC

I. ĐẠI CƯƠNG

- Bệnh lồng xương ức (Pectus excavatum; Funnel chest; Sunken chest;) là tình trạng biến dạng lồng ngực trước do sự lõm của xương ức phần thân và mũi ức cùng với biến dạng cong của sụn sườn tương ứng.

- Tỷ lệ mắc trong phần lớn các báo cáo khoảng 1 cho 300-400 trẻ sinh sống, trong đó nam nhiều hơn nữ ba lần.

II. CHỈ ĐỊNH

Chỉ số lồng HI (là tỉ lệ giữa đường kính ngang của lồng ngực và đường kính trước sống đến sau xương ức điểm lõm nhất trên hình cắt lớp vi tính) từ 3,25 trở lên.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Trẻ có rối loạn đông máu, nhiễm trùng tiến triển, bệnh màng phổi, màng tim dính nặng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: Gồm 2 kíp

- Kíp phẫu thuật: Phẫu thuật viên, 2 phụ mổ, 1 dụng cụ viên và 1 chạy ngoài.
- Kíp gây mê: Bác sĩ gây mê và 2 phụ mê.

2. Phương tiện

- Hệ thống máy mê, thuốc mê, dụng cụ gây mê.
- Bộ dụng cụ đại phẫu ngực Nhi.

3. Người bệnh

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.
- Dùng kháng sinh trước mổ.

4. Hồ sơ bệnh án

- Theo quy định của Bộ Y tế
- Hoàn chỉnh hồ sơ bệnh án theo qui định chung (siêu âm, xét nghiệm, x quang ...).
- Đủ thủ tục pháp lý (biên bản hội chẩn có xác nhận cấp có thẩm quyền, cam kết phẫu thuật đã được ký bởi người giám hộ).

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra lại chỉ định, chống chỉ định và cam kết đồng ý thực hiện gây mê, phẫu thuật, thủ thuật.

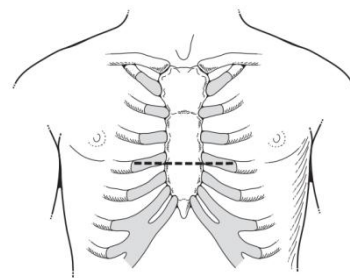
2. Kiểm tra người bệnh

- Tình trạng toàn thân
- Thời gian nhịn ăn, uống.
- Bác sĩ thực hiện phẫu thuật khám lại người bệnh.
- Bác sĩ gây mê khám lại người bệnh và kiểm tra và đánh giá các thăm dò để thực hiện gây mê theo quy trình gây mê.

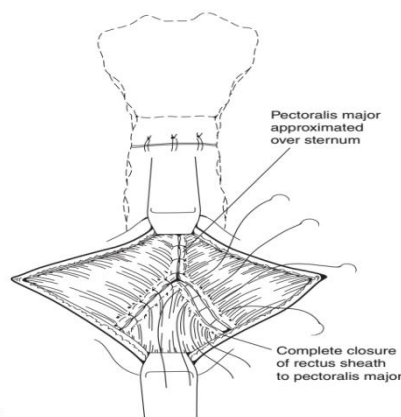
3. Thực hiện kỹ thuật

- Gây mê nội khí quản.
- Đường vào

- + Đường mở ngực ngang qua vùng lõm, sau bên, bộ lộ cơ ngực lớn, bé.
- + Đánh giá thương tổn.
- + Tiến hành cắt sụn sườn bệnh dưới màng.



- + Cắt hình chêm xương ức, đưa xương ức và sườn về vị trí trung gian.
- + Khâu phục hồi xương ức, màng sụn, cơ ngực.
- + Đặt dẫn lưu dưới da, đóng vết mổ trong da.



VI. THEO DÕI

- Hướng dẫn tập thở, tránh động tác xoay, cúi ngực trong tháng đầu sau phẫu thuật.
- Khám lại sau phẫu thuật: tuần đầu sau ra viện, 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng, 12 tháng.
- Kháng sinh toàn thân.
- Dẫn lưu ngực rút sau 24h
- Ăn đường miệng có thể sau mổ 24 giờ.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu sau phẫu thuật: trong 6 giờ đầu phải theo dõi mạch, huyết áp và toàn trạng tại phòng hồi tỉnh (chăm sóc cấp I). Nếu mạch nhanh, huyết áp giảm. Cần mổ chữa.
- Nhiễm khuẩn: tình trạng nhiễm trùng tăng với sốt, bạch cầu trong máu, CRP tăng, vết mổ nề đau, cần dùng kháng sinh bổ sung.
- Tràn khí màng phổi do thương tổn màng phổi, cần hút khí bằng kim

PHẪU THUẬT BÓC MÀNG PHỔI ĐIỀU TRỊ Ổ CẶN MÀNG PHỔI

I. ĐẠI CƯƠNG

- Ổ cặn màng phổi là hậu quả của viêm mủ màng phổi không được chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời.

- Khi được chẩn đoán ổ cặn màng phổi cần được điều trị sớm tránh để lại những di chứng nặng nề cho người bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp ổ cặn màng phổi được xác định bằng lâm sàng và cận lâm sàng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Có các chống chỉ định tương đối như: đang có ổ nhiễm trùng khác, bệnh mãn tính nặng khác, rối loạn đông máu.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

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

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

2. Phương tiện

- Dụng cụ phẫu thuật: Bộ dụng cụ đại phẫu cho phẫu thuật ngực, mạch máu. Chỉ khâu, clip các cỡ, gạc, bộ dẫn lưu ngực.

- Phương tiện gây mê

3. Người bệnh

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.

- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi.

- Điều trị ổn định các bệnh lý khác. Truyền máu khi Hb dưới 10g%

- Nhịn ăn, nhịn uống, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.

- Dùng kháng sinh.

4. Bệnh án

Hoàn chỉnh bệnh án, các kết quả xét nghiệm, hình ảnh, thăm dò chức năng, biên bản hội chẩn...

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra bệnh án: đầy đủ theo qui định (hành chính, chuyên môn).

2. Kiểm tra người bệnh: đúng người (tên, tuổi ...), đúng bệnh.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Gây mê

Gây mê nội khí quản, có thông khí một phổi, theo dõi điện tim và bão hoà ô xy mao mạch (SpO2) liên tục. Đặt 2 đường truyền tĩnh mạch trung ương và ngoại vi...

3.2. Tư thế người bệnh và đường mổ

- Người bệnh nằm nghiêng 90 độ sang bên đối diện, độn 1 gối ngang ngực. Mở ngực sau- bên qua khoang gian sườn 4 hay 5 vào khoang màng phổi.

- Tạo phẫu trường vào khoang màng phổi vì phổi rất dính (cần thận trọng tránh làm tổn thương nhu mô phổi lành).

- Xác định thương tổn và đánh giá toàn bộ thương tổn cùng liên quan của thương tổn với các thùy phổi còn lại, hệ thống hạch, màng phổi...

- Làm sạch khoang màng phổi, lấy bệnh phẩm màng phổi gửi giải phẫu bệnh và vi trùng.

- Đảm bảo nhu mô phổi nở tối đa, đóng rò khí phế mạc, cầm máu, đặt dẫn lưu kín lồng ngực.

- Đóng vết mổ.

VI. THEO DÕI

- Đảm bảo dẫn lưu thông.

- Xét nghiệm khí máu, điện giải, chức năng gan thận, công thức máu, hematocrit ngay sau khi về phòng hồi sức được 15 - 30 phút. Chụp X. quang ngực tại giường.

- Đảm bảo huyết động, hô hấp, dẫn lưu, nước tiểu 30 phút - 1 giờ/1 lần, trong 24 giờ đầu hoặc lâu hơn tùy tình trạng huyết động.

- Kháng sinh, thuốc trợ tim, lợi tiểu, giảm đau; truyền máu và các dung dịch thay thế máu ... tùy theo tình trạng huyết động và các thông số xét nghiệm.

- Li liệu pháp hô hấp ngay từ ngày đầu sau mổ.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu sau mổ: Chỉ định mổ lại cầm máu cấp cứu nếu chảy 2mml/kg, hay > 100 ml/giờ và rối loạn huyết động; hoặc > 200 ml/giờ trong 3 giờ liền.

- Xẹp phổi sau mổ: do tràn khí lớn, người bệnh không thở tốt và bất tỉnh dần sau mổ. Lâm sàng người bệnh khó thở, sốt, nghe rì rào phế nang giảm; x-quang có hình ảnh xẹp phổi. Cần phải giảm đau tốt cho người bệnh, kháng sinh, vỗ rung và tập thở sớm. Nếu cần, có thể soi hút phế quản.

PHẪU THUẬT CẮT TUYẾN HUNG

I. ĐẠI CƯƠNG

- Phẫu thuật cắt tuyến ức được thực hiện trong hầu hết các phẫu thuật tim hở
- Mục đích bộc lộ tối đa màng tim và tim

II. CHỈ ĐỊNH

Phẫu thuật cắt tuyến ức được thực hiện trong hầu hết các phẫu thuật tim hở

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Trẻ có rối loạn đông máu, nhiễm trùng tiền triển, bệnh màng phổi, màng tim dính nặng, suy tim rất nặng, thể trạng suy kiệt, suy chức năng gan, thận...

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Người thực hiện là phẫu thuật viên tim mạch được đào tạo về lĩnh vực tim bẩm sinh

2. Phương tiện và dụng cụ

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tim hở.
- Máy tim phổi nhân tạo và đồ tiêu hao.

3. Người bệnh

- Chẩn đoán xác định bệnh và các thương tổn phối hợp
- Hội chẩn trước phẫu thuật
- Làm các xét nghiệm cần thiết cho phẫu thuật tim hở
- Khám lại người bệnh 1 ngày trước phẫu thuật
- Gây mê, người bệnh được gây mê nội khí quản ngay tại phòng mổ, đặt catheter tĩnh mạch trung tâm, đặt động mạch xâm nhập, đặt sonde tiểu và dây theo dõi nhiệt độ trung tâm - ngoại biên
- Tư thế người bệnh nằm ngửa, ưỡn cổ

4. Hồ sơ bệnh án

- Hoàn thành các thủ tục hành chính theo qui định. Người bệnh và gia đình ghi hồ sơ như đã nêu ở mục 3 trên đây (ghi rõ đã được giải thích rõ ràng và hiểu về những điều bác sỹ giải thích nêu trên).
- Hoàn thiện đầy đủ các bước khám lâm sàng, cận lâm sàng cần thiết để có chẩn đoán xác định bệnh.
- Đánh giá tình trạng toàn thân như tuổi, cơ địa, những bệnh mãn tính nặng phối hợp có ảnh đến trong mổ và sau mổ
- Đánh giá khả năng phẫu thuật để chuẩn bị cho cuộc mổ diễn ra an toàn và hiệu quả nhất.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra bệnh án: đầy đủ theo qui định (hành chính, chuyên môn).

2. Kiểm tra người bệnh: đúng người (tên, tuổi...), đúng bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Vô cảm

Người bệnh được gây mê nội khí quản tại phòng mổ, đặt catheter tĩnh mạch trung tâm, đặt động mạch xâm nhập, đặt sonde tiểu và dây theo dõi nhiệt độ trung tâm - ngoại biên

3.2. Tư thế

Tư thế người bệnh nằm ngửa, ưỡn cổ

3.3. Kỹ thuật mổ cắt tuyến ức

- Phẫu thuật cắt tuyến ức thường là 1 thì trong phẫu thuật tim hở nên các bước tiến hành cũng tương tự như trong các phẫu thuật này.
- Tiến hành rạch da đường giữa xương ức, cưa xương ức, cầm máu xương ức.
- Tuyến ức được bóc tách khỏi màng tim và tổ chức xung quanh bằng dao điện.
- Phẫu thuật viên sử dụng dao điện để tách lớp vỏ tuyến và gạt dần lớp vỏ xuống để bóc lột hết tuyến ức. Phần sử dụng đốt điện luôn là phần bỏ đi.
- Các mạch máu tuyến ức được cầm máu bằng dao điện hoặc hemo clip. (Tuyến ức được cấp máu bởi nhánh động mạch từ động mạch ngực trong và giáp trạng dưới, tĩnh mạch trở về đổ vào tĩnh mạch vô danh hoặc chủ trên).
- Luôn chú ý không làm tổn thương mạch máu và thần kinh (trong bó mạch thần kinh màng tim - hoành) và tĩnh mạch vô danh trong quá trình cắt.
- Có thể cắt toàn bộ tuyến ức hoặc để lại một phần tuyến ức.

VI. THEO DÕI

- Tổn thương thần kinh hoành
- Tổn thương tĩnh mạch vô danh
- Rung thất khi sử dụng dao điện

DẪN LƯU ÁP XE PHỔI TRẺ EM

I. ĐẠI CƯƠNG

- Áp xe phổi là hậu quả quá trình viêm, tích tụ mủ tại nhu mô phổi, tổn thương không nhiều ở trẻ em và hiếm khi phải can thiệp phẫu thuật do áp xe có thể vỡ vào đường thở qua đường tự nhiên ra ngoài. Bệnh có thể liên quan nhiều tới tình trạng suy giảm miễn dịch.

- Vi khuẩn gây bệnh đa dạng, có thể ái khí hay kỵ khí..

II. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp áp xe phổi có:

- Tình trạng nhiễm trùng không cải thiện sau 7 ngày điều trị kháng sinh phù hợp và có dẫn lưu ổ áp xe.

- Biểu hiện không đáp ứng điều trị với khối áp xe lớn dần, dấu hiệu lâm sàng không cải thiện.

- Biến chứng của áp xe như vỡ, rò vào khoang màng phổi, mủ màng phổi.

- Tổn thương lan tỏa, lớn trên 50% thể tích thùy phổi

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Có các CHỐNG CHỈ ĐỊNH tương đối như: Điều trị kháng sinh chưa phù hợp, bệnh mãn tính nặng khác, rối loạn đông máu.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

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

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

2. Phương tiện

- Dụng cụ phẫu thuật: Bộ dụng cụ đại phẫu cho phẫu thuật ngực, mạch máu. Chỉ khâu, clip các cỡ, gạc, bộ dẫn lưu ngực.

- Phương tiện gây mê

3. Người bệnh

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng hung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.

- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi.

- Điều trị ổn định các bệnh lý khác. Truyền máu khi Hb dưới 10g%

- Nhịn ăn, thực tháo, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.

- Dùng kháng sinh.

4. Bệnh án: Hoàn chỉnh bệnh án, các kết quả xét nghiệm, hình ảnh, thăm dò chức năng, biên bản hội chẩn...

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra bệnh án: đầy đủ theo qui định (hành chính, chuyên môn).

2. Kiểm tra người bệnh: đúng người (tên, tuổi ...), đúng bệnh.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Gây mê

Gây mê nội khí quản, có thông khí một phổi, theo dõi điện tim và bão hoà ô xy mao mạch (SpO2) liên tục. Đặt 2 đường truyền tĩnh mạch trung ương và ngoại vi...

3.2. Kỹ thuật mổ

- Người bệnh nằm nghiêng 90 độ sang bên đối diện, độn 1 gối ngang ngực. Mỏ ngực sau- bên qua khoang gian sườn 4 hay 5 vào khoang màng phổi.

- Tạo phẫu trường vào khoang màng phổi vì phổi rất dính (cần thận trọng tránh làm tổn thương nhu mô phổi lành).
- Xác định thương tổn và đánh giá toàn bộ thương tổn cùng liên quan của thương tổn với các thùy phổi còn lại, hệ thống hạch, màng phổi...
- Làm sạch khoang màng phổi, lấy bệnh phẩm phổi gửi giải phẫu bệnh và vi trùng.
- Đảm bảo nhu mô phổi nở tối đa, đóng rò khí phế mạc, cầm máu, đặt dẫn lưu kín lồng ngực.
- Đóng vết mổ.

VI. THEO DÕI

- Đảm bảo dẫn lưu thông.
- Xét nghiệm khí máu, điện giải, chức năng gan thận, công thức máu, hematocrit ngay sau khi về phòng hồi sức được 15 - 30 phút. Chụp X. quang ngực tại giường.
- Đảm bảo huyết động, hô hấp, dẫn lưu, nước tiểu 30 phút - 1 giờ / 1 lần, trong 24 giờ đầu hoặc lâu hơn tùy tình trạng huyết động.
- Kháng sinh, thuốc trợ tim, lợi tiểu, giảm đau; truyền máu và các dung dịch thay thế máu ... tùy theo tình trạng huyết động và các thông số xét nghiệm.
- Li liệu pháp hô hấp ngay từ ngày đầu sau mổ.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu sau mổ: Chỉ định mổ lại cầm máu cấp cứu nếu chảy 2mm/kg, hay > 100 ml/giờ và rối loạn huyết động; hoặc > 200 ml/giờ trong 3 giờ liền.
- Xẹp phổi sau mổ: do tràn khí lớn, người bệnh không thở tốt và bít tắc đờm rãi sau mổ. Lâm sàng người bệnh khó thở, sốt, nghe rì rào phế nang giảm; x-quang có hình ảnh xẹp phổi. Cần phải giảm đau tốt cho người bệnh, kháng sinh, vỗ rung và tập thở sớm. Nếu cần, có thể soi hút phế quản.

PHẪU THẬT TẠO HÌNH THỰC QUẢN BẰNG DẠ DÀY

I. ĐẠI CƯƠNG

Tạo hình thực quản bằng dạ dày là phẫu thuật rất nặng, thay thế gần toàn bộ thực quản bằng trợt dạ dày lên cổ, giúp cho người bệnh ăn uống qua đường miệng mà không phải ăn qua ống mở thông dạ dày hoặc mở thông hồng tràng.

II. CHỈ ĐỊNH

Tổn thương dị tật, sẹo, u gây hẹp tắc thực quản mất đoạn, cần được thay thế.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh toàn thân nặng
- Suy kiệt

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Kíp phẫu thuật: Phẫu thuật viên chuyên khoa và 2 phụ mổ
- Kíp gây mê: 01 Bác sĩ gây mê, 01 Phụ gây mê
- Kíp dụng cụ: 01 Dụng cụ viên, 01 nhân viên chạy ngoài

2. Người bệnh

- Được chẩn đoán bệnh, xét nghiệm, đánh giá toàn trạng bệnh phối hợp và được điều trị, nuôi dưỡng, cân bằng đủ đảm bảo cho cuộc phẫu thuật dự kiến.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi...
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.
- Nhịn ăn, nhịn uống, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.

3. Phương tiện: bộ dụng cụ đại phẫu, chỉ phẫu thuật, bộ dẫn lưu ngực, thuốc, dịch truyền...

4. Hồ sơ bệnh án: Hoàn chỉnh bệnh án, các kết quả xét nghiệm, hình ảnh, thăm dò chức năng, biên bản hội chẩn...

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra bệnh án

Họ tên người bệnh, tuổi, bố, mẹ, địa chỉ, số điện thoại liên hệ, các chỉ số xét nghiệm, chẩn đoán, chỉ định điều trị, phương pháp phẫu thuật dự kiến, bệnh lý kèm theo, tình trạng dị ứng, cam kết trước phẫu thuật.

2. Kiểm tra người bệnh: họ và tên, tuổi, mã số, tên bố, mẹ, địa chỉ.

3. Thực hiện kỹ thuật

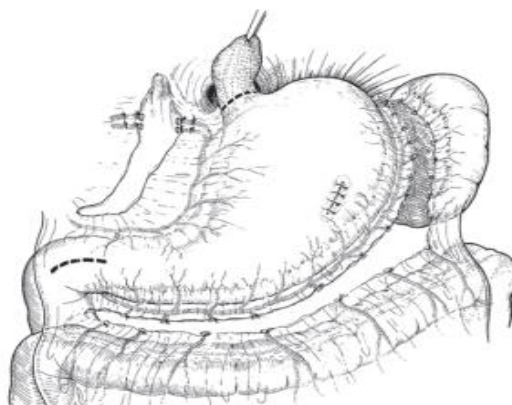
3.1. Gây mê

Gây mê nội khí quản, có thông khí một phổi, theo dõi điện tim và bão hoà ô xy mao mạch (SpO2) liên tục. Đặt 2 đường truyền tĩnh mạch trung ương và ngoại vi...

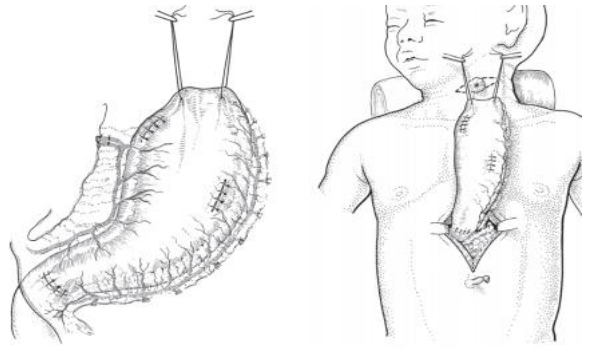
3.2. Tư thế người bệnh

Nằm ngửa, có gối độn nâng bụng cao.

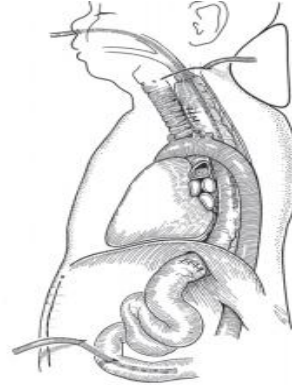
- Mở bụng đường giữa trên rốn đến mũi ức, giải phóng mở thông dạ dày.
- Giải phóng dạ dày, đóng lỗ mở thông, bảo vệ 2 cuống mạch nuôi là vị mạc nối phải và môn vị. Thắt sát gốc cuống mạch vành vị và vị mạc nối trái, các mạch vị gần.
- Tạo hình môn vị để tránh ứ đọng dạ dày và mở thông hồng tràng dễ cho ăn sớm.
- Giải phóng đầu dưới thực quản khỏi khe hoành
- Giải phóng rộng đến đoạn 2 tá tràng.



- Đánh dấu phần cao nhất của phình vị, đánh giá khoảng cách nối thực quản theo bên phải hay bên trái.
- Giải phóng thực quản cổ



- Mở rộng khe hoành tương ứng kích thước dạ dày
- Tạo đường hầm qua trung thất sau
- Nối thực quản cổ - dạ dày, có ống thông dạ dày đặt qua mũi.
- Kiểm tra, cố định vững cơ hoành, tránh thoát vị.
- Có thể bổ sung mở thông hồng tràng để nuôi dưỡng sớm sau mổ.



- Đặt dẫn lưu ngực và đóng vết mổ theo các lớp.

VI. THEO DÕI

- Đảm bảo dẫn lưu thông.
- Xét nghiệm khí máu, điện giải, chức năng gan thận, công thức máu, hematocrit ngay sau khi về phòng hồi sức được 15 - 30 phút. Chụp X. quang ngực tại giường.
- Đảm bảo huyết động, hô hấp, dẫn lưu, nước tiểu 30 phút - 1 giờ / 1 lần, trong 24 giờ đầu hoặc lâu hơn tùy tình trạng huyết động.
- Kháng sinh, thuốc trợ tim, lợi tiểu, giảm đau; truyền máu và các dung dịch thay thế máu ... tùy theo tình trạng huyết động và các thông số xét nghiệm.
- Li liệu pháp hô hấp ngay từ ngày đầu sau mổ.
- Chụp lưu thông thực quản ngày 5 sau mổ đánh giá miệng nối và cho ăn đường miệng.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu sau mổ: Chỉ định mổ lại cầm máu cấp cứu nếu chảy 2mm/kg, hay > 100 ml/giờ và rối loạn huyết động; hoặc > 200 ml/giờ trong 3 giờ liền.
- Xẹp phổi sau mổ: do tràn khí lớn, người bệnh không thở tốt và bất tác đờm rãi sau mổ. Lâm sàng người bệnh khó thở, sốt, nghe rì rào phế nang giảm; x-quang có hình ảnh xẹp phổi. Cần phải giảm đau tốt cho người bệnh, kháng sinh, vỗ rung và tập thở sớm. Nếu cần, có thể soi hút phế quản.
- Dò thực quản: Nuôi dưỡng tốt kết hợp mở thông, đảm bảo dẫn lưu ngực thông, mổ lại nếu nghi ngờ hoại tử miệng nối lớn.

PHẪU THẬT TẠO HÌNH THỰC QUẢN BẰNG ĐẠI TRÀNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Tạo hình thực quản bằng đại tràng là phẫu thuật rất nặng, thay thế gần toàn bộ thực quản bằng đại tràng, nối dạ dày vào thực quản cổ, giúp cho người bệnh ăn uống qua đường miệng mà không phải ăn qua ống mở thông dạ dày hoặc mở thông hồng tràng.

II. CHỈ ĐỊNH

Tổn thương dị tật, sẹo, u gây hẹp tắc thực quản mất đoạn, cần được thay thế.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh toàn thân nặng
- Suy kiệt

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Kíp phẫu thuật: Phẫu thuật viên chuyên khoa và 2 phụ mổ
- Kíp gây mê: 01 Bác sĩ gây mê, 01 Phụ gây mê
- Kíp dụng cụ: 01 Dụng cụ viên, 01 nhân viên chạy ngoài

2. Người bệnh

- Được chẩn đoán bệnh, xét nghiệm, chụp đại tràng, đánh giá toàn trạng bệnh phối hợp và được điều trị, nuôi dưỡng, cân bằng đủ đảm bảo cho cuộc phẫu thuật dự kiến.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi...
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.
- Người bệnh được dùng kháng sinh uống 03 ngày trước mổ và kháng sinh tiêm cephalosporin kết hợp metronidazole từ ngày mổ.
- Nhịn ăn, uống, thụt tháo, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.

3. Phương tiện: bộ dụng cụ đại phẫu, chỉ phẫu thuật, bộ dẫn lưu ngực, thuốc, dịch truyền...

4. Hồ sơ bệnh án: Hoàn chỉnh bệnh án, các kết quả xét nghiệm, hình ảnh, thăm dò chức năng, biên bản hội chẩn....

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra bệnh án

Họ tên người bệnh, tuổi, bố, mẹ, địa chỉ, số điện thoại liên hệ, các chỉ số xét nghiệm, chẩn đoán, chỉ định điều trị, phương pháp phẫu thuật dự kiến, bệnh lý kèm theo, tình trạng dị ứng, cam kết trước phẫu thuật.

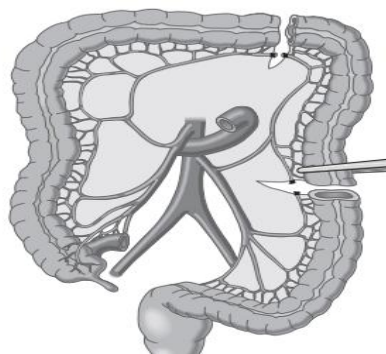
2. Kiểm tra người bệnh: họ và tên, tuổi, mã số, tên bố, mẹ, địa chỉ.

3. Thực hiện kỹ thuật

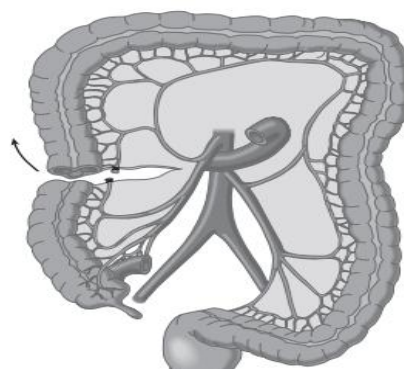
3.1. Gây mê: Gây mê nội khí quản, có thông khí một phổi, theo dõi điện tim và bão hoà ô xy mao mạch (SpO₂) liên tục. Đặt 2 đường truyền tĩnh mạch trung ương và ngoại vi, động mạch xâm nhập...

3.2. Tư thế người bệnh: nằm ngửa, có gối độn nâng bụng cao.

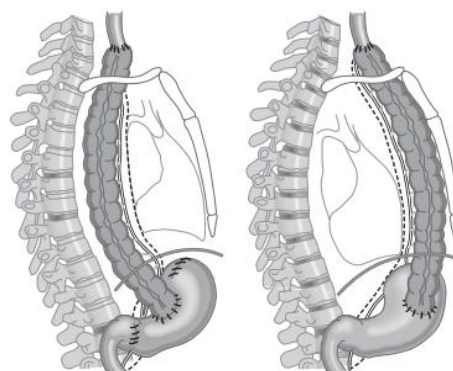
- Mở bụng đường giữa trên rốn đến mũi ức.
- Đánh giá đại tràng, mạch nuôi, lựa chọn đoạn đại tràng trái với 1 phần đại tràng ngang, sử dụng clamp kẹp thử, đánh giá tưới máu sau trên 10 phút. Sau đó buộc, cắt mạch. Cắt, làm sạch đoạn đại tràng tương ứng.



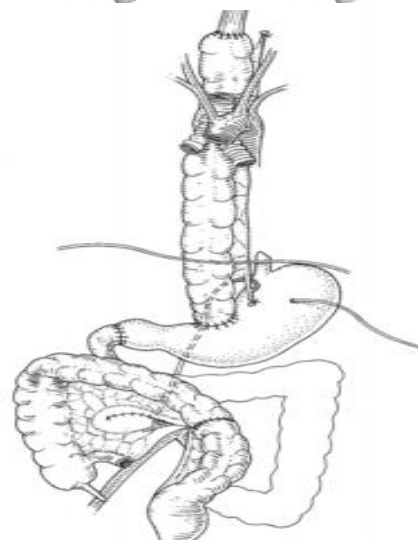
- Có thể sử dụng đại tràng phải, với động mạch hồi manh tràng. Kẹp thử, cắt mạch tương ứng, làm sạch lòng đoạn đại tràng tương ứng.



- Giải phóng dạ dày, đóng lỗ mở thông. Tạo hình môn vị để tránh ứ đọng dạ dày và có thể mở thông hồng tràng dễ cho ăn sớm.
- Tạo đường hầm sau xương ức hay trung thất sau cho đoạn thực quản thay thế tương ứng.
- Đưa đoạn ghép qua sau dạ dày lên ngực, nối đầu dưới với dạ dày qua mỏm cắt thực quản hay qua bờ trước dạ dày để tránh nguy cơ trào ngược.



- Giải phóng thực quản cực trên, nối với đầu trên mảnh ghép có đặt ống thông qua miệng nối, đặt qua mũi.
 - Kiểm tra, cố định vững cơ hoành, tránh thoát vị.
- Có thể bổ sung mở thông hồng tràng để nuôi dưỡng sớm sau mổ.
- Phục hồi lưu thông đại tràng
 - Đặt dẫn lưu ngực và đóng vết mổ theo các lớp.



VI. THEO DÕI

- Đảm bảo dẫn lưu thông.
- Xét nghiệm khí máu, điện giải, chức năng gan thận, công thức máu, hematocrit ngay sau khi về phòng hồi sức được 15 - 30 phút. Chụp X. quang ngực tại giường. Đảm bảo huyết động, hô hấp, dẫn lưu, nước tiểu 30 phút - 1 giờ / 1 lần, trong 24 giờ đầu hoặc lâu hơn tùy tình trạng huyết động.
- Kháng sinh, thuốc trợ tim, lợi tiểu, giảm đau; truyền máu và các dung dịch thay thế máu ... tùy theo tình trạng huyết động và các thông số xét nghiệm.
- Li liệu pháp hô hấp ngay từ ngày đầu sau mổ.
- Chụp lưu thông thực quản ngày 5 sau mổ đánh giá miệng nối và cho ăn đường miệng.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu sau mổ: Chỉ định mổ lại cầm máu cấp cứu nếu chảy 2ml/kg, hay > 100 ml/giờ và rối loạn huyết động; hoặc > 200 ml/giờ trong 3 giờ liên.

- Xẹp phổi sau mổ: do tràn khí lớn, người bệnh không thở tốt và bí tắc đờm rãi sau mổ. Lâm sàng người bệnh khó thở, sốt, nghe rì rào phế nang giảm; x-quang có hình ảnh xẹp phổi. Cần phải giảm đau tốt cho người bệnh, kháng sinh, vỗ rung và tập thở sớm. Nếu cần, có thể soi hút phế quản.

- Dò thực quản: Nuôi dưỡng tốt kết hợp mở thông, đảm bảo dẫn lưu ngực thông, mổ lại nếu nghi ngờ hoại tử miệng nổi lớn.

PHẪU THẬT ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ QUA KHE THỰC QUẢN

I. ĐẠI CƯƠNG

Thoát vị qua khe thực quản bao gồm 2 tổn thương chính là: thoát vị trượt tâm vị lên trên trung thất và thoát vị cuốn với sự di chuyển lên trên của dạ dày, song thực quản bụng vẫn dưới cơ hoành. Bệnh thường kèm theo tình trạng luồng trào ngược, loét dạ dày tá tràng...

II. CHỈ ĐỊNH

Cho trường hợp có chẩn đoán xác định thoát vị qua khe thực quản.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có các rối loạn không đáp ứng phẫu thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Kíp phẫu thuật: Phẫu thuật viên chuyên khoa và 2 phụ mổ
- Kíp gây mê: 01 Bác sĩ gây mê, 01 Phụ gây mê
- Kíp dụng cụ: 01 Dụng cụ viên, 01 nhân viên chạy ngoài

2. Người bệnh

- Được chẩn đoán bệnh, xét nghiệm, đánh giá toàn trạng bệnh phối hợp và được điều trị, nuôi dưỡng, cân bằng đủ đảm bảo cho cuộc phẫu thuật dự kiến.

- Hồi sức, nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, tuổi...

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.

- Nhịn ăn, nhịn uống, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.

3. Phương tiện: bộ dụng cụ đại phẫu, chỉ phẫu thuật, bộ dẫn lưu ngực, thuốc, dịch truyền...

4. Hồ sơ bệnh án: Hoàn chỉnh bệnh án, các kết quả xét nghiệm, hình ảnh, thăm dò chức năng, biên bản hội chẩn...

V. CÁC BƯỚC TIỀN HÀNH

1. Kiểm tra bệnh án

Họ tên người bệnh, tuổi, bố, mẹ, địa chỉ, số điện thoại liên hệ, các chỉ số xét nghiệm, chẩn đoán, chỉ định điều trị, phương pháp phẫu thuật dự kiến, bệnh lý kèm theo, tình trạng dị ứng, cam kết trước phẫu thuật.

2. Kiểm tra người bệnh: họ và tên, tuổi, mã số, tên bố, mẹ, địa chỉ.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Gây mê

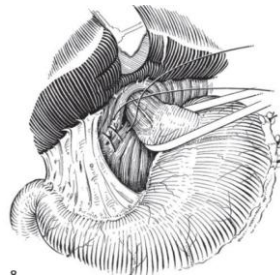
Gây mê nội khí quản, có thông khí một phổi, theo dõi điện tim và bão hoà ô xy mao mạch (SpO₂) liên tục. Đặt 2 đường truyền tĩnh mạch trung ương và ngoại vi, theo dõi huyết áp xâm nhập...

3.2. Kỹ thuật mổ

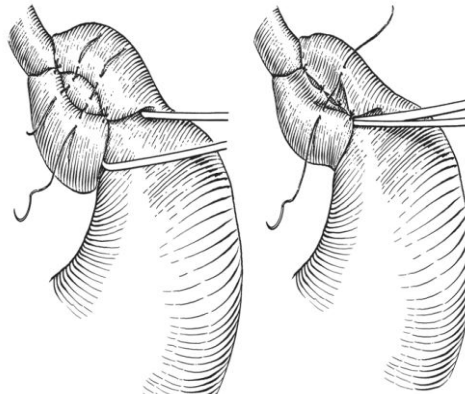
Người bệnh nằm ngửa, mở bụng qua đường giữa trên rốn. Đánh giá tổn thương phối hợp. Có lưu ống thông dạ dày.



- Cắt dây chằng tam giác trái, vén gan trái, bộc lộ thực quản bụng, giải phóng 1/2 trên bờ cong lớn dạ dày, tránh tổn thương dây X.
- Thực quản bụng được kéo dài 3cm và khe hoành được khâu kín quanh thực quản.



- Tâm vị được kéo qua sau thực quản và quấn quanh 360 độ và được khâu với 3 - 4 mũi chỉ, có khâu với thành thực quản.
- Lớp thứ hai chỉ khâu với thành cơ dạ dày



- Có thể mở thông dạ dày với các người bệnh có bại não để có thể nuôi dưỡng sớm.
- Kiểm tra, đóng vết mổ

VI. THEO DÕI

- Ống thông dạ dày lưu 48-72 giờ.
- Đảm bảo thông khí, điện giải, chức năng gan thận, sau khi về phòng hồi sức được 15 – 30 phút. Chụp X quang ngực tại giường.
- Đảm bảo huyết động, hô hấp, nước tiểu 30 phút - 1 giờ / 1 lần, trong 24 giờ đầu hoặc lâu hơn tùy tình trạng huyết động.
- Kháng sinh, thuốc trợ tim, lợi tiểu, giảm đau; truyền máu và các dung dịch thay thế máu ... tùy theo tình trạng huyết động và các thông số xét nghiệm.
- Li liệu pháp hô hấp ngay từ ngày đầu sau mổ.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu sau mổ: Chỉ định mổ lại cầm máu cấp cứu nếu chảy 2ml/kg, hay > 100 ml/giờ và rối loạn huyết động; hoặc > 200 ml/giờ trong 3 giờ liền.
- Nhiễm trùng vết mổ, khó nuốt, tái phát, tắc ruột dính...

PHẪU THẬT ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ HOÀNH BẨM SINH (Mổ mở)

I. ĐẠI CƯƠNG

- Thoát vị cơ hoành bẩm sinh (TVCH) qua lỗ sau bên hay còn gọi là thoát vị qua lỗ Bochdaleck là sự di chuyển của các tạng nằm trong ổ bụng như dạ dày, ruột non, đại tràng, gan, lách lên trên lồng ngực. tỉ lệ gặp TVCH bẩm sinh qua lỗ sau bên là 2,4 trường hợp/10000 trẻ sinh. Khoảng 80% TVCH xảy ra ở bên trái và 20% ở bên phải, TVCH cả hai bên rất hiếm gặp.

- Ngày nay mặc dù đã có nhiều tiến bộ về gây mê, hồi sức và phẫu thuật nhưng tỷ lệ tử vong của người bệnh bị TVCH bẩm sinh vẫn còn cao, đặc biệt là những trường hợp có biểu hiện lâm sàng sớm, thiếu sản phổi, tăng áp động mạch phổi sau khi sinh.

II. CHỈ ĐỊNH

Cho mọi trường hợp thoát vị cơ hoành sau bên có tình trạng khí máu và huyết động ổn định với hồi sức và thở máy. tăng áp động mạch phổi được điều chỉnh

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có tình trạng khí máu và huyết động không đáp ứng phẫu thuật mặc dù đã được hồi sức tích cực.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Kíp phẫu thuật: Phẫu thuật viên chuyên khoa và 2 phụ mổ
- Kíp gây mê: 01 Bác sĩ gây mê, 01 Phụ gây mê
- Kíp dụng cụ: 01 Dụng cụ viên, 01 nhân viên chạy ngoài

2. Người bệnh

- Được chẩn đoán bệnh, xét nghiệm, đánh giá toàn trạng bệnh phổi hợp và được điều trị, nuôi dưỡng, cân bằng đủ đảm bảo cho cuộc phẫu thuật dự kiến.
- Hồi sức, nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, tuổi...
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.
- Nhịn ăn, nhịn uống, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.

3. Phương tiện

Bộ dụng cụ đại phẫu, chỉ phẫu thuật, bộ dẫn lưu ngực, thuốc, dịch truyền...

4. Hồ sơ bệnh án: Hoàn chỉnh bệnh án, các kết quả xét nghiệm, hình ảnh, thăm dò chức năng, biên bản hội chẩn...

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra bệnh án

Họ tên người bệnh, tuổi, bố, mẹ, địa chỉ, số điện thoại liên hệ, các chỉ số xét nghiệm, chẩn đoán, chỉ định điều trị, phương pháp phẫu thuật dự kiến, bệnh lý kèm theo, tình trạng dị ứng, cam kết trước phẫu thuật.

2. Kiểm tra người bệnh

Họ và tên, tuổi, mã số, tên bố, mẹ, địa chỉ.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Gây mê

Gây mê nội khí quản, có thông khí một phổi, theo dõi điện tim và bão hoà ô xy mao mạch (SpO₂) liên tục. Đặt 2 đường truyền tĩnh mạch trung ương và ngoại vi, theo dõi huyết áp xâm nhập...

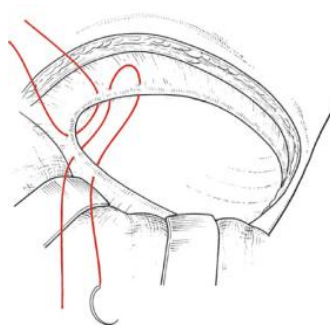
3.2. Tư thế người bệnh

- Nằm ngửa, có gối độn nâng lưng cao.

- Mở bụng đường dưới sườn trái, hay phải tùy theo thương tổn
- Đưa tạng thoát vị trở lại ổ bụng, đánh giá tổn thương về vị trí, kích thước, khả năng đóng trực tiếp, hay dùng mảnh ghép.
- Đánh giá các tổn thương phối hợp.



- Khâu tạo hình kín thương tổn cơ hoành trực tiếp hay kết hợp với mảnh ghép.
- Đóng vết mổ



VI. THEO DÕI

- Đảm bảo thông khí, xét nghiệm khí máu, điện giải, chức năng gan thận, công thức máu, hematocrit ngay sau khi về phòng hồi sức được 15 - 30 phút. Chụp X quang ngực tại giường.
- Đảm bảo huyết động, hô hấp, dẫn lưu, nước tiểu 30 phút - 1 giờ / 1 lần, trong 24 giờ đầu hoặc lâu hơn tùy tình trạng huyết động.
- Kháng sinh, thuốc trợ tim, lợi tiểu, giảm đau; truyền máu và các dung dịch thay thế máu ... tùy theo tình trạng huyết động và các thông số xét nghiệm.
- Liều pháp hô hấp ngay từ ngày đầu sau mổ.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu sau mổ: Chỉ định mổ lại cầm máu cấp cứu nếu chảy 2ml/kg, hay > 100 ml/giờ và rối loạn huyết động; hoặc > 200 ml/giờ trong 3 giờ liền.
- Xẹp phổi sau mổ: do tràn khí lớn, người bệnh không thở tốt và bí tắc đờm rãi sau mổ. Lâm sàng người bệnh khó thở, sốt, nghe rì rào phế nang giảm; x-quang có hình ảnh xẹp phổi. Cần phải giảm đau tốt cho người bệnh, kháng sinh, vỗ rung và tập thở sớm. Nếu cần, có thể soi hút phế quản.
- Tái phát, cần được đánh giá, mổ lại.

PHẪU THẬT ĐIỀU TRỊ NHẪO CƠ HOÀNH (Mổ mỡ)

I. ĐẠI CƯƠNG

Nhẹo cơ hoành có thể là bẩm sinh hay mắc phải do thiếu sản cơ hay các thương tổn thần kinh, gây di động ngược chiều cơ hoành, ảnh hưởng chức năng hô hấp, giảm ô xy và tăng CO₂ máu.

II. CHỈ ĐỊNH

Cho trường hợp nhẹo cơ hoành đã được điều trị ổn định các biến chứng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có các rối loạn không đáp ứng phẫu thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Kíp phẫu thuật: Phẫu thuật viên chuyên khoa và 2 phụ mổ
- Kíp gây mê: 01 Bác sĩ gây mê, 01 Phụ gây mê
- Kíp dụng cụ: 01 Dụng cụ viên, 01 nhân viên chạy ngoài

2. Người bệnh

- Được chẩn đoán bệnh, xét nghiệm, đánh giá toàn trạng bệnh phối hợp và được điều trị, nuôi dưỡng, cân bằng đủ đảm bảo cho cuộc phẫu thuật dự kiến.
- Hồi sức, nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, tuổi...
- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.
- Nhịn ăn, nhịn uống, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.

3. Phương tiện: bộ dụng cụ đại phẫu, chỉ phẫu thuật, bộ dẫn lưu ngực, thuốc, dịch truyền...

4. Hồ sơ bệnh án: Hoàn chỉnh bệnh án, các kết quả xét nghiệm, hình ảnh, thăm dò chức năng, biên bản hội chẩn...

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra bệnh án

Họ tên người bệnh, tuổi, bố, mẹ, địa chỉ, số điện thoại liên hệ, các chỉ số xét nghiệm, chẩn đoán, chỉ định điều trị, phương pháp phẫu thuật dự kiến, bệnh lý kèm theo, tình trạng dị ứng, cam kết trước phẫu thuật.

2. Kiểm tra người bệnh: họ và tên, tuổi, mã số, tên bố, mẹ, địa chỉ.

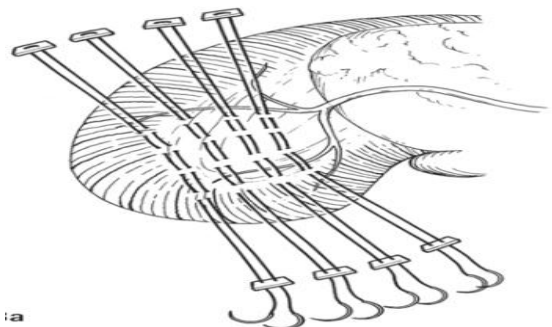
3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Gây mê

Gây mê nội khí quản, có thông khí một phổi, theo dõi điện tim và bão hoà ô xy mao mạch (SpO₂) liên tục. Đặt 2 đường truyền tĩnh mạch trung ương và ngoại vi, theo dõi huyết áp xâm nhập...

3.2. Tư thế người bệnh

- Đường bụng: qua đường dưới sườn trái, hay phải, hay cả hai bên tùy theo thương tổn.
- Đường ngực bên: qua liên sườn 6-7
- Đánh giá tổn thương về vị trí, kích thước, khả năng đóng trực tiếp, hay dùng mảnh ghép.
- Đánh giá các tổn thương phối hợp.
- Khâu tạo hình cơ hoành căng, chú ý tránh dây thần kinh hoành.



- Kiểm tra đảm bảo cơ hoành căng.
- Đóng vết mổ



VI. THEO DÕI

- Đảm bảo thông khí, xét nghiệm khí máu, điện giải, chức năng gan thận, công thức máu, hematocrit ngay sau khi về phòng hồi sức được 15 – 30 phút. Chụp X quang ngực tại giường.
- Đảm bảo huyết động, hô hấp, dẫn lưu, nước tiểu 30 phút - 1 giờ / 1 lần, trong 24 giờ đầu hoặc lâu hơn tùy tình trạng huyết động.
- Kháng sinh, thuốc trợ tim, lợi tiểu, giảm đau; truyền máu và các dung dịch thay thế máu ... tùy theo tình trạng huyết động và các thông số xét nghiệm.
- Lí liệu pháp hô hấp ngay từ ngày đầu sau mổ.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu sau mổ: Chỉ định mổ lại cầm máu cấp cứu nếu chảy 2mm/ml/kg, hay > 100 ml/giờ và rối loạn huyết động; hoặc > 200 ml/giờ trong 3 giờ liền.
- Xẹp phổi sau mổ: do tràn khí lớn, người bệnh không thở tốt và bít tắc đờm rãi sau mổ. Lâm sàng người bệnh khó thở, sốt, nghe rì rào phế nang giảm; x-quang có hình ảnh xẹp phổi. Cần phải giảm đau tốt cho người bệnh, kháng sinh, vỗ rung và tập thở sớm. Nếu cần, có thể soi hút phế quản.
- Tái phát, cần được đánh giá, mổ lại.

MỞ THÔNG DẠ DÀY KIỂU STAMM

I. ĐẠI CƯƠNG

Mở thông dạ dày là phẫu thuật tạo ra lỗ thông trực tiếp từ ngoài vào trong lòng dạ dày để nuôi dưỡng người bệnh hoặc để hút làm giảm áp lực trong lòng dạ dày. Thường được thực hiện trong các trường hợp người bệnh bệnh nặng, phức tạp.

Phẫu thuật cần bảo đảm để tránh dò dịch, loét thành bụng xung quang và có thể thay ống thông khi cần thiết.

II. CHỈ ĐỊNH

- Mở thông dạ dày để nuôi dưỡng người bệnh khi phần trên ống tiêu hóa không bảo đảm chức năng.

- Mở thông dạ dày để giảm áp lực, trường hợp cần phải hút dạ dày lâu dài mở thông dạ dày giúp tránh được những nguy cơ do đặt sonde mũi dạ dày lâu dài có thể gây ra như viêm loét tại chỗ, nhiễm trùng đường hô hấp...

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Có chống chỉ định tương đối như: rối loạn đông máu chưa điều chỉnh...

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

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

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

2. Phương tiện

- *Dụng cụ phẫu thuật*: Bộ dụng cụ đại phẫu. Chỉ khâu, clip các cỡ, gạc, dẫn lưu...

- *Phương tiện gây mê*

3. Người bệnh

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.

- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi.

- Điều trị ổn định các bệnh lý khác. Truyền máu khi Hb dưới 10g%

- Nhịn ăn, thụt tháo, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.

- Dùng kháng sinh.

4. Bệnh án:

Hoàn chỉnh bệnh án, các kết quả xét nghiệm, hình ảnh, thăm dò chức năng, biên bản hội chẩn...

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra bệnh án:

đầy đủ theo qui định (hành chính, chuyên môn).

2. Kiểm tra người bệnh:

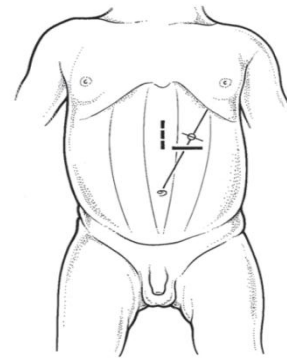
đúng người (tên, tuổi ...), đúng bệnh.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Gây mê

- Gây mê nội khí quản, có thông khí một phổi, theo dõi điện tim và bão hoà ô xy mao mạch (SpO₂) liên tục. Đặt 2 đường truyền tĩnh mạch trung ương và ngoại vi...

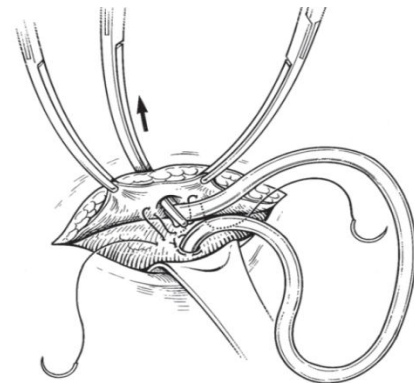
- Người bệnh nằm ngửa, kê gối ở dưới lưng, Người thực hiện đứng bên phải người bệnh, người phụ và dụng cụ viên đứng bên đối diện. Đường mổ: đường ngang trên rốn, ở khoảng giữa từ rốn đến giữa bờ sườn trái và đường để dẫn lưu ra sẽ ở 1/3 trên và 2/3 dưới đường nối.



- Thăm dò, bộc lộ phình vị dạ dày, dùng 2 mũi chỉ khâu treo thành dạ dày phía bờ cong lớn. Mỡ thanh mạc cơ ở vị trí tương ứng, cầm máu kỹ và kiểm tra đã vào trong lòng dạ dày.

- Luồn ống thông Pezzet số 18 - 24 tùy theo kích cỡ người bệnh vào lỗ mở dạ dày.

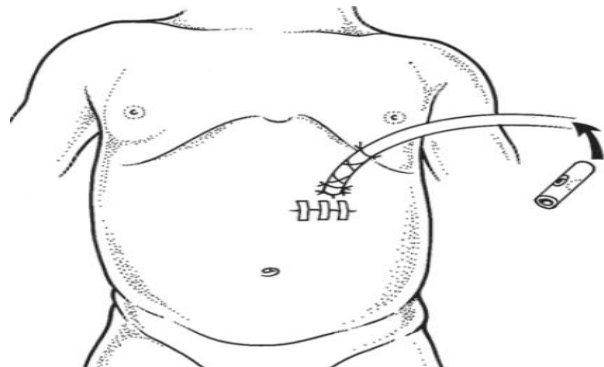
- Khâu hình túi kín lỗ mở dạ dày bằng các mũi chỉ rời và khâu treo vào thành bụng trước quanh ống thông. Mỡ đưa đầu ống ra ngoài thành bụng.



- Khâu dính dạ dày quanh ống thông vào thành bụng, bảo đảm kín 360 độ.

- Đóng vết mổ theo các lớp.

- Đặt một thanh chắn để phòng ống thông tuột



VI. THEO DÕI

- Trong 48 giờ đầu sau mổ ống thông được nối với chai dẫn lưu để dịch dạ dày tự chảy ra nhằm làm giảm áp lực trong dạ dày bảo vệ cho vết mổ ở dạ dày.

- Từ ngày thứ 2 sau mổ bắt đầu truyền thức ăn qua ống thông để nuôi dưỡng người bệnh lúc đầu là dung dịch đường Glucose sau đó là sữa và cháo, súp đã được xay nhỏ, khối lượng thức ăn tăng dần theo nhu cầu và tùy theo sự đáp ứng của người bệnh.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu sau mổ: thường xảy ra tại chỗ mổ niêm mạc dạ dày, làm cho máu chảy qua ống thông hay qua ống tiêu hóa (nôn máu, ỉa phân đen). Nếu chảy ít có thể điều trị bằng rửa dạ dày bằng nước lạnh và thuốc giảm tiết axit dạ dày, nếu chảy máu nhiều phải mổ lại để cầm máu.

- Nhiễm trùng vết mổ: thay băng làm sạch và dùng kháng sinh điều trị.

- Rò dịch dạ dày qua chân ống thông: tạm thời ngừng cho ăn qua ống thông và thay bằng ống to hơn.

PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ RUỘT ĐÔI

(Bằng phương pháp nội soi)

I. ĐẠI CƯƠNG

Nang ruột đôi là một bệnh lý ngoại khoa hay gặp ở trẻ em. Ruột đôi có thể gặp tại bất kỳ các vị trí của đường tiêu hóa từ thực quản đến trực tràng nhưng hay gặp nhất ở ruột non. Khi phát hiện cần phẫu thuật sớm để tránh các biến chứng có thể xảy ra: tắc ruột, bội nhiễm,... Cách thức phẫu thuật phụ thuộc vào vị trí, tính chất và kích thước của nang ruột đôi.

II. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh được chẩn đoán có nang ruột đôi với dấu hiệu lâm sàng và trên các phương tiện chẩn đoán hình ảnh gợi ý tới.

- Thường được tiến hành với phẫu thuật nội soi kết hợp với mổ bụng tối thiểu để kiểm soát toàn bộ đường tiêu hóa.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Rối loạn đông máu.
- Bệnh lý toàn thân tim mạch, hô hấp không cho phép bơm hơi ổ bụng để tiến hành nội soi.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Phẫu thuật nang ruột đôi đòi hỏi những phẫu thuật viên nhi khoa có chứng chỉ hành nghề và có kinh nghiệm mới được tiến hành.

2. Phương tiện

- Dụng cụ nội soi
- + Dàn máy nội soi
- + Ống soi 30 độ có đường kính 10 mm, 1 trocar 10 mm và 2 trocar 5 mm
- + 2 pince nội soi và 1 móc đốt nội soi
- + Ống soi 0 độ với đường kính 10mm có 1 kênh là ống soi, 1 kênh để đưa dụng cụ vào
- + Dụng cụ cắt nối tự động

3. Người bệnh

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

4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án theo quy định của Bộ Y tế.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- Tư thế người bệnh: người bệnh nằm ngửa, có đặt sonde niệu đạo bàng quang.
- Tư thế phẫu thuật viên: đứng ở bên đối diện với màn hình nội soi.
- Tư thế phẫu thuật viên phụ: đứng cùng bên với phẫu thuật viên.
- Dụng cụ viên: đứng bên trái phẫu thuật viên.
- Tiến hành phẫu thuật nội soi
- + Đặt 1 trocar 10mm qua rốn
- + Có thể dùng optic 2 kênh hoặc 2 trocar 5mm để kiểm tra toàn bộ ruột từ góc Treitz tới trực tràng (đối với nang ruột đôi ở vị trí cao hơn như ở tá tràng, dạ dày, hoặc thực quản sẽ được gợi ý qua các xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh trước mổ nên sẽ có cách tiếp cận phẫu thuật khác).
- + Đánh giá vị trí, kích thước, tính chất của nang ruột đôi để đưa ra xử trí phù hợp.
- + Đối với nang ruột đôi kích thước nhỏ, không chiếm quá nhiều mạc treo ruột, không nằm góc hồi manh tràng có thể mổ nhỏ vết mổ ở rốn, đưa nang ra ngoài, cắt đoạn ruột chứa nang nối ngay hoặc dẫn lưu 2 đầu ruột khi nang nhiễm trùng, viêm dính kéo dài.

+ Đối với nang ruột đôi kích thước lớn, chiếm nhiều mạc treo (khi cắt nang sẽ cắt một đoạn ruột lớn kèm theo), nang nằm góc hồi manh tràng thì sẽ tiến hành mở chỏm nang hoàn toàn bằng nội soi, hút dịch trong nang và đốt niêm mạc trong lòng nang.

- Kiểm tra lau rửa lại ổ bụng
- Đóng lại thành bụng theo lớp giải phẫu

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu tại lỗ đặt trocar, thường gặp ở trocar đặt ở hố chậu, có thể chảy máu lúc đặt trocar hoặc sau khi rút trocar do làm tổn thương động mạch thượng vị dưới. Xử trí khâu cầm máu tại chỗ.

- Bục miệng nối ruột- ruột khi cắt nang. Xử trí: theo dõi sát sau mổ để phát hiện dấu hiệu viêm phúc mạc ổ bụng do bục miệng nối. Mổ lại sớm khi nghi ngờ và làm dẫn lưu 2 đầu ruột ra ngoài tại chỗ bục và chờ đóng lại 2 đầu ruột thì sau.

- Chảy máu thành nang từ vị trí mở chỏm nang. Xử trí: đặt dẫn lưu sau mổ theo dõi lượng máu chảy, có thể phải mổ lại để cầm máu diện mổ nang.

- Nhiễm trùng, bục vết mổ. Xử trí: thay băng vết mổ. Khâu lại vết mổ nếu có bục và dùng kháng sinh.

PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ TẮC TÁ TRÀNG BẨM SINH (Bằng phương pháp nội soi)

I. ĐẠI CƯƠNG

Tắc tá tràng bẩm sinh là một dị tật tiêu hóa hay gặp ở trẻ em. Nguyên nhân gây tắc rất đa dạng: màng ngăn, teo giãn đoạn (nguyên nhân bên trong), do tụy nhũn, dây chằng Ladd, kim động mạch (nguyên nhân bên ngoài). Ngày nay nhờ phát triển của chẩn đoán trước sinh, tỉ lệ phát hiện tắc tá tràng trước sinh tăng cao. Trẻ được phát hiện và mổ sớm nên làm giảm tỉ lệ suy kiệt, suy dinh dưỡng do nôn trớ kéo dài, từ đó nâng cao kết quả điều trị bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH

Trẻ được chẩn đoán tắc tá tràng bẩm sinh: chẩn đoán trước sinh, sau đẻ có nôn dịch vàng, các xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh gợi ý đến bệnh lý này.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Rối loạn đông máu.
- Tình trạng huyết động, nhiễm trùng, các bệnh lý nội khoa khác chưa được điều trị ổn định.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Phẫu thuật điều trị tắc tá tràng bẩm sinh đòi hỏi những phẫu thuật viên nhi khoa có chứng chỉ hành nghề và có kinh nghiệm mới được tiến hành.

2. Phương tiện

- Dụng cụ nội soi
- + Dàn máy nội soi
- + Ống soi 30 độ có đường kính 10 mm, 1 trocar 10 mm và 2 trocar 5 mm
- + 2 pince nội soi và 1 móc đốt nội soi
- + Ống soi 0 độ với đường kính 10mm có 1 kênh là ống soi, 1 kênh để đưa dụng cụ vào

3. Người bệnh

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

4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án theo quy định của Bộ Y tế.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- Tư thế người bệnh: người bệnh nằm ngửa, xoay người bệnh ngang bàn mổ hướng về màn hình nội soi, đặt sonde niệu đạo bang quang.
- Tư thế phẫu thuật viên chính và phẫu thuật viên phụ: đứng hướng về người bệnh và màn hình nội soi, người phụ đứng bên phải người chính.
- Dụng cụ viên: đứng bên trái phẫu thuật viên
- Đặt 1 trocar 5mm dưới rốn, và 2 trocar 3mm ở hai bên ổ bụng
- Bơm hơi áp lực 8mmHg, lưu lượng 3l/ph.
- Vào ổ bụng: khâu treo dây chằng tròn lên thành bụng
- Làm thủ thuật Kocher giải phóng D2 tá tràng
- Xác định nguyên nhân gây tắc tá tràng
- Khâu treo vị trí chỗ tắc lên thành bụng
- Làm miệng nối tá tá tràng hoặc tá hồng tràng tùy theo vị trí và nguyên nhân gây tắc (miệng nối bên hoặc theo hình kim cương) hoàn toàn bằng nội soi
- Kiểm tra miệng nối
- Đóng các lỗ trocar ổ bụng

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu tại lỗ đặt trocar, thường gặp ở trocar đặt ở hố chậu, có thể chảy máu lúc đặt trocar hoặc sau khi rút trocar do làm tổn thương động mạch thượng vị dưới. Xử trí khâu cầm máu tại chỗ.

- Nhiễm trùng vết mổ. Xử trí thay băng hằng ngày, dùng kháng sinh đường uống.

- Bục miệng nối. Xử trí theo dõi sát sau mổ nhằm phát hiện dấu hiệu viêm phúc mạc ổ bụng do bục miệng nối. Mổ lại sớm làm lại miệng nối hoặc có thể phải nối vị tràng

- Hẹp miệng nối. Xử trí: theo dõi sát sau mổ nhằm phát hiện dấu hiệu hẹp miệng nối. Tiến hành nong miệng nối nhờ soi tiêu hóa hoặc có thể phải mổ làm lại miệng nối.

PHẪU THUẬT TẮC RUỘT DO BÃ THỨC ĂN

I. ĐẠI CƯƠNG

Tắc ruột do bã thức ăn là một cấp cứu ngoại khoa hay gặp ở trẻ em. Bệnh thường xuất hiện ở các trẻ nhỏ tầm 3-4 tuổi, có thói quen hay cầm nắm ăn các đồ ăn cứng, ăn tóc, hồng xiêm,.. Bệnh biểu hiện với dấu hiệu tắc ruột : nôn, đau bụng bí trung đại tiện, các triệu chứng có thể không rầm rộ như các nguyên nhân gây tắc ruột khác. Cần chẩn đoán sớm và phẫu thuật kịp thời để tránh các biến chứng có thể xảy ra.

II. CHỈ ĐỊNH

Các người bệnh có dấu hiệu tắc ruột: đau bụng, buồn nôn và nôn, bí trung đại tiện và các xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh hướng tới bệnh lý này.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Rối loạn đông máu nặng.
- Tình trạng người bệnh không đủ điều kiện cho phẫu thuật: đang có shock, phối hợp các bệnh lý nặng kèm theo,...

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện quy trình kỹ thuật

Phẫu thuật tắc ruột do bã thức ăn đòi hỏi những phẫu thuật viên nhi khoa có chứng chỉ hành nghề và có kinh nghiệm mới được tiến hành.

2. Phương tiện: Dụng cụ mổ mở: bộ phẫu thuật mổ mở thường quy

3. Người bệnh: Xét nghiệm phục vụ chẩn đoán, phẫu thuật và gây mê đầy đủ.

4. Hồ sơ bệnh án: 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

- Tư thế người bệnh: người bệnh nằm ngửa, có đặt sonde niệu đạo bàng quang.
- Tư thế phẫu thuật viên: đứng bên phải người bệnh.
- Tư thế phẫu thuật viên phụ: đứng bên trái phẫu thuật viên.
- Dụng cụ viên: đứng bên phải phẫu thuật viên.
- Tiến hành phẫu thuật
 - + Mở bụng theo đường trắng giữa trên và dưới rốn. Vào ổ bụng kiểm tra toàn bộ dạ dày, mặt dưới gan, túi mật.
 - + Kiểm tra toàn bộ ruột non từ góc Treitz tới góc hồi manh tràng.
 - + Đánh giá vị trí của bã thức ăn: chỉ có ruột non hay có ở dạ dày, tá tràng kèm theo
 - + Dồn ruột giãn phía trên chỗ tắc và hút ra ngoài qua sonde dạ dày
 - + Đánh giá xem có thể nghiền nhỏ bã thức ăn và đẩy xuống đại tràng
 - + Trường hợp không thể nghiền nhỏ bã thức ăn do có nguy cơ làm tổn thương niêm mạc ruột thì có thể mở ruột (mở dọc khâu ngang) ở vị trí dưới chỗ tắc để lấy bã thức ăn ra ngoài
 - + Rửa ổ bụng, đóng bụng theo lớp giải phẫu

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Có thể làm tổn thương ruột khi mở bụng vào do ruột quá chướng. Xử trí là cần mở bụng cẩn thận, kiểm tra ruột sau khi mở bụng
- Đoạn ruột non phía trên chỗ tắc giãn căng, tổn thương hoại tử tiến triển sau mổ. Xử trí là cần đánh giá kỹ tổn thương trong mổ, sau mổ theo dõi sát diễn biến
- Bục chỗ mở ruột để lấy bã thức ăn. Xử trí: trong mổ cần khâu đóng kỹ chỗ mở ruột để lấy bã thức ăn. Sau mổ theo dõi sát diễn biến nếu nghi ngờ bục cần mổ lại sớm.
- Nhiễm trùng, bục vết mổ: sau mổ cần thay băng vết mổ và khâu đóng lại vết mổ nếu có bục, dùng kháng sinh.

PHẪU THUẬT XOẮN RUỘT

I. ĐẠI CƯƠNG

Xoắn ruột là một cấp cứu ngoại khoa hay gặp ở trẻ em. Đây là một tối cấp cứu, đòi hỏi cần được chẩn đoán và xử trí tích cực và kịp thời nếu không sẽ hoại tử ruột và phải cắt ruột. Nguyên nhân của tắc ruột rất đa dạng: do xoắn trung tràng, do xoắn tiên thiên hoặc do dây chằng vắt qua gây xoắn,.. Đặc biệt lưu ý với các người bệnh đã được phẫu thuật vào trong ổ bụng từ trước thì xoắn ruột luôn là một chẩn đoán được đặt ra khi người bệnh có dấu hiệu tắc ruột.

II. CHỈ ĐỊNH

Các người bệnh có dấu hiệu tắc ruột: đau bụng, buồn nôn và nôn, bí trung đại tiện, có thể kèm theo đi ngoài ra máu hoặc vào viện trong tình trạng huyết động không ổn định

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Đây là một tối cấp cứu về Ngoại khoa do vậy cần hội sức tích cực đảm bảo huyết động và các rối loạn được điều chỉnh ở mức độ cho phép và tiến hành phẫu thuật sớm nhất có thể.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Phẫu thuật xoắn ruột đòi hỏi những phẫu thuật viên nhi khoa có chứng chỉ hành nghề và có kinh nghiệm mới được tiến hành.

2. Phương tiện

Dụng cụ mổ mở: bộ phẫu thuật mổ mở thường quy

3. Người bệnh

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

4. Hồ sơ bệnh án

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

- Tư thế người bệnh: người bệnh nằm ngửa, có đặt sonde niệu đạo bàng quang.
- Tư thế phẫu thuật viên: đứng bên phải người bệnh.
- Tư thế phẫu thuật viên phụ: đứng bên trái phẫu thuật viên.
- Dụng cụ viên: đứng bên phải phẫu thuật viên.
- Tiến hành phẫu thuật :
 - + Mở bụng theo đường trắng giữa trên và dưới rốn. Vào ổ bụng kiểm tra toàn bộ dạ dày, mặt dưới gan, túi mật.
 - + Kiểm tra toàn bộ ruột non từ góc Treitz tới góc hồi manh tràng.
 - + Đánh giá tính chất và vị trí của đoạn ruột xoắn.
 - + Nếu xoắn toàn bộ ruột non hoặc phần ruột còn lại rất ngắn, cân nhắc tháo xoắn, xử lý nguyên nhân gây xoắn nếu có, đắp gạc ẩm và phong bế mạc treo ruột bằng Lidocain và đóng bụng lại chờ mổ lại lần 2.
 - + Nếu xoắn một đoạn ngắn của ruột, đánh giá xem đoạn ruột xoắn đã hoại tử lá úa, thủng hay chưa. Nếu đã có các dấu hiệu trên, tiến hành giải phóng mạc treo và cắt toàn bộ đoạn ruột xoắn. Cân nhắc đóng 2 đầu ruột luôn thì đầu hoặc dẫn lưu 2 đầu ruột nếu tình trạng người bệnh và tình trạng bụng không cho phép.
 - + Nếu đánh giá đoạn ruột có thể bảo tồn được, tiến hành tháo xoắn, đắp gạc ẩm và phong bế mạc treo bằng Lidocain. Sau 15 phút đánh giá lại ruột sau khi được tháo xoắn. Cần thiết có thể cắt đoạn ruột nghi ngờ không thể hồi phục được.
 - + Dồn ruột giãn phía trên chỗ tắc và hút ra ngoài qua sonde dạ dày.

- + Rửa ổ bụng, đặt dẫn lưu ổ bụng.
- + Đóng bụng theo lớp giải phẫu.

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Có thể làm tổn thương ruột khi mở bụng vào do ruột quá chướng. Xử trí là cần mở bụng cẩn thận, kiểm tra ruột sau khi mở bụng.
- Đoạn ruột được bảo tồn tiếp tục hoại tử tiến triển. Xử trí: theo dõi sát diễn biến sau mổ, mổ lại sớm khi nghi ngờ có dấu hiệu viêm phúc mạc và cắt đoạn ruột hoại tử dẫn lưu 2 đầu ruột.
- Nhiễm trùng, bục vết mổ: sau mổ cần thay băng vết mổ và khâu đóng lại vết mổ nếu có bục, dùng kháng sinh.

PHẪU THUẬT TẮC RUỘT DO DÍNH/ DÂY CHẰNG KHÔNG CẮT NÓI RUỘT

I. ĐẠI CƯƠNG

Tắc ruột do dính/ dây chằng là một cấp cứu ngoại khoa hay gặp ở trẻ em. Bệnh thường gặp ở các người bệnh đã có một phẫu thuật vào ổ bụng từ trước. Bệnh cảnh điển hình bao gồm các triệu chứng: đau bụng, buồn nôn và bí trung đại tiện. Một số trường hợp có thể điều trị nội khoa bảo tồn thành công nhưng nhiều trường hợp đòi hỏi cần phải chẩn đoán sớm và phẫu thuật kịp thời để tránh hoại tử ruột.

II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có dấu hiệu tắc ruột: đau bụng, buồn nôn và nôn, bí trung đại tiện, các xét nghiệm cận lâm sàng gợi ý đến dấu hiệu tắc ruột, đã được theo dõi nhưng tình trạng không được cải thiện.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Rối loạn đông máu.
- Tình trạng toàn thân, huyết động không ổn định cho phẫu thuật, đòi hỏi phải hồi sức trước khi mổ.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Phẫu thuật tắc ruột do dính/dây chằng đòi hỏi những phẫu thuật viên nhi khoa có chứng chỉ hành nghề và có kinh nghiệm mới được tiến hành.

2. Phương tiện

Dụng cụ mổ mở: bộ phẫu thuật mổ mở thường quy

3. Người bệnh

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

4. Hồ sơ bệnh án

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

Dụng cụ mổ mở: bộ phẫu thuật mổ mở thường quy

3. Thực hiện kỹ thuật

- Tư thế người bệnh: người bệnh nằm ngửa, có đặt sonde niệu đạo bàng quang.
- Tư thế phẫu thuật viên: đứng bên phải người bệnh.
- Tư thế phẫu thuật viên phụ: đứng bên trái người bệnh.
- Dụng cụ viên: đứng bên phải phẫu thuật viên.
- Tiến hành phẫu thuật
 - + Rạch da đường trắng giữa trên và dưới rốn vào ổ bụng
 - + Kiểm tra toàn bộ ruột non từ góc Treitz tới góc hồi manh tràng.
 - + Dồn dịch và hơi ở đoạn ruột giãn phía trên chỗ tắc và hút qua sonde dạ dày
 - + Xác định nguyên nhân gây tắc ruột: dính / dây chằng
 - + Gỡ dính ruột, cắt dây chằng gây tắc ruột ở toàn bộ ruột non.
 - + Đánh giá toàn bộ ruột non còn hồng hào, bảo tồn được.
 - + Lau rửa ổ bụng
 - + Xếp lại ruột
 - + Đóng bụng theo lớp giải phẫu.

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Thủng ruột khi mở bụng vào ổ bụng. Xử trí: cần cẩn thận khi mở vào ổ bụng do khi tắc ruột bụng sẽ chướng. Kiểm tra ruột kỹ sau khi đã mở vào ổ bụng. Khâu lại lỗ thủng nếu có.
- Đoạn ruột bảo tồn tiếp tục hoại tử tiến triển. Xử trí cần theo dõi diễn biến sau mổ nhằm phát hiện sớm dấu hiệu viêm phúc mạc ổ bụng do hoại tử ruột. Mổ lại sớm, cắt đoạn

ruột nối ngay hoặc dẫn lưu 2 đầu ruột ra ngoài và chờ đóng lại 2 đầu ruột ở thì mổ sau tùy theo tình trạng người bệnh.

- Nhiễm trùng, bục vết mổ. Xử trí: thay băng chăm sóc vết mổ. Khâu lại vết mổ khi có bục, dùng kháng sinh.

PHẪU THUẬT TẮC RUỘT DO DÍNH/ DÂY CHẰNG CÓ CẮT NÓI RUỘT

I. ĐẠI CƯƠNG

Tắc ruột do dính/dây chằng là một cấp cứu ngoại khoa hay gặp ở trẻ em. Bệnh thường gặp ở các người bệnh đã có một phẫu thuật vào ổ bụng từ trước. Bệnh cảnh điển hình bao gồm các triệu chứng: đau bụng, buồn nôn và bí trung đại tiện. Một số trường hợp có thể điều trị nội khoa bảo tồn thành công nhưng nhiều trường hợp đòi hỏi cần phải chẩn đoán sớm và phẫu thuật kịp thời để tránh hoại tử ruột.

II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có dấu hiệu tắc ruột: đau bụng, buồn nôn và nôn, bí trung đại tiện, các xét nghiệm cận lâm sàng gợi ý đến dấu hiệu tắc ruột, đã được theo dõi nhưng tình trạng không được cải thiện.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Rối loạn đông máu.
- Tình trạng toàn thân, huyết động không ổn định cho phẫu thuật, đòi hỏi phải hồi sức trước khi mổ.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Phẫu thuật tắc ruột do dính/dây chằng đòi hỏi những phẫu thuật viên nhi khoa có chứng chỉ hành nghề và có kinh nghiệm mới được tiến hành.

2. Phương tiện

Dụng cụ mổ mở: bộ phẫu thuật mổ mở thường quy

3. Người bệnh

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

4. Hồ sơ bệnh án

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

- Tư thế người bệnh: người bệnh nằm ngửa, có đặt sonde niệu đạo bàng quang.
- Tư thế phẫu thuật viên: đứng bên phải người bệnh.
- Tư thế phẫu thuật viên phụ: đứng bên trái người bệnh.
- Dụng cụ viên: đứng bên phải phẫu thuật viên.
- Tiến hành phẫu thuật
 - + Rạch da đường trắng giữa trên và dưới rốn vào ổ bụng
 - + Kiểm tra toàn bộ ruột non từ góc Treitz tới góc hồi manh tràng.
 - + Dồn dịch và hơi ở đoạn ruột gần phía trên chỗ tắc và hút qua sonde dạ dày
 - + Xác định nguyên nhân gây tắc ruột: dính / dây chằng
 - + Gỡ dính ruột, cắt dây chằng gây tắc ruột ở toàn bộ ruột non.
 - + Đánh giá đoạn ruột non đã hoại tử.
 - + Giải phóng mạch máu, cắt đoạn ruột đã hoại tử
 - + Chuẩn bị 2 đầu ruột nối ngay tận-tận bằng chỉ PDS hoặc Vicryl với cỡ chỉ phụ thuộc theo tính chất đoạn ruột
 - + Lau rửa ổ bụng
 - + Xếp lại ruột
 - + Đóng bụng theo lớp giải phẫu.

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Thủng ruột khi mở bụng vào ổ bụng. Xử trí: cần cẩn thận khi mở vào ổ bụng do khi tắc ruột bụng sẽ chướng. Kiểm tra ruột kỹ sau khi đã mở vào ổ bụng. Khâu lại lỗ thủng nếu có.

- Bực miệng nối ruột. Xử trí cần theo dõi diễn biến sau mổ nhằm phát hiện dấu hiệu viêm phúc mạc ổ bụng do bực miệng nối. Cần mổ lại sớm và dẫn lưu 2 đầu ruột ra ngoài và chờ đóng lại 2 đầu ruột ở thì mổ sau.
- Nhiễm trùng, bực vết mổ. Xử trí: thay băng chăm sóc vết mổ. Khâu lại vết mổ khi có bực, dùng kháng sinh.

PHẪU THUẬT LÀM HẬU MÔN NHÂN TẠO Ở TRẺ LỚN

I. ĐẠI CƯƠNG

Hậu môn nhân tạo (HMNT) là hậu môn ở đại tràng do phẫu thuật viên tạo ra để dẫn lưu một phần hay toàn bộ phân ở trong đại tràng ra ngoài ổ bụng.

II. CHỈ ĐỊNH

Thủng đại tràng do:

- Chấn thương hay vết thương đại tràng.
- Bệnh lý: ung thư, Megacolon ...
- Vết thương tầng sinh môn, đứt cơ thắt do chấn thương.
- Tắc ruột do u đại tràng.
- Chuẩn bị cho việc cắt bỏ đại tràng có khối u.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Rối loạn đông máu.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

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

2. Phương tiện

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

3. Người bệnh

- Làm đủ các xét nghiệm chẩn đoán, chẩn đoán khả năng phẫu thuật,...
- Dùng kháng sinh dự phòng.
- Giải thích cho người bệnh và gia đình biết rõ bệnh và tình trạng toàn thân, về khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, do cơ địa của người bệnh. Giải đáp những khúc mắc của người bệnh về bệnh tật, về phẫu thuật trong phạm vi cho phép.

4. Hồ sơ bệnh án

Hoàn thành các thủ tục hành chính theo qui định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra lại chỉ định và cam kết đồng ý thực hiện thủ thuật.

2. Kiểm tra người bệnh

Tình trạng toàn thân

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Tư thế người bệnh và vị trí kẹp mổ

Người bệnh nằm dọc theo bàn gây mê, phẫu thuật viên đứng bên phải người bệnh, người phụ đứng ở bên trái của người bệnh.

3.2. Đường rạch da

Hạ sườn trái hoặc hạ sườn phải hoặc hố chậu phải tùy theo vị trí đoạn đại tràng muốn đưa ra làm hậu môn nhân tạo.

Có thể nội soi hỗ trợ.

3.4. Các thì phẫu thuật

- Vào ổ bụng.
- Cho đại tràng ra ngoài ổ bụng, kiểm tra đúng vị trí đại tràng muốn làm hậu môn nhân tạo.
- Dùng dây cao su luồn qua chỗ mạc treo không có mạch máu sát thành đại tràng, đại tràng sẽ gấp trên dây đó theo hình chữ omega.
- Khâu tạo cửa bằng 2-3 mũi rời mỗi bên thành ruột.
- Cố định đoạn trên và đoạn dưới đại tràng vào phúc mạc và cân cơ thành bụng, đảm bảo không bị xoắn, gấp và không bị căng.
- Mở đại tràng, khâu niêm mạc đại tràng vừa mở với da quanh hậu môn nhân tạo.

VI. THEO DÕI

Tình trạng lưu thông và tại chỗ của HMNT.

VII. BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ

- Tổ chức dưới da quanh HMNT bị nhiễm khuẩn: Tách mũi chỉ cố định HMNT vào da ngay ổ áp xe để dẫn lưu mủ ra.
- Thoát vị thành bụng cạnh HMNT: Khâu lại HMNT.
- Hoại tử HMNT: Làm lại HMNT.
- Tắc ruột: Xử trí tùy nguyên nhân.
- Sa HMNT (Lộn vòi voi): Đẩy trở lại hoặc làm lại HMNT.

PHẪU THUẬT THÁO LỒNG KHÔNG CẮT RUỘT

I. ĐẠI CƯƠNG

- Lồng ruột là trạng thái một đoạn ruột chui vào đoạn ruột tiếp theo. Có nhiều kiểu lồng ruột nhưng hay gặp nhất là lồng hồi-mạnh tràng.
- Là một trong những cấp cứu ngoại khoa hay gặp nhất ở trẻ em, đặc biệt ở trẻ dưới 2 tuổi. Tần suất ở Việt nam là 302 ca trên 100 000 trẻ dưới 1 tuổi /1 năm
- Nếu không được cấp cứu kịp thời có thể gây nên biến chứng nặng và tử vong.
- Điều trị lồng ruột ở trẻ nhỏ phổ biến nhất là tháo lồng bằng các phương pháp không phẫu thuật. Chỉ có số ít trẻ (khoảng 10%) phải phẫu thuật điều trị lồng ruột. Có thể phẫu thuật nội soi và phẫu thuật mổ mở.

II. CHỈ ĐỊNH

- Tháo lồng bằng các phương pháp không phẫu thuật thất bại
- Lồng ruột tái phát nhiều lần trong thời gian ngắn sau tháo lồng bằng các phương pháp không phẫu thuật (trên 3 lần/24h).

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh tình trạng sốc, rối loạn đông máu, rối loạn nặng nội môi: phải hồi sức, điều chỉnh rồi mới mổ.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

Hồi sức đối với các người bệnh nặng: bù nước, điện giải, thăng bằng toan kiềm..., tiêm kháng sinh tĩnh mạch, nhịn ăn uống, đặt sonde dạ dày nếu có dấu hiệu tắc ruột (bụng chướng, nôn nhiều).

2. Người thực hiện

Kíp phẫu thuật: 1 bác sĩ mổ chính, 1- 2 bác sĩ phụ mổ, dụng cụ viên

3. Phương tiện

Bộ dụng cụ phẫu thuật ổ bụng trung phẫu

4. Hồ sơ bệnh án

Đã có hội chẩn mổ cấp cứu, có đầy đủ xét nghiệm cho mổ cấp cứu, có giấy cam đoan đồng ý phẫu thuật của gia đình người bệnh.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra lại chỉ định và cam kết đồng ý thực hiện thủ thuật.

2. Kiểm tra người bệnh

Tình trạng toàn thân

3. Thực hiện kỹ thuật

- Rạch da và mở bụng đường dọc giữa hay đường ngang trên rốn, hoặc rạch da đường ngang hố chậu phải và mở bụng theo đường trắng bên.
- Bộc lộ tìm góc hồi manh tràng và khối lồng.
- Tiến hành nong cổ khối lồng bằng cán forceps hoặc dùng ngón tay út.
- Bóp đẩy khối lồng từ phía đại tràng, chú ý nhẹ nhàng tránh làm tổn thương rách thanh mạc.
- Tháo lồng xong kiểm tra tổn thương ruột. Đắp gạc ấm lên chỗ ruột bị tím đờ 10-15 phút.
- Cắt bờ mỡ ngay góc hồi manh tràng

- Cắt ruột thừa, cố định manh tràng vào thành bụng sau bên phải.
- Đóng bụng theo các lớp giải phẫu
- Khâu lại các vết mổ

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chăm sóc sau mổ: Lưu sonde dạ dày, nhịn ăn truyền dịch đến khi phục hồi lưu thông tiêu hóa.
- Chú ý hồi sức theo dõi nhiệt độ, rối loạn điện giải ở những trẻ lồng ruột muộn.
- Ra viện khi ăn đường miệng hoàn toàn, thể trạng chung tốt.

PHẪU THUẬT THÁO LỒNG CÓ CẮT RUỘT, NỐI NGAY HOẶC DẪN LƯU HAI ĐẦU RUỘT

I. ĐẠI CƯƠNG

- Lòng ruột là trạng thái một đoạn ruột chui vào đoạn ruột tiếp theo. Có nhiều kiểu lòng ruột nhưng hay gặp nhất là lòng hồi-manh tràng.
- Là một trong những cấp cứu ngoại khoa hay gặp nhất ở trẻ em, đặc biệt ở trẻ dưới 2 tuổi. Tần suất ở Việt nam là 302 ca trên 100 000 trẻ dưới 1 tuổi /1 năm
- Nếu không được cấp cứu kịp thời có thể gây nên biến chứng nặng và tử vong.
- Điều trị lòng ruột ở trẻ nhỏ phổ biến nhất là tháo lồng bằng các phương pháp không phẫu thuật. Chỉ có số ít trẻ (khoảng 10%) phải phẫu thuật điều trị lòng ruột. Có thể phẫu thuật nội soi và phẫu thuật mổ mở.

II. CHỈ ĐỊNH PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ LÒNG RUỘT

- Khi có chống chỉ định tháo lồng bằng các phương pháp không phẫu thuật: thủng ruột, viêm phúc mạc,
- Tháo lồng bằng các phương pháp không phẫu thuật thất bại
- Có bệnh lý ngoại khoa gây nên lòng ruột như khối u, ruột đôi, túi thừa Meckel ..
- Lòng ruột tái phát nhiều lần trong thời gian ngắn sau tháo lồng bằng các phương pháp không phẫu thuật (trên 3 lần/24h).

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh tình trạng sốc, rối loạn đông máu, rối loạn nặng nội môi: phải hồi sức, điều chỉnh rồi mới mổ

IV. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

Hồi sức đối với các người bệnh nặng: bù nước, điện giải, thăng bằng toan kiềm..., tiêm kháng sinh tĩnh mạch, nhịn ăn uống, đặt sonde dạ dày nếu có dấu hiệu tắc ruột (bụng chướng, nôn nhiều).

2. Người thực hiện

Kíp phẫu thuật: 1 bác sĩ mổ chính, 1- 2 bác sĩ phụ mổ, dụng cụ viên

3. Phương tiện

Bộ dụng cụ phẫu thuật ổ bụng trung phẫu

4. Hồ sơ bệnh án

Đã có hội chẩn mổ cấp cứu, có đầy đủ xét nghiệm cho mổ cấp cứu, có giấy cam đoan đồng ý phẫu thuật của gia đình người bệnh.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra lại chỉ định và cam kết đồng ý thực hiện thủ thuật.

2. Kiểm tra người bệnh

Tình trạng toàn thân

3. Thực hiện kỹ thuật

- Rạch da và mở bụng đường dọc giữa hay đường ngang trên rốn, hoặc rạch da đường ngang hố chậu phải và mở bụng theo đường trắng bên.
- Bộc lộ tìm góc hồi manh tràng và khối lồng.
- Tiến hành nong cổ khối lồng bằng cán forceps hoặc dùng ngón tay út.

- Bóp đẩy khối lồng từ phía đại tràng, chú ý nhẹ nhàng tránh làm tổn thương rách thanh mạc.

- Tháo lồng xong kiểm tra tổn thương ruột. Đắp gạc ấm lên chỗ ruột bị tím đội 10-15 phút.

- Nếu thấy có chỗ hoại tử thủng ruột, chỗ tím sấp hoại tử không hồi phục thì phải cắt đoạn ruột bị tổn thương, không cần cắt rộng rãi.

- Nối ruột ngay khi không có viêm phúc mạc nặng.

- Nếu có thủng ruột do tháo lồng bằng hơi hoặc nước muối sinh lý: khâu lại chỗ thủng. Rửa ổ bụng.

- Xem xét cắt bờ mỡ ngay góc hồi manh tràng

- Xem xét cắt ruột thừa, cố định manh tràng vào thành bụng sau bên phải.

- Dẫn lưu 2 đầu ruột kiểu Mikulicz khi người bệnh viêm phúc mạc nặng. Nếu hồi tràng còn lại phía manh tràng quá ngắn 2-3 cm sau khi cắt ruột thì khâu vùi đầu dưới dẫn lưu đầu trên (có thể vẫn nối lại được hồi-hồi tràng khi mổ thì 2). Rửa, dẫn lưu ổ bụng.

- Khâu lại vết mổ

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Lưu sonde dạ dày, nhịn ăn truyền dịch đến khi phục hồi lưu thông tiêu hóa.

- Chú ý hồi sức theo dõi nhiệt độ, rối loạn điện giải ở những trẻ lồng ruột muộn.

- Ra viện khi ăn đường miệng hoàn toàn, thể trạng chung tốt.

PHẪU THUẬT BỆNH PHÌNH ĐẠI TRÀNG BẨM SINH 2 THÌ (Mổ nội soi)

I. ĐẠI CƯƠNG

- Bệnh phình đại tràng bẩm sinh là một dị tật đặc trưng bởi tắc ruột hoàn toàn hoặc không hoàn toàn do không có tế bào hạch thần kinh ở đoạn cuối ống tiêu hóa là lan rộng lên phía trên ở các mức độ khác nhau.

- Bệnh khá phổ biến ở trẻ em với tỷ lệ khoảng 1/5000 trẻ.

II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh được chẩn đoán phình đại tràng bẩm sinh.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Rối loạn đông máu.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

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

2. Phương tiện

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

3. Người bệnh

- Làm đủ các xét nghiệm chẩn đoán, chẩn đoán khả năng phẫu thuật,...

- Thụt tháo hàng ngày để tránh ứ đọng phân và chế độ ăn tốt để nâng cao thể trạng.

- Dùng kháng sinh dự phòng.

- Giải thích cho người bệnh và gia đình biết rõ bệnh và tình trạng toàn thân, về khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, do cơ địa của người bệnh. Giải đáp những khúc mắc của người bệnh về bệnh tật, về phẫu thuật trong phạm vi cho phép.

- Đặt sonde bàng quang.

4. Hồ sơ bệnh án

Hoàn thành các thủ tục hành chính theo qui định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra lại chỉ định và cam kết đồng ý thực hiện thủ thuật.

2. Kiểm tra người bệnh

Tình trạng toàn thân.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Tư thế người bệnh và vị trí kẹp mổ

- Làm hậu môn nhân tạo và đóng hậu môn nhân tạo: Người bệnh nằm dọc theo bàn gây mê, phẫu thuật viên đứng bên phải người bệnh, người phụ đứng ở bên trái của người bệnh.

- Thì nội soi: Người bệnh nằm ngang hoặc dọc theo bàn gây mê (tùy độ lớn của người bệnh), phẫu thuật viên đứng ở phía đầu người bệnh (hoặc bên phải người bệnh khi người bệnh nằm dọc), người phụ cầm camera đứng ở bên phải của phẫu thuật viên. Màn hình đặt ở phía đối diện phẫu thuật viên.

- Thì hậu môn: Người bệnh nằm tư thế sản khoa, đầu hơi thấp, phẫu thuật viên ngồi phía chân người bệnh, người phụ đứng bên phải phẫu thuật viên.

3.2. Đường rạch da

- Làm hậu môn nhân tạo: Rạch da hình chữ nhật vị trí hạ sườn trái.
- Nội soi: 3 trocar: Qua rốn (hoặc trên rốn), hạ sườn phải, hạ sườn trái.
- Áp lực bơm hơi: 8-10mmHg, lưu lượng 3-4l/p tùy theo tuổi người bệnh.

3.4. Các thì phẫu thuật

- Làm hậu môn nhân tạo ở đại tràng xích ma.
- Gỡ hậu môn nhân tạo.
- Phẫu tích, cắt bỏ đoạn đại tràng vô hạch và đoạn giãn.
- Nối đại tràng lành với ống hậu môn.
- Khâu lại vết mổ

VI. THEO DÕI

1. Khi làm kỹ thuật

Tồn thương thành trực tràng, thành âm đạo, thành niệu đạo.

2. Sau khi làm kỹ thuật

- Chảy máu vết mổ.
- Nhiễm trùng vết mổ.
- Sa niêm mạc hậu môn.
- Hẹp hậu môn.

VII. BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ

1. Khi làm kỹ thuật

Khâu lại thành trực tràng, thành âm đạo, thành niệu đạo.

2. Sau khi làm kỹ thuật:

- Chảy máu: Băng ép, khâu cầm máu vết mổ.
- Nhiễm trùng vết mổ: kháng sinh, giảm viêm.
- Sa niêm mạc hậu môn: Phẫu thuật cắt niêm mạc sa.
- Hẹp hậu môn: Nong hậu môn, phẫu thuật tạo hình lại hậu môn.

THỤT THÁO ĐẠI TRÀNG TRONG BỆNH PHÌNH ĐẠI TRÀNG BẨM SINH

I. ĐẠI CƯƠNG

Thụt tháo đại tràng là đưa nước vào đại tràng nhằm làm mềm những cục phân cứng và làm thành ruột nở rộng, thành ruột được kích thích sẽ co lại đẩy phân ra ngoài trong trường hợp người bệnh không đại tiện được và để làm sạch khung đại tràng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Thụt tháo trong điều trị: Táo bón thông thường, táo bón do rối loạn chức năng hoặc trong các bệnh lý hậu môn trực tràng.

- Thụt tháo trước mổ: mổ đường tiêu hóa, mổ vùng ổ bụng, khung chậu.

- Thụt tháo phục vụ chẩn đoán: trước khi chụp đại tràng, chụp UIV, chụp cột sống.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Thương hàn.

- Xoắn, tắc ruột.

- Người bệnh có cắt nối đường tiêu hóa còn tồn thương.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Điều dưỡng hoặc bác sỹ.

2. Phương tiện

Bộ dụng cụ làm thủ thuật thụt hậu môn, các vật tư tiêu hao, trang thiết bị cho cuộc thủ thuật.

3. Người bệnh

- Nhận định tình trạng người bệnh.

- Cân người bệnh để tính lượng nước thụt.

- Giải thích cho người bệnh và gia đình biết rõ bệnh và tình trạng toàn thân, về khả năng thủ thuật sẽ thực hiện, về các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do thủ thuật, do cơ địa của người bệnh. Giải đáp những khúc mắc của người bệnh về bệnh tật, về thủ thuật trong phạm vi cho phép.

4. Hồ sơ bệnh án

Hoàn thành các thủ tục hành chính theo qui định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra lại chỉ định và cam kết đồng ý thực hiện thủ thuật.

2. Kiểm tra người bệnh

Tình trạng toàn thân

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Tư thế người bệnh và vị trí thủ thuật viên.

- Người bệnh nằm ngửa, tư thế sản khoa, cởi quần.

- Thủ thuật viên đứng phía dưới chân người bệnh.

3.2. Các thì thủ thuật

- Đổ nước vào béc thụt và đuổi khí, kẹp ống thông lại.

- Bôi trơn đầu ống thông và đưa vào hậu môn, mở kẹp.

- Kẹp, rút ống thông và hướng dẫn người bệnh đi ngoài.

- Tiếp tục thụt cho đến khi nước trong.

- Vệ sinh và thay quần áo sạch cho người bệnh.

VI. THEO DÕI

Tình trạng người bệnh trước, trong và sau khi thực hiện thủ thuật.

VII. BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ

- Thủng đại tràng: Phẫu thuật.
- Hạ thân nhiệt: Lau khô người, ủ ấm.
- Rối loạn nước, điện giải: Bù nước, điện giải.
- Thụt không ra phân:
- Kiểm tra lại xem có bị tắc hoặc gấp ống thông không, nếu có thì làm sạch và đặt lại ống thông.
- Có thể ống thông chưa qua đoạn vô hạch thì cần đặt lưu ống thông sau khi thụt khoảng 2-3 giờ để phân và hơi sẽ theo ống thông ra ngoài khi người bệnh ở trạng thái nghỉ ngơi.

THÁO LỒNG BẰNG KHÍ/NƯỚC

I. ĐẠI CƯƠNG

- Lồng ruột là trạng thái một đoạn ruột chui vào đoạn ruột tiếp theo. Có nhiều kiểu lồng ruột nhưng hay gặp nhất là lồng hồi-mạnh tràng.

- Là một trong những cấp cứu ngoại khoa hay gặp nhất ở trẻ em, đặc biệt ở trẻ dưới 2 tuổi. Tần suất ở Việt nam là 302 ca trên 100 000 trẻ dưới 1 tuổi /1 năm

- Nếu không được cấp cứu kịp thời có thể gây nên biến chứng nặng và tử vong.

- Điều trị lồng ruột ở trẻ nhỏ phổ biến nhất là tháo lồng bằng các phương pháp không phẫu thuật (tháo lồng bằng khí/nước). Chỉ có số ít trẻ (khoảng 10%) phải phẫu thuật điều trị lồng ruột. Có thể phẫu thuật nội soi và phẫu thuật mổ mở.

II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ

Cho tất cả các trường hợp lồng ruột chưa có biến chứng

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Đến muộn sau 48h

- Biểu hiện: tắc ruột, có sóc, bụng chướng căng, có dấu hiệu viêm phúc mạc

IV. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

- Được bù nước điện giải nếu có mất nước điện giải

- Thiết lập đường truyền tĩnh mạch, đặt ống thông dạ dày

2. Người thực hiện

Kíp làm thủ thuật: 1 bác sĩ, 1 điều dưỡng, 1 kỹ thuật viên

3. Phương tiện

- Máy tháo lồng (bơm hơi) theo áp lực

- Xông Foley các cỡ

- Thuốc tiền mê

4. Hồ sơ bệnh án

Đầy đủ chỉ định, xét nghiệm nếu cần

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra lại chỉ định và cam kết đồng ý thực hiện thủ thuật.

2. Kiểm tra người bệnh

Tình trạng toàn thân

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Tiền mê

- Không bắt buộc, có thể dùng một cách có hệ thống trên tất cả người bệnh hoặc chọn lọc có trường hợp tháo khó

- Bằng Midazolam (Hypnovel) và Atropin với liều sau:

+ Atropine IV 0.01 to 0.02 mg/kg (Cân nhắc với BN có mạch nhanh hoặc sốt cao).

+ Midazolam (Hypnovel) (Cân nhắc với BN có biểu hiện tinh thần lơ mơ):

IV (tiêm TM): 0.05 - 0.1 mg/kg

IN (nhỏ mũi): 0.2 - 0.3 mg/kg (5 - 10 phút trước khi bơm hơi)

PO (đường uống): 0.5 - 1 mg/kg (20 - 30 phút trước khi bơm hơi)

3.2. Kỹ thuật

- Đặt ống thông Foley vào hậu môn, bơm căng bóng
- Nối ống thông Foley với máy tháo lồng
- Bơm hơi từ từ vào đại tràng, áp lực từ 8-10mmHg or 80-100cmH₂O
- Duy trì áp lực cao nhất không quá 3 phút/01 lần.
- Quan sát dưới màn huỳnh quang theo dõi di chuyển của khối lồng
- Bơm hơi từng đợt cho đến khi tháo được lồng.
- Ngay sau tháo được khối lồng phải giữ ống thông hậu môn, nắn bụng để tháo hơi hoặc dịch ra hết mới rút ống thông.
- Tiêu chuẩn tháo lồng thành công
 - + Nếu tháo lồng dưới màn hình tăng sáng: Hết hình ảnh khối lồng trên Xquang, hơi sang ruột non nhiều và dễ, khi bơm hơi thấy áp lực không tăng. Chụp 1 phim trước khi tháo lồng và 1 phim sau khi tháo lồng.
 - + Nếu không tháo dưới màn hình tăng sáng: Bụng tròn đều, nắn không thấy khối lồng, bụng giữa giữ hơi sau khi ngưng bơm hơi, hơi ra liên tục qua thông dạ dày.
 - + Nếu bơm lần đầu không có kết quả, tạm nghỉ khoảng 30 phút và bơm lại lần hai. Nếu bơm lần hai thất bại có thể bơm thử lại lần ba.
 - + Nếu sau ba lần vẫn không tháo được, đặc biệt thấy khối lồng bị ép xuống mỗi khi bơm hơi rồi lại trở về vị trí cũ khi xả hơi thì dừng lại và chuyển phẫu thuật.
 - + Bơm hơi tháo lồng sau khi gây mê, nếu không kết quả tiến hành phẫu thuật.

VI. THEO DÕI

- Sau khi tháo lồng cho người bệnh nhịn ăn 2-4 tiếng, truyền dịch
- Truyền dịch Ringer glucose 5%: Đánh giá tình trạng thiếu dịch và bù dịch cho người bệnh. Sau đó duy trì theo nhu cầu cơ bản
- Nhu cầu cơ bản: công thức 4-2-1
 - 0 - 10 kg: 4ml/kg/h
 - 11 - 20 kg: 2ml/kg/h

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Thủng đại tràng trong lúc tháo lồng: có hơi tự do trong bụng trên màn hình tăng sáng.
- Xử trí: Chọc giải áp hơi trong bụng bệnh nhi bằng kim 18G, hỗ trợ oxy, dịch truyền, kháng sinh và chuẩn bị phẫu thuật
- Sau khi tháo lồng cho người bệnh nhịn ăn 2-4 tiếng, truyền dịch
- Truyền dịch Ringer glucose 5%: Đánh giá tình trạng thiếu dịch và bù dịch cho người bệnh. Sau đó duy trì theo nhu cầu cơ bản
- Nhu cầu cơ bản: công thức 4-2-1
 - 0 - 10 kg: 4ml/kg/h
 - 11 - 20 kg: 2ml/kg/h
 - >20 kg : 1ml/kg/h
- Cho người bệnh xuất viện khoảng 24h sau bơm hơi tháo lồng khi siêu âm kiểm tra không còn dấu hiệu của lồng ruột.

PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ VIÊM RUỘT THỪA

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

IV. CHUẨN BỊ

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

2. Người thực hiện

Kíp làm thủ thuật: 01 phẫu thuật viên chính, 01 phẫu thuật viên phụ, 01 điều dưỡng dụng cụ

3. Phương tiện

Dụng cụ mổ mở: bộ phẫu thuật mổ mở thường quy

4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án theo quy định của Bộ Y tế.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

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

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

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

PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ VIÊM VIÊM PHỨC MẠC RUỘT THỪA

I. ĐẠI CƯƠNG

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

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

II. CHỈ ĐỊNH

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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

IV. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

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

2. Người thực hiện

Kíp làm thủ thuật: 01 phẫu thuật viên chính, 01 phẫu thuật viên phụ, 01 điều dưỡng dụng cụ

3. Phương tiện

Dụng cụ mổ mở: bộ phẫu thuật mổ mở thường quy

4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án theo quy định của Bộ Y tế.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

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

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu trong ổ tại mạc treo ruột thừa

Xử trí: cầm máu

- Tụt chi hoặc clip gốc mạc treo ruột thừa

Xử trí: buộc chi hoặc clip lại

- Nhiễm trùng vết mổ

Xử trí: thay băng vết mổ

PHẪU THUẬT TẠO HÌNH HẬU MÔN KIỂU Y-V TRONG ĐIỀU TRỊ HẸP HẬU MÔN

I. ĐẠI CƯƠNG

- Dị tật hậu môn-trực tràng là một trong các bệnh có từ lâu nhất trong lịch sử y học.
- Hẹp hậu môn thuộc loại dị tật hậu môn- trực tràng loại thấp.

II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh được chẩn đoán hẹp hậu môn, nông hậu môn thất bại.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Rối loạn đông máu

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

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

2. Phương tiện

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

3. Người bệnh

- Làm đủ các xét nghiệm chẩn đoán, chẩn đoán khả năng phẫu thuật,...
- Thụt tháo hàng ngày để tránh ứ đọng phân và chế độ ăn tốt để nâng cao thể trạng.
- Dùng kháng sinh dự phòng.
- Giải thích cho người bệnh và gia đình biết rõ bệnh và tình trạng toàn thân, về khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, do cơ địa của người bệnh. Giải đáp những khúc mắc của người bệnh về bệnh tật, về phẫu thuật trong phạm vi cho phép.
- Đặt sonde bàng quang.

4. Hồ sơ bệnh án

Hoàn thành các thủ tục hành chính theo qui định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra lại chỉ định và cam kết đồng ý thực hiện thủ thuật.

2. Kiểm tra người bệnh

Tình trạng toàn thân.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Tư thế người bệnh và vị trí kẹp mổ

Người bệnh nằm ngửa, tư thế sản khoa, đầu hơi thấp. Phẫu thuật viên ngồi phía chân người bệnh, người phụ đứng bên phải phẫu thuật viên.

3.2. Các thì phẫu thuật

- Rạch da quanh hậu môn.
- Tách hậu môn khỏi tổ chức xung quanh và nông rộng cơ thắt.
- Khâu niêm mạc hậu môn với da xung quanh.

VI. THEO DÕI

1. Khi làm kỹ thuật

Tổn thương thành trực tràng, thành âm đạo, thành niệu đạo.

2. Sau khi làm kỹ thuật

- Chảy máu vết mổ.
- Nhiễm trùng vết mổ.
- Sa niêm mạc hậu môn.
- Hẹp hậu môn.

VII. BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ

1. Khi làm kỹ thuật

Khâu lại thành trực tràng, thành âm đạo, thành niệu đạo.

2. Sau khi làm kỹ thuật

- Chảy máu: Băng ép, khâu cầm máu vết mổ.
- Nhiễm trùng vết mổ: kháng sinh, giảm viêm.
- Sa niêm mạc hậu môn: Phẫu thuật cắt niêm mạc sa.
- Hẹp hậu môn: Nong hậu môn, phẫu thuật tạo hình lại hậu môn

PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ NANG RỐN/POLYP RỐN

I. ĐẠI CƯƠNG

- Ống rốn tràng là phần ống nối giữa ruột non và túi rốn trong thời kỳ bào thai
- Polyp rốn, nang rốn là một phần ống rốn tràng còn tồn tại ở phía rốn. Polyp rốn bao phủ bởi chất nhầy ruột. Nang rốn giãn thành nang, tịt ở hai đầu. Nang có thể dính với thành bụng và phát triển qua rốn hoặc nằm ở đoạn giữa của ống rốn tràng.

II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh được chẩn đoán có nang rốn trên lâm sàng

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Rối loạn đông máu.
- Bệnh lý toàn thân

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

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

- 01 phẫu thuật viên chính, 01 phẫu thuật viên phụ, 01 điều dưỡng dụng cụ

2. Phương tiện

Dụng cụ phẫu thuật thông thường

3. Người bệnh

- Làm đủ các xét nghiệm chẩn đoán, chẩn đoán khả năng phẫu thuật,...

4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án theo quy định của Bộ Y tế.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- Tư thế người bệnh: người bệnh nằm ngửa
- Tư thế phẫu thuật viên: đứng bên phải người bệnh
- Tư thế phẫu thuật viên phụ: đứng bên trái người bệnh
- Dụng cụ viên: đứng bên trái phẫu thuật viên.
- Khâu treo đáy rốn
- Rạch da vòng quanh đáy rốn
- Phẫu tích dưới da bóc lột hết polyp rốn, nang rốn (có thể vào ổ bụng)
- Cắt toàn bộ polyp rốn, nang rốn
- Khâu tái tạo lại thành bụng và da rốn.

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu tại rốn: do làm tổn thương tĩnh mạch rốn
Xử trí: Khâu cầm máu tĩnh mạch rốn
- Nhiễm trùng vết mổ
Xử trí: Thay băng hàng ngày, kháng sinh.

PHẪU THUẬT KASAI ĐIỀU TRỊ TEO MẬT

I. ĐẠI CƯƠNG

- Teo mật (biliary atresia) là kết quả của một quá trình viêm không rõ nguyên nhân, phá huỷ cả các ống mật trong và ngoài gan dẫn đến xơ hoá, tắc đường mật và tiến triển thành xơ gan.

- Teo mật là nguyên nhân phổ biến nhất gây ra ứ mật mạn tính ở trẻ nhỏ và là chỉ định hay gặp nhất cho ghép gan ở trẻ em.

- Bệnh gặp ở trên toàn thế giới, với tỷ lệ mắc 1/10000 - 1/16700 trẻ sinh ra sống. Các trẻ gái mắc bệnh nhiều hơn với tỷ lệ 1,4 - 1,7 so với trẻ trai. Hiện tại chưa tìm thấy các yếu tố di truyền liên quan đến bệnh.

- Có 3 hình thái teo mật đánh giá qua biến đổi bệnh lý của đường mật ngoài gan (theo Hiệp hội phẫu thuật Nhi Nhật bản):

+ Type I: teo ống mật chủ

+ Type II: teo ống gan chung

+ Type III: teo ống mật vùng rốn gan

- Trong đó type III là hay gặp nhất và có tiên lượng nặng nhất. Type I, II có tiên lượng tốt hơn do vẫn còn phần đường mật ngoài gan không bị teo xơ, có thể sử dụng để nối với ruột.

II. CHỈ ĐỊNH

Các người bệnh teo mật type III

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh đã suy gan mất bù: có dịch ổ chướng, tăng áp lực tĩnh mạch cửa với nhiều tuần hoàn bàng hệ rốn gan, rối loạn đông máu

IV. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

Hoàn thành bộ xét nghiệm cơ bản chuẩn bị mổ, các xét nghiệm chức năng gan, kiểm tra các xét nghiệm trong giới hạn cho phép. Không có viêm hô hấp cấp.

2. Người thực hiện

01 bác sĩ mổ chính, 2 bác sĩ phụ mổ, dụng cụ viên

3. Phương tiện

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

4. Hồ sơ bệnh án

Đã có hội chẩn mổ, có đầy đủ xét nghiệm cần thiết, có giấy cam đoan đồng ý phẫu thuật của gia đình người bệnh

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- Tư thế bệnh nhân trên bàn mổ: nằm ngửa, có đệm lưng vùng gan

- Rạch da đường hạ sườn phải 4-5cm: mở ổ bụng quan sát gan và túi mật. Phẫu tích mở nhỏ đáy túi mật. Nếu túi mật teo nhỏ, trong lòng không có dịch mật: chẩn đoán teo mật. Nếu túi mật kích thước bình thường: đặt sonde cho ăn 6 Fr vào đáy túi mật, bơm dung dịch muối sinh lý kiểm tra. Nếu bơm không thông: chẩn đoán teo mật. Nếu bơm thông: chụp đường mật trong mổ chẩn đoán. Khi kết quả X-quang loại trừ teo mật, sinh thiết gan, khâu lại các vết mổ.

- Khi chẩn đoán trong mổ teo mật thì mở rộng vết mổ sang 2 bên. Giải phóng đưa gan ra ngoài ổ bụng
- Phẫu tích túi mật khỏi gan, bộc lộ di tích đường mật ngoài gan cắt di tích ống mật chủ bằng đốt điện hoặc buộc chỉ phía sát tá tràng
- Bộc lộ các mạch vào gan phải và trái (động mạch gan và tĩnh mạch cửa phải, trái) đặt dây cao su luân quanh cuống mạch trái và phải và kéo sang 2 bên
- Phẫu tích bộc lộ xơ rốn gan. Dùng kéo nhọn sắc cắt xơ rốn gan giữa 2 cuống mạch, độ sâu vừa đến sát bao gan, độ rộng đến gần sát 2 cuống mạch. Đặt vật liệu cầm máu điện cắt, hạn chế tối đa dùng đốt điện.
- Cho lại gan vào ổ bụng. Tạo quai hồng tràng Roux-en-Y cách góc Tretz khoảng 20 cm và dài 40 cm, đưa qua mạc treo đại tràng ngang về phía rốn gan.
- Nối hồng tràng-rốn gan theo kiểu tận hoặc kiểu bên (tùy theo tương quan kích thước diện cắt rốn gan và ruột), các mũi khâu đi nông ở diện cắt xơ rốn gan sát cuống mạch
- Khâu khe mạc treo. Sinh thiết gan. Rửa ổ bụng và đóng bụng, không đặt dẫn lưu.

VI. THEO DÕI

- Trong mổ: các chức năng tuần hoàn, hô hấp, khí máu, chức năng đông máu
- Sau mổ: theo dõi phục hồi lưu thông tiêu hóa, màu phân (đánh giá tiết mật), xét nghiệm chức năng gan

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

Tai biến trong mổ có thể gặp: chảy máu do tổn thương mạch máu cuống gan phải và trái khi phẫu tích. Xử trí bằng khâu lại vết thương mạch máu

PHẪU THUẬT CẮT NANG ỐNG MẬT CHỦ NỘI MẬT RUỘT

I. ĐẠI CƯƠNG

- Nang đường mật, nang ống mật chủ, dị dạng ống mật chủ hay dẫn ống mật chủ bẩm sinh là các tên gọi khác nhau của một bệnh bẩm sinh ở đường mật mà trong đó đường mật ngoài gan và/hoặc trong gan bị dẫn thành nang.

- Todani phân nang ống mật chủ ra làm 5 nhóm

+ Loại I - Nang ống mật chủ đơn thuần: ống mật chủ dẫn thành nang

+ Loại II - Túi thừa ống mật chủ: tồn tại một túi thừa như là một túi mật thứ hai đổ vào ống mật chủ

+ Loại III - Sa ống mật chủ: ống mật chủ sa tạo thành nang trong lòng tá tràng

+ Loại IV - Nang ống mật chủ kết hợp với nang đường mật trong gan.

+ Loại V - Nang đường mật trong gan đơn thuần mà tiêu biểu là bệnh Caroli.

- Tuyệt đại đa số (> 95%) là nang ống mật chủ đơn thuần hay kết hợp với nang đường mật trong gan (loại I và IV), đặc biệt các thể loại khác rất hiếm gặp ở trẻ em. Vì thế bài viết này chỉ đề cập tới hai loại này.

II. CHỈ ĐỊNH

Nang ống mật chủ loại I và IV

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Mắc các bệnh lý toàn thân: rối loạn đông máu, viêm phổi.v.v.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

01 Phẫu thuật viên chính có trình độ chuyên khoa 2 trở lên, 02 phẫu thuật viên phụ, 01 điều dưỡng dụng cụ

2. Phương tiện dụng cụ

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

3. Người bệnh

Chẩn đoán u nang OMC. Các xét nghiệm Xquang, siêu âm gan mật, phim cộng hưởng từ. Xét nghiệm Amylase máu, niệu, bilirubin máu, men gan...

4. Hồ sơ bệnh án

Đã có hội chẩn mổ, có đầy đủ xét nghiệm cần thiết, có giấy cam đoan đồng ý phẫu thuật của gia đình người bệnh

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Tư thế người bệnh

- Người bệnh nằm ngửa có đệm ở sau lưng tương ứng vùng gan

- Phẫu thuật viên chính đứng bên phải người bệnh, phẫu thuật viên phụ 1 đứng bên trái bệnh nhân, phẫu thuật viên phụ 2 đứng bên trên phẫu thuật viên chính, điều dưỡng phụ dụng cụ đứng phía dưới phẫu thuật viên phụ 1.

3.2. Kỹ thuật

3.2.1. Thì cắt nang

- Mở bụng đường ngang trên rốn

- Đánh giá đường mật, gan và lách
- Bóc tách túi mật khỏi giường túi mật
- Phẫu tích bóc tách dần quanh nang. Tách nang khỏi tĩnh mạch cửa, cắt đôi nang.
- Bóc tách nang xuống phía dưới, tách nang khỏi tổ chức xung quanh và nhu mô tụy
- Quan sát để tìm ống mật tụy chung cho một ống thông qua lỗ này vào ống mật tụy chung. Bơm rửa ống mật tụy chung cho đến khi thấy dịch trong chảy ra và đưa được ống thông xuống tá tràng.
- Cắt phần đáy nang và khâu lại lỗ của ống tụy chung.
- Bóc tách nang lên phía trên đến sát nơi ống túi mật đổ vào, quan sát tìm ống gan chung, ống gan phải và trái
- Cắt phần trên nang khỏi ống gan chung, luồn ống thông vào ống gan phải và trái rửa sạch.

3.2.2. Thì nối mật ruột

- Cắt ruột non cách góc treitz khoảng 30cm. Khâu kín mồm cắt của quai ruột phía dưới. Nối ống gan chung-ruột non kiểu Roux-en-Y. Nối ruột tận bên cách góc Treitz 30cm
- Đưa quai ruột phía dưới mạc treo đại tràng ngang lên nối với ống gan chung. Quai ruột để dài 20cm. Mở quai ruột theo chiều dọc. Nối ống gan chung với ruột non bằng chỉ PDS 5/0 hoặc 6/0. Khâu vết nếu kích thước ống gan chung lớn hơn 1cm, khâu mũi rời nếu kích thước ống gan chung nhỏ hơn 1cm
- Rửa ổ bụng, có thể đặt hoặc không đặt dẫn lưu dưới gan
- Đóng bụng theo các lớp giải phẫu

VI. THEO DÕI SAU PHẪU THUẬT

- Theo dõi huyết áp, mạch, nhiệt độ và nhịp thở 1 giờ một lần trong 6 giờ đầu
- Dẫn lưu dưới gan: có ra máu, mật không? Bình thường chỉ ra 10-20ml dịch hồng loãng/24 giờ, sau ít dần và hết (thường rút sau 4-5 ngày).
- Tình trạng bụng: mềm, xẹp hay chướng? có đau không?
- Sau 24h kiểm tra lại amylase máu và niệu, hồng cầu, huyết sắc tố.
- Sau 5 ngày kiểm tra lại bilirubin máu và siêu âm lại ổ bụng trước khi raviện.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Trong phẫu thuật

Chảy máu xảy ra khi bóc tách giải phóng nang OMC hoặc do tổn thương tĩnh mạch cửa, động mạch gan: Khâu cầm máu hoặc khâu chỗ rách tĩnh mạch cửa.

2. Sau phẫu thuật

- Rò miệng nối mật ruột (Rò mật): Qua dẫn lưu dưới gan hoặc qua lỗ trocar. Xử trí: Theo dõi lượng dịch rò và bồi phụ nước, điện giải đồ. Rò thường tự liền sau 10-15 ngày.
- Rò tụy: dịch tụy chảy qua dẫn lưu dưới gan hoặc qua lỗ trocar, thường tự liền với phương pháp điều trị bảo tồn.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT THAY BĂNG VẾT MỒ

I. ĐẠI CƯƠNG

Sự thành công của cuộc mổ tùy thuộc vào phần lớn sự chăm sóc người bệnh sau mổ. Giai đoạn sau mổ là giai đoạn có nhiều rối loạn về sinh lý bao gồm các biến chứng về hô hấp, tuần hoàn, hạ nhiệt độ, nhiễm trùng vết mổ...gây ra do mê hoặc do phẫu thuật. Để phát hiện sớm các biến chứng này cần phải có nhân viên y tế giàu kinh nghiệm theo dõi, chăm sóc và cần có các phương tiện theo dõi liên tục cho người bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH

Những người bệnh sau mổ được thay băng theo chỉ định.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định

IV. CHUẨN BỊ

1. **Người thực hiện:** 1 điều dưỡng được đào tạo chuyên khoa hồi sức cấp cứu.

2. **Phương tiện, dụng cụ**

2.1 Vật tư tiêu hao

- Povidin
- Găng sạch: 01 đôi
- Găng vô khuẩn: 01 đôi
- Gạc vô khuẩn, gạc củ ấu
- Pank vô khuẩn
- Kéo vô khuẩn
- Kéo cắt băng dính
- Khay hạt đậu, bát kê, kẹp phẫu tích vô khuẩn
- Băng dính
- Bơm tiêm 10ml: 01 cái
- Kim lấy thuốc: 01 cái
- NaCl 0,9% 250ml
- Băng opside trong
- Ete, oxy già
- Tấm nilon, túi nilon
- Mũ, khẩu trang
- Dung dịch vệ sinh tay

2.2. Thuốc điều trị (nếu có)

3. Người bệnh

- Thông báo giải thích động viên người bệnh và gia đình người bệnh việc sắp làm.
- Đặt người bệnh tư thế thích hợp, bộc lộ vùng có vết thương.

4. Hồ sơ bệnh án, phiếu chăm sóc.

V. TIẾN HÀNH

1- Điều dưỡng rửa tay bằng xà phòng diệt khuẩn dưới vòi nước, đội mũ, đeo khẩu trang.

2- Đối chiếu, giải thích, động viên người bệnh công việc chuẩn bị làm, đặt người bệnh nằm tư thế thích hợp.

3- Bộc lộ vết thương, trải tấm nilon dưới vết thương, đặt túi nilon vị trí thích hợp.

4- Điều dưỡng sát trùng tay nhanh, đi găng sạch, dùng kẹp phẫu tích tháo bỏ băng bản (nếu băng bị dính vào vết mổ có thể thấm NaCl 0,9% vào băng) cho vào túi nilon, có thể dùng ete bóc và rửa sạch băng dính trên da, bỏ kẹp phẫu tích vào hộp đựng dụng cụ bản có dung dịch khử khuẩn sơ bộ.

5- Quan sát và đánh giá tình trạng vết mổ, người bệnh mổ ngay thứ mấy.

6- Điều dưỡng bỏ găng, sát khuẩn tay, mở bộ chăm sóc, rót dung dịch NaCl 0,9% vào bát kê, đi găng tay vô khuẩn.

7- Dùng một kẹp vô khuẩn gấp gạc củ ấu nhúng vào dung dịch NaCl 0,9%, chuyển gạc sang kẹp thứ hai, rửa vết mổ từ trong ra ngoài, sau đó rửa ra xung quanh đường kính rộng khoảng 20 cm. Dùng miếng gạc khác rửa lại cho đến khi sạch. Bỏ kẹp bản vào hộp đựng dụng cụ bản.

8- Dùng gạc miếng quấn vào panh vô khuẩn lăn cách mép mổ 5 cm lại gần vết mổ kiểm tra xem dịch ở vết mổ có còn không, màu sắc dịch như thế nào.

9- Với vết mổ sạch: dùng gạc thấm khô vết mổ, sát khuẩn vết mổ bằng povidin từ trong ra ngoài 2 lần, chờ khô, bỏ kẹp vào hộp dung dịch khử khuẩn.

10- Với vết mổ nhiễm khuẩn: Dùng gạc thấm oxy già rửa cho đến khi sạch, rửa bằng NaCl 0,9%, thấm khô vết mổ, sát khuẩn vết mổ bằng povidin từ trong ra ngoài 2 lần, chờ khô, bỏ kẹp vào hộp dung dịch khử khuẩn.

11- Đắp thuốc nếu có chỉ định

12- Đặt gạc che kín vết mổ, dùng băng dính băng lại.

13- Giúp người bệnh về tư thế thoải mái, dặn người bệnh những điều cần thiết.

14- Thu dọn dụng cụ, rửa tay, ghi phiếu theo dõi điều dưỡng.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi ý thức, cảm giác đau của người bệnh trong suốt quá trình thay băng.
- Theo dõi màu sắc, số lượng dịch vết mổ thấm qua gạc.
- Hàng ngày kiểm tra, đánh giá vết mổ tiến triển theo chiều hướng tốt hay xấu.
- Khi gạc che vết mổ bị thấm dịch ướt cần phải thay băng ngay.
- Ghi bảng theo dõi điều dưỡng màu sắc, số lượng dịch mỗi lần thay băng.
- Theo dõi các tai biến và biến chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế; (1999); Kỹ thuật thay băng rửa vết thương; Hướng dẫn quy trình kỹ thuật bệnh viện tập I. Nhà xuất bản y học. Trang 129-138.
2. Janee Klipfel, BSN, RN, CURN, Therese M. Jacobson; Post-operative Nursing Care; www.medscape.com; 2010;30 (6): 347-352
3. Joanne Tollefson; (2010); Physical Assessment; Clinical psychomotor skills; 4th Edition; Cengage Learning; pp 17-22.

PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ LỒNG RUỘT

I. ĐẠI CƯƠNG

Lồng ruột là cấp cứu ngoại khoa thường gặp ở trẻ em. Bệnh có thể gặp ở bất cứ tuổi nào nhưng lứa tuổi gặp nhiều nhất là từ 4 đến 9 tháng. Đa số các trường hợp có thể điều trị thành công với phương pháp tháo lồng bằng hơi hoặc bằng nước. Mổ tháo lồng được chỉ định cho một số trường hợp đặc biệt.

II. CHỈ ĐỊNH

- Tháo lồng bằng hơi, bằng nước hoặc bằng barit thất bại.
- Có dấu hiệu tắc ruột rõ ràng.
- Lồng ruột tái phát lần thứ 3 trở đi.
- Có dấu hiệu viêm phúc mạc.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Rối loạn đông máu.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

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

2. Phương tiện

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

3. Người bệnh

- Làm đủ các xét nghiệm chẩn đoán, chẩn đoán khả năng phẫu thuật,...
- Bồi phụ nước, điện giải.
- Đặt sonde dạ dày.
- Giải thích cho người bệnh và gia đình biết rõ bệnh và tình trạng toàn thân, về khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, do cơ địa của người bệnh. Giải đáp những khúc mắc của người bệnh về bệnh tật, về phẫu thuật trong phạm vi cho phép.

4. Hồ sơ bệnh án

Hoàn thành các thủ tục hành chính theo qui định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra lại chỉ định và cam kết đồng ý thực hiện thủ thuật.

2. Kiểm tra người bệnh

Tình trạng toàn thân

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Tư thế người bệnh và vị trí kẹp mổ

- Người bệnh nằm ngửa, nghiêng trái 30-45°.
- Phẫu thuật viên đứng bên trái người bệnh ngang mức rốn.
- Phụ mổ cầm camera đứng bên phải phẫu thuật viên, gần phía đầu người bệnh.
- Dụng cụ viên đứng bên trái phẫu thuật viên gần phía chân người bệnh.

3.2. Vị trí trocar

Đặt 3 trocar vào ổ bụng

- 1 trocar 5mm cách rốn 2cm về bên trái cho camera.
- 1 trocar 3 hoặc 5mm ở giữa rốn và bờ trên xương mu cho dụng cụ.
- 1 trocar 3 hoặc 5mm ở dưới sườn phải cho dụng cụ.

3.3. Áp lực bơm hơi

Duy trì từ 8-10 mm Hg với lưu lượng 3-4 l/phút tùy theo tuổi

3.4. Các thủ thuật

- Lăn theo rãnh đại tràng phải để tìm khối lồng.
- Dùng panh không chấn thương cặp ruột phía trên khối lồng, 1 panh khác cặp ruột ở phía dưới khối lồng kéo nhẹ để tháo đoạn ruột phía dưới khối đoạn ruột phía trên.
- Trong trường hợp khó khăn có thể dùng 1 panh nong rộng cổ khối lồng để tháo dễ dàng hơn.
- Sau khi tháo lồng xong có thể cắt ruột thừa và cố định manh tràng vào thành bụng cho các trường hợp lồng ruột tái phát có manh tràng di động.
- Trong các trường hợp lồng ruột tái phát cần kiểm tra tìm nguyên nhân để giải quyết: túi thừa Meckel, polype,... Các tổn thương này có thể giải quyết bằng cách kéo ra ngoài thành bụng qua đường rạch nhỏ tương ứng với vị trí có thương tổn.
- Một số trường hợp có thể thấy có một mạch máu và tổ chức mỡ kèm theo chạy ngang qua giữa hồi tràng và manh tràng. Có thể đây là điểm khởi phát của lồng ruột vì vậy cần phải cắt bỏ.
- Khi lồng ruột quá chặt không thể tháo hoặc tháo được nhưng ruột bị thủng: Mở bụng bằng một đường rạch nhỏ tương ứng vị trí khối lồng, đưa ruột ra ngoài và cắt nối ruột.

VI. THEO DÕI

- Nuôi ăn tĩnh mạch cho đến khi có trung tiện
- Kháng sinh phổ rộng dự phòng nhiễm trùng.

VII. BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ

Thủng ruột:

PHẪU THUẬT KASAI ĐIỀU TRỊ TEO MẬT

(Phương pháp nội soi)

I. ĐẠI CƯƠNG

- Teo mật (biliary atresia) là tình trạng xơ hóa tiếp diễn của đường mật trong và ngoài gan gây ra tắc mật ở trẻ sơ sinh. Tần suất tương đối thấp, gặp nhiều ở Châu Á khoảng 1/10000 trẻ sinh ra sống. Tỷ lệ nữ/nam khoảng 1,4 - 1,7. Có nhiều giả thuyết về nguyên nhân gây teo đường mật.

- Có 3 hình thái teo mật đánh giá qua biến đổi bệnh lý của đường mật ngoài gan (theo Hiệp hội phẫu thuật Nhi Nhật bản):

+ Type I: Teo đường mật ở mức ống mật chủ

+ Type II: Teo đường mật ở mức ống gan chung (Loại IIa. Chỉ teo ống gan chung, Loại IIb teo ống gan chung, ống mật chủ và ống túi mật)

+ Type III: Teo toàn bộ đường mật ngoài gan

- Trong đó type III là hay gặp nhất (90%) và có tiên lượng nặng nhất. Type I, II có tiên lượng tốt hơn do vẫn còn phần đường mật ngoài gan không bị teo xơ, có thể sử dụng để nối với ruột.

II. CHỈ ĐỊNH

Các người bệnh teo mật type III

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh đã suy gan mất bù: có dịch ổ bụng, tăng áp lực tĩnh mạch cửa với nhiều tuần hoàn bàng hệ rốn gan, rối loạn đông máu

IV. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

Hoàn thành bộ xét nghiệm cơ bản chuẩn bị mổ, các xét nghiệm chức năng gan, kiểm tra các xét nghiệm trong giới hạn cho phép. Không có viêm hô hấp cấp.

2. Người thực hiện

01 bác sĩ mổ chính, 2 bác sĩ phụ mổ, 01 dụng cụ viên

3. Phương tiện

- Dụng cụ nội soi
- + Dàn máy nội soi
- + Ống soi 30 độ có đường kính 10 mm, 1 trocar 10 mm và 2 trocar 5 mm
- + 2 pince nội soi và 1 móc đốt nội soi
- + Ống soi 0 độ với đường kính 10mm có 1 kênh là ống soi, 1 kênh để đưa dụng cụ vào

4. Hồ sơ bệnh án

Đã có hội chẩn mổ, có đầy đủ xét nghiệm cần thiết, có giấy cam đoan đồng ý phẫu thuật của gia đình người bệnh

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra lại chỉ định và cam kết đồng ý thực hiện thủ thuật.

2. Kiểm tra người bệnh

Tình trạng toàn thân

3. Thực hiện kỹ thuật

- Tư thế người bệnh trên bàn mổ: Nằm ngửa cuối bàn mổ, 2 chân dạng và được cố định thấp dưới mặt bàn mổ. Phẫu thuật viên đứng giữa 2 chân BN, người phụ cầm camera đứng bên phải phẫu thuật viên, dụng cụ viên đứng bên trái, màn hình đặt phía đầu của BN.

- Rạch rốn theo đường dọc giữa, đặt trocar 10 mm qua rốn, bơm khí áp lực 8-10mm Hg lưu lượng 2,5-3 l/phút, đặt thêm 2 trocar 3-5 mm hạ sườn phải và trái.

- Nội soi ổ bụng đánh giá túi mật và gan. Nếu túi mật teo nhỏ, trong lòng không có dịch mật: chẩn đoán teo mật. Nếu túi mật kích thước bình thường: đặt kim luồn (dùng kim chọc tủy sống số 18-20) qua da vào đáy túi mật, bơm dung dịch muối sinh lý kiểm tra. Nếu bơm thông: chụp đường mật trong mổ chẩn đoán. Khi kết quả X-quang loại trừ teo mật, sinh thiết gan, khâu lại các vết mổ.

- Khi chẩn đoán teo mật: đặt thêm trocar thứ 4 (3-5mm) ở thượng vị, phía trái gần mũi ức.

- Khâu chỉ 3.0 xuyên từ ngoài thành bụng vào trong khâu treo dây chằng tròn vào thành bụng, kéo gan lên trên.

- Phẫu tích cắt ống cổ túi mật. Khâu treo đáy túi mật vào thành bụng kéo thêm gan lên trên

- Phẫu tích bộc lộ di tích đường mật ngoài gan, bộc lộ các mạch máu rốn gan. Tách tĩnh mạch cửa sát rốn gan khỏi gan.

- Khâu chỉ 2.0 qua thành bụng kéo cuống mạch gan trái và phải (gồm động mạch gan và tĩnh mạch cửa) sang 2 bên. Nếu cần có thể phải đốt điện các mạch máu nhỏ đi vào gan hạ phân thùy IV.

- Bộc lộ rõ xơ rốn gan. Cắt xơ rốn gan, dùng kéo phẫu thuật. Hạn chế tối đa dùng dao điện cầm máu. Dùng vật liệu cầm máu đặt lên rốn gan sau cắt xơ để cầm máu.

- Tìm góc Treitz, đánh dấu chỗ hồng tràng sẽ cắt làm quai Roux-en-Y.

- Rạch rộng lên trên vết mổ rốn thêm 5-10mm. Đưa quai hồng tràng đã đánh dấu qua rốn ra ngoài ổ bụng, cắt nối hồng-hồng tràng tận-bên tạo quai Roux-en-Y 40 cm từ chỗ dự định nối rốn gan, khâu nối 2 lớp vắt, chỉ PDS 6.0. Khâu khe mạc treo. Đưa lại ruột vào ổ bụng. Khâu nhỏ lại vết mổ rốn cho vừa khít trocar 10mm.

- Nội soi ổ bụng, tạo đường hầm qua mạc treo đại tràng ngang lên phía rốn gan.

- Đưa quai Roux-en-Y mới tạo qua đường hầm này lên rốn gan.

- Mở hồng tràng quai Y, nối với rốn gan theo kiểu bên –tận 1 lớp khâu vắt hoặc mũi rời chỉ PDS 5.0.

- Khâu khe mạc treo đại tràng ngang.

- Cắt túi mật.

- Sinh thiết gan.

- Rửa ổ bụng. Đưa các bệnh phẩm ra ngoài ổ bụng

- Khâu lại các vết mổ. Không đặt dẫn lưu.

VI. THEO DÕI

- Trong mổ: các chức năng tuần hoàn, hô hấp, khí máu, chức năng đông máu

- Sau mổ: theo dõi phục hồi lưu thông tiêu hóa, màu phân (đánh giá tiết mật), xét nghiệm chức năng gan

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Tai biến trong mổ có thể gặp: chảy máu do tổn thương mạch máu cuống gan phải và trái khi phẫu tích. Xử trí bằng khâu lại vết thương mạch máu.

PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT RUỘT THỪA

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

IV. CHUẨN BỊ

- Nhân lực: 01 phẫu thuật viên chính, 01 phẫu thuật viên phụ, 01 điều dưỡng dụng cụ
- Xét nghiệm phục vụ chẩn đoán, phẫu thuật và gây mê đầy đủ.
- 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. Chuẩn bị

- Dụng cụ nội soi
- + Dàn máy nội soi
- + Ống soi 30 độ có đường kính 10 mm, 1 trocar 10 mm và 2 trocar 5 mm
- + 2 pince nội soi và 1 móc đốt nội soi
- + Ống soi 0 độ với đường kính 10mm có 1 kênh là ống soi, 1 kênh để đưa dụng cụ vào

4. Thực hiện kỹ thuật

4.1. Phương pháp nội soi dùng 01 trocar qua rốn

- Tư thế người bệnh: người bệnh nằm ngửa, có đặt sonde niệu đạo bàng quang.
- Tư thế phẫu thuật viên: đứng ở bên đối diện với màn hình nội soi.
- Tư thế phẫu thuật viên phụ: đứng ở bên đối diện phẫu thuật viên
- Dụng cụ viên: đứng bên trái phẫu thuật viên.
- + Đặt 1 trocar 10mm qua rốn
- + Dùng optic 2 kênh 0 độ, đưa panh kéo manh tràng lên trên để kiểm tra ruột thừa
- + Kẹp đưa ruột thừa ra ngoài thành bụng qua lỗ trocar rốn
- + Xử lý mạc treo ruột thừa: có thể đốt điện, khâu buộc hoặc clip
- + Xử trí gốc ruột thừa: buộc gốc ruột thừa bằng chỉ có thông lọng chuẩn bị sẵn hoặc buộc bằng hai panh. Có thể kẹp bằng clip.
- + Soi lại ổ bụng kiểm tra Meckel
- + Đóng lỗ trocar rốn

4.2. Phương pháp nội soi dùng 03 trocar

- Tư thế người bệnh: người bệnh nằm ngửa, có đặt sonde niệu đạo bàng quang.
- Tư thế phẫu thuật viên: đứng ở bên đối diện với màn hình nội soi.

- Tư thế phẫu thuật viên phụ: đứng cùng bên phẫu thuật viên
- Dụng cụ viên: đứng bên trái phẫu thuật viên.
- + Đặt 03 trocar: 1 qua rốn cho ống soi, 1 ở mạn sườn phải và 1 ở hố chậu trái cho dụng cụ nội soi.
- + Áp lực bơm hơi 8-10mmHg
- + Kéo manh tràng lên trên tìm ruột thừa
- + Xử trí mạc treo ruột thừa: có thể đốt điện, kẹp clip hoặc thắt buộc bằng panh nội soi
- + Xử trí gốc ruột thừa: buộc gốc ruột thừa bằng chỉ có thông lộng chuẩn bị sẵn hoặc buộc bằng hai panh. Có thể kẹp bằng clip
- + Đưa ruột thừa vào túi nilon nội soi, lấy qua lỗ trocar rốn
- + Soi lại ổ bụng kiểm tra Meckel
- + Đóng các lỗ trocar

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

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

PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U NANG BUỒNG TRỨNG

I. ĐẠI CƯƠNG

- U nang buồng trứng là loại khối u thường gặp nhất, chiếm tỉ lệ 3.6% các bệnh phụ khoa.
- Bệnh phát triển âm thầm, lặng lẽ, có thời gian im lặng kéo dài nhưng khi chuyển sang ác tính thì tiến triển rất nhanh.

II. CHỈ ĐỊNH

- U nang có kích thước lớn.
- U nang không nhỏ đi hoặc không biến mất trong quá trình theo dõi 2-3 tháng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Rối loạn đông máu
- Khối u dính nhiều, phẫu thuật ổ bụng nhiều lần.
- Các bệnh nội khoa và các trường hợp có CHỐNG CHỈ ĐỊNH mổ nội soi.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Có chứng chỉ hành nghề là Phẫu thuật viên Nhi khoa và có kinh nghiệm trong lĩnh vực phẫu thuật nội soi.

2. Phương tiện

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

3. Người bệnh

- Làm đủ các xét nghiệm chẩn đoán, chẩn đoán khả năng phẫu thuật,...
- Ngay trước mổ: kháng sinh dự phòng phổ rộng.
- Thụt tháo sạch phân.
- Đặt sonde tiểu.
- Nén mổ sau khi sạch kinh khoảng 1 tuần (đối với người bệnh đã có kinh nguyệt).
- Giải thích cho người bệnh và gia đình biết rõ bệnh và tình trạng toàn thân, về khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, do cơ địa của người bệnh. Giải đáp những khúc mắc của người bệnh về bệnh tật, về phẫu thuật trong phạm vi cho phép.

4. Hồ sơ bệnh án

Hoàn thành các thủ tục hành chính theo qui định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra lại chỉ định và cam kết đồng ý thực hiện thủ thuật.

2. Kiểm tra người bệnh

Tình trạng toàn thân

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Tư thế người bệnh và vị trí kẹp mổ

Người bệnh nằm dọc theo bàn gây mê, phẫu thuật viên đứng ở phía bên đối diện bên có u nang buồng trứng, người phụ cầm camera đứng ở bên phải của phẫu thuật viên. Màn hình đặt ở phía đối diện phẫu thuật viên.

3.2. Vị trí trocar

Đặt 3 trocar vào ổ bụng:

- Trocar 1: qua rốn (10mm) để đưa camera và lấy khối u buồng trứng ra ngoài.
- Trocar 2 (nếu cần): hạ sườn bên có u (3-5mm).
- Trocar 3 (nếu cần): hố chậu bên đối diện (3-5mm).

3.3. Áp lực bơm hơi

Duy trì từ 8-12 mm Hg với lưu lượng 3-4l/phút tùy theo tuổi

3.4. Các thì phẫu thuật

- Đưa camera vào ổ bụng quan sát mức độ di động và dính với các tạng xung quanh.
- Nếu u to có thể hút dịch trong u làm nhỏ u.
- Phẫu tích, bóc tách u khỏi vỏ khối u, buồng trứng, xem xét bảo tồn buồng trứng.
- Kiểm tra xem có chảy máu không, kiểm tra bên đối diện và các tạng xung quanh.
- Lấy bệnh phẩm qua túi nội soi và gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh.
- Trong trường hợp người bệnh nhỏ, khoảng cách u nang buồng trứng tới rốn k quá lớn, khối u di động: Có thể dùng 1 trocar qua rốn kéo u ra lỗ rốn, hút dịch trong u làm nhỏ u, mở nhỏ rốn đưa u nang buồng trứng ra ngoài phẫu tích, cắt u nang ngoài ổ bụng.

VI. THEO DÕI

- Nuôi ăn tĩnh mạch cho đến khi có trung tiện.
- Kháng sinh phổ rộng dự phòng nhiễm trùng.

VII. BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu trong mổ: Xử trí bằng nội soi, nếu không được phải chuyển mổ mở.
- Tổn thương các tạng xung quanh: xử trí tùy tình huống cụ thể.

ĐIỆN CHÂM ĐIỀU TRỊ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CHO TRẺ BẠI LIỆT

I. ĐẠI CƯƠNG

Bại liệt là người bệnh nhiễm trùng cấp tính, có tính chất lây lan theo đường tiêu hoá, do virus bại liệt gây ra. Virus có ái tính đặc biệt với tế bào thần kinh vận động ở sừng trước tủy xám. Đặc điểm tổn thương là liệt mềm ở một cơ hoặc một nhóm cơ.

II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh được chẩn đoán là di chứng bại liệt với đặc điểm ở giai đoạn cấp là liệt đột ngột, gốc chi nhiều hơn ngọn chi, liệt mềm, không đồng đều, không đối xứng, không rối loạn cảm giác, tri thức bình thường. Xét nghiệm huyết thanh phân lập virus dương tính, điện cơ thấy mất hoặc giảm tốc độ dẫn truyền thần kinh của dây thần kinh bị tổn thương.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh di chứng bại liệt đang bị nhiễm khuẩn cấp tính ỉa chảy, viêm phổi....

IV. CHUẨN BỊ

1 Người thực hiện

Bác sỹ, Y sỹ được đào tạo về chuyên ngành Y học cổ truyền được cấp chứng chỉ hành nghề theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh.

2. Phương tiện

- Kim châm cứu vô khuẩn, dài từ 5 - 10 cm, dùng riêng cho từng trẻ
- Máy điện châm hai tần số bổ, tả.
- Khay men, bông, cồn 70°, kẹp có mẫu.

3. Người bệnh

- Được khám và làm hồ sơ bệnh án theo quy định
- Tư thế thoải mái, bộc lộ vùng huyết châm.

4. Hồ sơ bệnh án

Hoàn thành các thủ tục hành chính theo qui định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Phác đồ huyết

- Châm tả các huyết
 - + Kiên tĩnh + Kiên ngưng + Kiên liêu + Kiên trình
 - + Khúc trì + Thủ tam lý + Hợp cốc + Phục thỏ
 - + Giải Khê + Trật biên + Hoàn khiêu + Dương lăng tuyền
 - + Thừa sơn + Giáp tích L1–L5
- Châm bổ các huyết
 - + Thận du + Thái xung + Tam âm giao
 - + Huyết hải + Túc tam lý.

3.2. Thủ thuật

- Bước 1: Xác định và sát trùng da vùng huyết
- Bước 2: Châm kim vào huyết theo các thì sau
 - + Thì 1: Tay trái dùng ngón tay cái và ngón trỏ ấn, căng da vùng huyết; Tay phải châm kim nhanh qua da vùng huyết.

+ Thì 2: Đẩy kim từ từ tới huyết, kích thích kim cho đến khi đạt “Đắc khí” (người bệnh có cảm giác căng, tức, nặng vừa phải, không đau ở vùng huyết vừa châm kim, thấy thuốc cảm giác kim mút chặt tại vị trí huyết).

- Bước 3. Kích thích huyết bằng máy điện châm

+ Nối cặp dây của máy điện châm với kim đã châm vào huyết theo tần số bổ- tả của máy điện châm

+ Tần số (đặt tần số cố định): Tần số tả từ 5 - 10Hz, Tần số bổ từ 1 - 3Hz.

+ Cường độ nâng dần cường độ từ 0 đến 150 microAmpe (tùy theo mức chịu đựng của người bệnh).

+ Thời gian 20- 30 phút cho một lần điện châm.

- Bước 4. Rút kim, sát khuẩn da vùng huyết vừa châm.

3.3. Liệu trình điều trị

- Điện châm ngày 1 lần

- Một liệu trình điều trị từ 15 - 20 lần điện châm.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi: Toàn trạng

- Vùng châm:

Triệu chứng: Người bệnh hoa mắt, chóng mặt, vã mồ hôi, mạch nhanh, sắc mặt nhợt nhạt.

- Xử trí: Tắt máy điện châm, rút kim ngay, lau mồ hôi, ủ ấm, uống nước đường nóng, nằm nghỉ tại chỗ. Day bấm các huyết Thái dương, Nội quan.

- Theo dõi mạch, huyết áp.

- Chảy máu khi rút kim: Dùng bông khô vô khuẩn ép tại chỗ, không day.

ĐIỆN CHÂM ĐIỀU TRỊ LIỆT CHI TRÊN

I. ĐẠI CƯƠNG

- Theo Y học hiện đại: Liệt chi trên do rất nhiều nguyên nhân gây ra, tùy theo vị trí mức độ thương tổn hệ thần kinh mà người bệnh có biểu mất hay giảm vận động hữu ý chi trên có hay không teo cơ.

- Theo Y học cổ truyền: Bệnh trong phạm vi chứng Nuy, Ma mục. Do phong thấp tà thừa cơ tẩu lý sơ hở xâm nhập vào kinh mạch ở chi trên làm cho vận hành kinh mạch tắc trở. Mặt khác tỳ chủ cơ nhục, tỳ chủ tứ chi khi tỳ hư, khí huyết trệ gây bệnh .

II. CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý đột sống cổ
- Tai biến mạch máu não
- Di chứng viêm não, viêm màng não
- Viêm đa dây đa rễ thần kinh, liệt sau zona
- Sau chấn thương đám rối thần kinh cánh tay
- Bệnh dây thần kinh do đái tháo đường

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Liệt chi trên do bệnh lý có chỉ định điều trị ngoại khoa: ép tuỷ, u não, u tuỷ, ống sáo tuỷ ..)
- Bệnh lý thần kinh giai đoạn cấp đang tiến triển
- Viêm nhiễm đặc hiệu (Phong, Lao, Giang mai, HIV)

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sỹ, Y sỹ được đào tạo về chuyên ngành Y học cổ truyền được cấp chứng chỉ hành nghề theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh.

2. Phương tiện

- Kim châm cứu vô khuẩn, dài từ 5 - 10 cm, dùng riêng cho từng người
- Máy điện châm hai tần số bổ, tả.
- Khay men, bông, cồn 70°, kẹp có mẫu.

3. Người bệnh

- Được khám và làm hồ sơ bệnh án theo quy định
- Tư thế người bệnh ngồi hoặc nằm nghiêng bên liệt lên trên

4. Hồ sơ bệnh án

Hoàn thành các thủ tục hành chính theo qui định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Phác đồ huyết

- Châm tả các huyết
 - + Kiên ngưng + Thủ tam lý + Kiên trinh + Đại chùy
 - + Khúc trì + Hợp cốc + Kiên tĩnh + Kiên trung du
 - + Ngoại quan + Bát tà + Giáp tích C4-C7
- Châm bổ huyết: Tam âm giao

3.2. Thủ thuật

- Bước 1: Xác định và sát trùng da vùng huyết
- Bước 2: Châm kim vào huyết theo các thì sau
 - + Thì 1: Tay trái dùng ngón tay cái và ngón trỏ ấn, căng da vùng huyết; Tay phải châm kim nhanh qua da vùng huyết.
 - + Thì 2: Đẩy kim từ từ tới huyết, kích thích kim cho đến khi đạt “Đắc khí” (người bệnh có cảm giác căng, tức, nặng vừa phải, không đau ở vùng huyết vừa châm kim, thầy thuốc cảm giác kim mút chặt tại vị trí huyết).
- Bước 3: Kích thích huyết bằng máy điện châm
 - + Nối cặp dây của máy điện châm với kim đã châm vào huyết theo tần số bổ- tả của máy điện châm
 - + Tần số (đặt tần số cố định): Tần số tả từ 5 - 10Hz, Tần số bổ từ 1 - 3Hz.
 - + Cường độ tăng dần cường độ từ 0 đến 150 microAmpe (tuỳ theo mức chịu đựng của người bệnh).
 - + Thời gian 20- 30 phút cho một lần điện châm.
- Bước 4. Rút kim, sát khuẩn da vùng huyết vừa châm.
- Liệu trình điều trị
 - + Điện châm ngày một lần
 - + Một liệu trình điều trị từ 15 - 20 lần

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Vụng châm
 - + Triệu chứng: Người bệnh hoa mắt, chóng mặt, vã mồ hôi, mạch nhanh, sắc mặt nhợt nhạt.
 - + Xử trí: Tắt máy điện châm, rút kim ngay, lau mồ hôi, ủ ấm, uống nước đường nóng, nằm nghỉ tại chỗ. Day bấm các huyết Thái dương, Nội quan.
- Theo dõi mạch, huyết áp.
- Chảy máu khi rút kim: Dùng bông khô vô khuẩn ép tại chỗ, không day.

ĐIỀN CHÂM ĐIỀU TRI CHÂM PHÁT TRIỂN TRÍ TUỆ Ở TRẺ BẠI NÃO

I. ĐẠI CƯƠNG

Bại não là tổn thương não không tiến triển xảy ra vào giai đoạn trước khi sinh, trong khi sinh và sau khi sinh đến 5 tuổi. Biểu hiện bằng các rối loạn về vận động, trí tuệ, giác quan và hành vi.

II. CHỈ ĐỊNH

Trẻ được chẩn đoán là bại não với tổn thương trí tuệ ở các mức độ khác nhau.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Trẻ bại não đang mắc các bệnh cấp tính khác như hô hấp, tiêu hóa.
- Trẻ bại não có đông kinh mà hiện tại chưa khống chế được cơn.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sỹ, Y sỹ được đào tạo về chuyên ngành Y học cổ truyền được cấp chứng chỉ hành nghề theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh.

2. Phương tiện

- Kim châm cứu vô khuẩn, dài từ 5 - 10 cm, dùng riêng cho từng người.
- Máy điện châm hai tần số bổ, tả.
- Khay men, bông, cồn 70°, kẹp có mẫu.

3. Người bệnh

- Được khám và làm hồ sơ bệnh án theo quy định
- Tư thế thoải mái, bộc lộ vùng huyết châm.

4. Hồ sơ bệnh án

Hoàn thành các thủ tục hành chính theo qui định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Phác đồ huyết

- Châm tả các huyết

+ Bách hội + Phong trì + Thái dương + Suất cốc

+ Ân đường + Hợp Cốc + Nội quan + Giản sử

+ Thần môn

- Châm bổ ²các huyết

+ Tam âm giao + Thân du + Thái xung

3.2. Thủ thuật

- Bước 1: Xác định và sát trùng da vùng huyết
- Bước 2: Châm kim vào huyết theo các thì sau

+ Thì 1: Tay trái dùng ngón tay cái và ngón trỏ ấn, căng da vùng huyết; Tay phải châm kim nhanh qua da vùng huyết.

+ **Thì 2:** Đẩy kim từ từ tới huyết, kích thích kim cho đến khi đạt “Đắc khí” (người bệnh có cảm giác căng, tức, nặng vừa phải, không đau ở vùng huyết vừa châm kim, thầy thuốc cảm giác kim mút chặt tại vị trí huyết).

- Bước 3. Kích thích huyết bằng máy điện châm
 - + Nối cặp dây của máy điện châm với kim đã châm vào huyết theo tần số bổ- tả của máy điện châm
 - + Tần số (đặt tần số cố định) Tần số tả từ 5 - 10Hz, Tần số bổ từ 1 - 3Hz.
 - + Cường độ nâng dần cường độ từ 0 đến 150 microAmpe (tùy theo mức chịu đựng của người bệnh).
 - + Thời gian 20- 30 phút cho một lần điện châm.
- Bước 4. Rút kim, sát khuẩn da vùng huyết vừa châm.
- Liệu trình điều trị
 - + Điện châm ngày một lần
 - + Một liệu trình điều trị từ 15 - 20 lần điện châm.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi toàn trạng

2. Xử trí tai biến

- Vùng châm
 - + Triệu chứng: Người bệnh hoa mắt, chóng mặt, vã mồ hôi, mạch nhanh, sắc mặt nhợt nhạt.
 - + Xử trí: Tắt máy điện châm, rút kim ngay, lau mồ hôi, ủ ấm, uống nước chè đường nóng, nằm nghỉ tại chỗ. Day bấm các huyết: Thái dương, Nội quan.
 - + Theo dõi mạch, huyết áp.
 - Chảy máu khi rút kim: Dùng bông khô vô khuẩn ép tại chỗ, không day.

DIỆN CHÂM HỖ TRỢ ĐIỀU TRỊ BỆNH TỰ KỶ Ở TRẺ EM

I. ĐẠI CƯƠNG

Tự kỷ là một dạng bệnh trong nhóm rối loạn phát triển lan tỏa ảnh hưởng đến nhiều mặt của sự phát triển nhưng nhiều nhất là về kỹ năng giao tiếp, quan hệ xã hội và các hành vi bất thường.

II. CHỈ ĐỊNH

Trẻ được chẩn đoán là tự kỷ theo tiêu chuẩn DSM_IV

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Trẻ mắc chứng tự kỷ đang bị các bệnh nhiễm khuẩn cấp tính.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sỹ, Y sỹ được đào tạo về chuyên ngành Y học cổ truyền được cấp chứng chỉ hành nghề theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh.

2. Phương tiện

- Kim châm cứu vô khuẩn, dài từ 5 - 10 cm, dùng riêng cho từng người
- Máy điện châm hai tần số bổ, tả.
- Khay men, bông, cồn 70°, kẹp có máu.

3. Người bệnh

- Được khám và làm hồ sơ bệnh án theo quy định
- Tư thế thoải mái, bộc lộ vùng huyết châm.

4. Hồ sơ bệnh án

Hoàn thành các thủ tục hành chính theo qui định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Phác đồ huyết

- Châm tả các huyết
 - + Bách hội + Phong trì + Thái dương + Thượng tinh
 - + Ấn đường + Hợp cốc + Nội quan
 - + Thần môn + Phong phủ
- Châm bổ các huyết
 - + Thái xung + Thái khê + Thận du + Tam âm giao
 - + Thủ thuật
- Bước 1: Xác định và sát trùng da vùng huyết

3.2. Châm kim vào huyết theo các thì sau

+ Thì 1: Tay trái dùng ngón tay cái và ngón trỏ ấn, căng da vùng huyết; Tay phải châm kim nhanh qua da vùng huyết.

+ Thì 2: Đẩy kim từ từ tới huyết, kích thích kim cho đến khi đạt “Đắc khí” (người bệnh có cảm giác căng, tức, nặng vừa phải, không đau ở vùng huyết vừa châm kim, thầy thuốc cảm giác kim mút chặt tại vị trí huyết).

+ Bước 3. Kích thích huyết bằng máy điện châm

. Nối cặp dây của máy điện châm với kim đã châm vào huyết theo tần số bổ- tả của máy điện châm

. Tần số (đặt tần số cố định) Tần số tả từ 5 - 10Hz, Tần số bổ từ 1 - 3Hz.

. Cường độ nâng dần cường độ từ 0 đến 150 microAmpe (tuỳ theo mức chịu đựng của trẻ).

+ Thời gian 20- 30 phút cho một lần điện châm.

- Bước 4. Rút kim, sát khuẩn da vùng huyết vừa châm.

- Liệu trình điều trị

+ Điện châm ngày 1 lần .

+ Một liệu trình điều trị từ 15-20 lần điện châm.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi toàn trạng

2. Xử trí tai biến

- Vụng châm

+ Triệu chứng: Người bệnh hoa mắt, chóng mặt, vã mồ hôi, mạch nhanh, sắc mặt nhợt nhạt.

+ Xử trí: Tắt máy điện châm, rút kim ngay, lau mồ hôi, ủ ấm, uống nước đường nóng, nằm nghỉ tại chỗ. Day bấm các huyết Thái dương, Nội quan. Theo dõi mạch, huyết áp.

- Chảy máu khi rút kim dùng bông khô vô khuẩn ép tại chỗ, không day.

DIỆN CHÂM ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG NGOẠI THÁP

I. ĐẠI CƯƠNG

Theo Y học hiện đại: Hội chứng ngoại tháp do các nguyên nhân gây tổn thương nhân xám dưới vỏ (xơ vữa mạch, viêm não, chấn thương não, ngộ độc, u não ...) có thể gặp ở mọi lứa tuổi. Ở người bệnh thường gặp do di chứng viêm não, chấn thương sọ não... Các triệu chứng thường gặp: Tăng trương lực cơ, run, rối loạn tư thế, dáng đi, động tác chậm chạp, mất các động tác tự động ...

- Theo Y học cổ truyền thuộc chứng Ma mục; Căn nguyên do Can huyết hư, Thận âm suy yếu, Can phong nội động.

II. CHỈ ĐỊNH

Hội chứng ngoại tháp không do căn nguyên có chỉ định ngoại khoa

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Hội chứng ngoại tháp có bệnh cấp tính đi kèm.
- Hội chứng ngoại tháp trên người bệnh u não.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sỹ, Y sỹ được đào tạo về chuyên ngành Y học cổ truyền được cấp chứng chỉ hành nghề theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh.

2. Phương tiện

- Kim châm cứu vô khuẩn, dài từ 5 - 10 cm, dùng riêng cho từng bệnh nhi.
- Máy điện châm hai tần số bổ, tả.
- Khay men, bông, cồn 70⁰, kẹp có máu.

3. Người bệnh

- Được khám và làm hồ sơ bệnh án theo quy định
- Tư thế người bệnh nằm ngửa hoặc sấp.

4. Hồ sơ bệnh án

Hoàn thành các thủ tục hành chính theo qui định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Phác đồ huyết

- Châm tả các huyết
 - + Bách hội + Đại chùy + Khúc trì
 - + Thái dương + Dương lăng tuyền + Ngoại quan
 - + Phong trì + Thái xung + Hợp cốc
- Châm bổ các huyết
 - + Thận du + Huyết hải + Thái Khê + Khí hải
 - + Quan nguyên + Tam âm giao + Túc tam lý

3.2. Thủ thuật

- Bước 1: Xác định và sát trùng da vùng huyết
- Bước 2: Châm kim vào huyết theo các thì sau

+ Thì 1: Tay trái dùng ngón tay cái và ngón trỏ ấn, căng da vùng huyết; Tay phải châm kim nhanh qua da vùng huyết.

+ Thì 2: Đẩy kim từ từ tới huyết, kích thích kim cho đến khi đạt “Đắc khí” (người bệnh có cảm giác căng, tức, nặng vừa phải, không đau ở vùng huyết vừa châm kim, thấy thuốc cảm giác kim mút chặt tại vị trí huyết).

- Bước 3. Kích thích huyết bằng máy điện châm

+ Nối cặp dây của máy điện châm với kim đã châm vào huyết theo tần số bổ- tả của máy điện châm

+ Tần số (đặt tần số cố định) Tần số tả từ 5 - 10Hz, Tần số bổ từ 1 - 3Hz.

+ Cường độ nâng dần cường độ từ 0 đến 150 microAmpe (tùy theo mức chịu đựng của người bệnh).

+ Thời gian 20- 30 phút cho một lần điện châm.

- Bước 4. Rút kim, sát khuẩn da vùng huyết vừa châm.

- Liệu trình điều trị

+ Điện châm ngày một lần

+ Một liệu trình điều trị từ 15- 20 lần điện châm.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi toàn trạng

2. Xử trí tai biến

- Vụng châm

+ Triệu chứng: Người bệnh hoa mắt, chóng mặt, vã mồ hôi, mạch nhanh, sắc mặt nhợt nhạt.

+ Xử trí: Tắt máy điện châm, rút kim ngay, lau mồ hôi, ủ ấm, uống nước đường nóng, nằm nghỉ tại chỗ. Day bấm các huyết Thái dương, Nội quan.

- Theo dõi mạch, huyết áp.

- Chảy máu khi rút kim : Dùng bông khô vô khuẩn ép tại chỗ, không day.

DIỆN CHÂM ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN TIỂU TIỆN

I. ĐẠI CƯƠNG

- Rối loạn tiểu tiện là một danh từ chỉ cách tiểu tiện không bình thường, biểu hiện dưới nhiều dạng khác nhau. Rối loạn tiểu tiện bao gồm tiểu dắt, tiểu buốt, tiểu không chủ động hay còn gọi là đái rỉ, tiểu vội, tiểu gấp, tiểu khó, bí tiểu..... . Trẻ bị rối loạn tiểu tiện thường mất ăn mất ngủ. Nếu hiện tượng này kéo dài sẽ gây nhiều phiền phức, ảnh hưởng đến hệ tiết niệu, sút cân, suy giảm thể lực...

- Theo y học cổ truyền, chức năng tiểu tiện trong cơ thể chủ yếu do hai cơ quan là thận và bàng quang đảm nhiệm. Thận chủ thủy quản lý sự đóng mở, bàng quang chủ chứa nước tiểu nên rối loạn tiểu tiện là do dương khí suy yếu gây nên.

II. CHỈ ĐỊNH

Bệnh nhi mắc rối loạn tiểu tiện cơ năng

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Bệnh nhi mắc rối loạn tiểu tiện do nguyên nhân bệnh thực thể, viêm nhiễm....

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sỹ, Y sỹ được đào tạo về chuyên ngành Y học cổ truyền được cấp chứng chỉ hành nghề theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh.

2. Phương tiện

- Kim châm cứu vô khuẩn, dài từ 5 - 10 cm, dùng riêng cho từng người
- Máy điện châm hai tần số bổ, tả.
- Khay men, bông, cồn 70°, kẹp có máu.

3. Người bệnh

- Được khám và làm hồ sơ bệnh án theo quy định
- Tư thế người bệnh nằm ngửa

4. Hồ sơ bệnh án

Hoàn thành các thủ tục hành chính theo qui định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

Phác đồ huyết

3.1. Châm tả các huyết

- | | | |
|------------|-------------|------------|
| + Khúc cốt | + Trung cực | + Quy lai |
| + Côn lân | + Nội quan | + Thần môn |

3.2. Thủ thuật

- Bước 1: Xác định và sát trùng da vùng huyết
- Bước 2: Châm kim vào huyết theo các thì sau
 - Thì 1: Tay trái dùng ngón tay cái và ngón trỏ ấn, căng da vùng huyết; Tay phải châm kim nhanh qua da vùng huyết.
 - Thì 2: Đẩy kim từ từ tới huyết, kích thích kim cho đến khi đạt “Đắc khí” (người bệnh có cảm giác căng, tức, nặng vừa phải, không đau ở vùng huyết vừa châm kim, thầy thuốc cảm giác kim mút chặt tại vị trí huyết).
 - Bước 3. Kích thích huyết bằng máy điện châm

+ Nối cặp dây của máy điện châm với kim đã châm vào huyết theo tần số bổ- tả của máy điện châm

+ Tần số (đặt tần số cố định) Tần số tả từ 5 - 10Hz, Tần số bổ từ 1 - 3Hz.

+ Cường độ nâng dần cường độ từ 0 đến 150 microAmpe (tuỳ theo mức chịu đựng của người bệnh).

+ Thời gian 20- 30 phút cho một lần điện châm.

- Bước 4. Rút kim, sát khuẩn da vùng huyết vừa châm.

- Liệu trình điều trị

- Điện châm ngày một lần

- Liệu trình 15- 20 ngày.

- Kết hợp với điều trị nguyên nhân cho đến khi bệnh ổn định

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Theo dõi toàn trạng

- Vùng châm

+ Triệu chứng: Người bệnh hoa mắt, chóng mặt, vã mồ hôi, mạch nhanh, sắc mặt nhợt nhạt.

+ Xử trí: Tắt máy điện châm, rút kim ngay, lau mồ hôi, ủ ấm, uống nước chè đường nóng, nằm nghỉ tại chỗ. Day bấm các huyết Thái dương, Nội quan.

- Theo dõi mạch, huyết áp.

- Chảy máu khi rút kim: Dùng bông khô vô khuẩn ép tại chỗ, không day.

CHÚ Ý: Cần loại trừ các nguyên nhân và yếu tố nguy cơ gây bệnh.

DIỆN CHÂM ĐIỀU TRỊ BÍ ĐÁI CƠ NĂNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Bí đái là không thể đái được khi bàng quang chứa đầy nước tiểu, nếu bí đái kéo dài, nước tiểu ở bàng quang sẽ đi ngược lên bể thận đem theo vi khuẩn và gây viêm thận ngược dòng rất nguy hiểm. Bí đái do nhiều nguyên nhân gây ra như dị vật ở bàng quang, chấn thương cơ năng sau mổ vùng tiểu khung, cột sống, ung thư bàng quang, hẹp niệu đạo, u xơ tiền liệt tuyến, tổn thương thần kinh trung ương....

II. CHỈ ĐỊNH

1. Người thực hiện

Bác sỹ, Y sỹ được đào tạo về chuyên ngành Y học cổ truyền được cấp chứng chỉ hành nghề theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh.

2. Phương tiện

- Kim châm cứu vô khuẩn, dài từ 5 - 10 cm, dùng riêng cho từng người
- Máy điện châm hai tần số bổ, tả.
- Khay men, bông, cồn 70°, kẹp có mẫu.

3. Người bệnh

- Được khám và làm hồ sơ bệnh án theo quy định
- Tư thế người bệnh nằm ngửa

4. Hồ sơ bệnh án

Hoàn thành các thủ tục hành chính theo qui định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Phác đồ huyết

- | | | |
|---------------------|--------------|-----------|
| - Châm tả các huyết | | |
| - Khúc cốt | - Trung cực | - Lan môn |
| - Trật biên | - Bàng quang | - Côn lôn |
| - Quan Nguyên | - Khí hải | |

3.2. Thủ thuật

- Bước 1: Xác định và sát trùng da vùng huyết
- Bước 2: Châm kim vào huyết theo các thì sau
 - + Thì 1: Tay trái dùng ngón tay cái và ngón trỏ ấn, căng da vùng huyết; Tay phải châm kim nhanh qua da vùng huyết.
 - + Thì 2: Đẩy kim từ từ tới huyết, kích thích kim cho đến khi đạt “Đắc khí” (người bệnh có cảm giác căng, tức, nặng vừa phải, không đau ở vùng huyết vừa châm kim, thầy thuốc cảm giác kim mút chặt tại vị trí huyết).
 - Bước 3. Kích thích huyết bằng máy điện châm
 - + Nối cặp dây của máy điện châm với kim đã châm vào huyết theo tần số bổ- tả của máy điện châm
 - + Tần số (đặt tần số cố định) Tần số tả từ 5 - 10Hz, Tần số bổ từ 1 - 3Hz.
 - + Cường độ nâng dần cường độ từ 0 đến 150 microAmpe (tuỳ theo mức chịu đựng của người bệnh).
 - + Thời gian 20- 30 phút cho một lần điện châm.
 - Bước 4. Rút kim, sát khuẩn da vùng huyết vừa châm.
- Liệu trình điều trị
- Điện châm ngày một lần
- Liệu trình 15- 20 ngày.

- Kết hợp với điều trị nguyên nhân cho đến khi bệnh ổn định

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi toàn trạng

2. Xử trí tai biến

- Vụng châm
- + Triệu chứng: Người bệnh hoa mắt, chóng mặt, vã mồ hôi, mạch nhanh, sắc mặt nhợt nhạt.
- + Xử trí: Tắt máy điện châm, rút kim ngay, lau mồ hôi, ủ ấm, uống nước chè đường nóng, nằm nghỉ tại chỗ. Day bấm các huyệt Thái dương, Nội quan.
- Theo dõi mạch, huyết áp.
- Chảy máu khi rút kim: Dùng bông khô vô khuẩn ép tại chỗ, không day.
- Nếu châm không kết quả thì chuyển điều trị ngoại khoa mở thông bàng quang

ĐIỀN CHÂM ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN THẦN KINH THỰC VẬT

I. ĐẠI CƯƠNG

Thần kinh thực vật bao gồm thần kinh giao cảm, phó giao cảm. Khi bị rối loạn rối loạn có các triệu chứng hồi hộp, vã mồ hôi, rối loạn nhịp tim, HA có thể thay đổi, mệt mỏi. Thường do các nguyên nhân căng thẳng tâm lý kéo dài, làm việc quá sức,...Y học cổ truyền cho rằng do các nguyên nhân bên trong (thất tình), liên quan đến chức năng của các tạng Tâm, Can, Thận.

II. CHỈ ĐỊNH

Rối loạn thần kinh thực vật do mọi nguyên nhân .

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh rối loạn thần kinh thực vật trong giai đoạn cấp cứu.
- Suy tim nặng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sỹ, Y sỹ được đào tạo về chuyên ngành Y học cổ truyền được cấp chứng chỉ hành nghề theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh.

2. Phương tiện

- Kim châm cứu vô khuẩn, dài từ 5 - 10 cm, dùng riêng cho từng người.
- Máy điện châm hai tần số bổ, tả.
- Khay men, bông, cồn 70°, kẹp có mẫu.

3. Người bệnh

- Được khám và làm hồ sơ bệnh án theo quy định
- Tư thế người bệnh nằm ngửa hoặc ngồi.

4. Hồ sơ bệnh án

Hoàn thành các thủ tục hành chính theo qui định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Phác đồ huyết

- Châm tả các huyết
- Bách hội
- Ấn đường
- Thái xung
- Châm bổ huyết: Túc tam lý (trong trường hợp có trạng thái hư)
- Nội quan
- Thần môn
- Túc tam lý
- Thái dương

3.2. Thủ thuật

- Bước 1: Xác định và sát trùng da vùng huyết
- Bước 2: Châm kim vào huyết theo các thì sau

+ Thì 1: Tay trái dùng ngón tay cái và ngón trỏ ấn, căng da vùng huyết; Tay phải châm kim nhanh qua da vùng huyết.

+ Thi 2: Đẩy kim từ từ tới huyết, kích thích kim cho đến khi đạt “Đắc khí” (người bệnh có cảm giác căng, tức, nặng vừa phải, không đau ở vùng huyết vừa châm kim, thầy thuốc cảm giác kim mút chặt tại vị trí huyết).

- Bước 3. Kích thích huyết bằng máy điện châm
- + Nối cặp dây của máy điện châm với kim đã châm vào huyết theo tần số bổ- tả của máy điện châm
- + Tần số (đặt tần số cố định) Tần số tả từ 5 - 10Hz, Tần số bổ từ 1 - 3Hz.
- + Cường độ nâng dần cường độ từ 0 đến 150 microAmpe (tùy theo mức chịu đựng của người bệnh).
- + Thời gian 20- 30 phút cho một lần điện châm.
- Bước 4. Rút kim, sát khuẩn da vùng huyết vừa châm.
- Liệu trình điều trị
- Điện châm ngày một lần
- Một liệu trình điều trị từ 15 - 20 lần điện châm.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi toàn trạng

2. Xử trí tai biến

- Vụng châm
- + Triệu chứng: Người bệnh hoa mắt, chóng mặt, vã mồ hôi, mạch nhanh, sắc mặt nhợt nhạt.
- + Xử trí: Tắt máy điện châm, rút kim ngay, lau mồ hôi, ủ ấm, uống nước đường nóng, nằm nghỉ tại chỗ. Day bấm các huyết Thái dương, Nội quan.
- Theo dõi mạch, huyết áp.
- Chảy máu khi rút kim: Dùng bông khô vô khuẩn ép tại chỗ, không day.

ĐIỆN CHÂM ĐIỀU TRỊ LIỆT TỬ CHI DO CHẤN THƯƠNG CỘT SỐNG

I. ĐẠI CƯƠNG

- Chấn thương cột sống cổ thường gặp trong tai nạn giao thông, lao động, tùy vào vị trí và mức độ tổn thương người bệnh có thể giảm hoặc mất vận động chủ động tứ chi hoàn toàn, thường kèm theo rối loạn cảm giác và rối loạn cơ tròn,
- Theo YHCT chấn thương gây làm kinh mạch tắc nghẽn, khí trệ huyết ứ gây liệt.

II. CHỈ ĐỊNH

- Chấn thương cột sống sau giai đoạn cấp không có chỉ định ngoại khoa.
- Sau phẫu thuật cột sống người bệnh có chỉ định phục hồi chức năng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh trong giai đoạn cấp, choáng tuỷ
- Người bệnh có chỉ định ngoại khoa.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sỹ, Y sỹ được đào tạo về chuyên ngành Y học cổ truyền được cấp chứng chỉ hành nghề theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh.

2. Phương tiện

- Kim châm cứu vô khuẩn, dài từ 5 - 10 cm, dùng riêng cho từng người
- Máy điện châm hai tần số bổ, tả.
- Khay men, bông, cồn 70°, kẹp có mẫu.

3. Người bệnh

- Được khám và làm hồ sơ bệnh án theo quy định
- Tư thế người bệnh nằm sấp hoặc nằm nghiêng

4. Hồ sơ bệnh án

Hoàn thành các thủ tục hành chính theo qui định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Phác đồ huyết

- Liệt chi trên: Châm tả các huyết
 - + Giáp tích cổ nơi đốt sống cổ tổn thương + Đại chùy + Kiên trinh
 - + Cự tuyền + Kiên ngưng + Tỳ nhu + Khúc trì
 - + Thủ tam lý + Ngoại quan + Chi câu + Bát tà
 - + Hợp cốc + Lao cung
- Liệt chi dưới: Châm tả các huyết
 - + Giáp tích L2-S1 + Trật biên + Hoàn khiêu + Ân môn
 - + Thừa phủ + Uỷ trung + Dương lăng tuyền + Giải khê
 - + Thái xung + Địa ngũ hội + Khâu khur + Bát phong
- Rối loạn cơ tròn: Châm tả các huyết
 - + Khúc cốt + Đại trường du + Bàng quang du
 - + Trường cường + Quan nguyên + Khí hải
- Châm bổ các huyết:

- | | | |
|---------------|------------|--------------|
| + Tam âm giao | + Trung đô | + Huyết hải |
| + Âm liêm | + Thận du | + Túc tam lý |

3.2. Thủ thuật

- Bước 1: Xác định và sát trùng da vùng huyết
- Bước 2: Châm kim vào huyết theo các thì sau
 - + Thì 1: Tay trái dùng ngón tay cái và ngón trỏ ấn, căng da vùng huyết; Tay phải châm kim nhanh qua da vùng huyết.
 - + Thì 2; Đẩy kim từ từ tới huyết, kích thích kim cho đến khi đạt “Đắc khí” (người bệnh có cảm giác căng, tức, nặng vừa phải, không đau ở vùng huyết vừa châm kim, thầy thuốc cảm giác kim mút chặt tại vị trí huyết).
 - + Bước 3. Kích thích huyết bằng máy điện châm
 - + Nối cặp dây của máy điện châm với kim đã châm vào huyết theo tần số bổ- tả của máy điện châm
 - + Tần số (đặt tần số cố định) Tần số tả từ 5 - 10Hz, Tần số bổ từ 1 - 3Hz.
 - + Cường độ nâng dần cường độ từ 0 đến 150 microAmpe (tùy theo mức chịu đựng của người bệnh).
 - + Thời gian 20- 30 phút cho một lần điện châm.
- Bước 4. Rút kim, sát khuẩn da vùng huyết vừa châm.
- Liệu trình điều trị
- Điện châm ngày một lần
- Một liệu trình điều trị từ 15 - 20 lần điện châm.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Theo dõi toàn trạng
- Vụng châm
- + Triệu chứng Người bệnh hoa mắt, chóng mặt, vã mồ hôi, mạch nhanh, sắc mặt nhợt nhạt.
 - + Xử trí: Tắt máy điện châm, rút kim ngay, lau mồ hôi, ủ ấm, uống nước đường nóng, nằm nghỉ tại chỗ. Day bấm các huyết Thái dương, Nội quan.
- Theo dõi mạch, huyết áp.
- Chảy máu khi rút kim: Dùng bông khô vô khuẩn ép tại chỗ, không day.

DIỆN CHÂM ĐIỀU TRỊ VIÊM ĐA DÂY RỄ THẦN KINH

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm đa rễ, dây thần kinh ngoại biên do các nguyên nhân nhiễm khuẩn như vi khuẩn, vi rút hoặc viêm không do yếu tố nhiễm khuẩn. y học cổ truyền cho rằng do khí hư huyết kém không đủ nuôi dưỡng hoặc sức đề kháng của cơ thể suy giảm.

II. CHỈ ĐỊNH

Viêm rễ, dây thần kinh ngoại biên do các nguyên nhân.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh đang ở giai đoạn nhiễm khuẩn cấp
- Suy hô hấp, suy tim nặng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sỹ, Y sỹ được đào tạo về chuyên ngành Y học cổ truyền được cấp chứng chỉ hành nghề theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh.

2. Phương tiện

- Kim châm cứu vô khuẩn, dài từ 5 - 10 cm, dùng riêng cho từng người
- Máy điện châm hai tần số bổ, tả.
- Khay men, bông, cồn 70°, kẹp có máu.

3. Người bệnh

- Được khám và làm hồ sơ bệnh án theo quy định
- Tư thế người bệnh nằm ngửa hoặc nghiêng.

4. Hồ sơ bệnh án

Hoàn thành các thủ tục hành chính theo qui định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Châm tả các huyết

- | | | |
|--|--------------------|---------------|
| - Viêm rễ, dây thần kinh thuộc chi trên. | | |
| - Giáp tích C4- C7 | - Thủ tam lý | - Thiên tuyền |
| - Kiên ngung | - Chi câu | - Cực tuyền |
| - Tý nhu | - Hợp cốc | - Thiên tỉnh |
| - Khúc trì | - Lao cung | - Kiên trình |
| - Túc tam lý | - Huyệt hải | - Ngoại quan |
| - Viêm rễ, dây thần kinh thuộc chi dưới | | |
| - Giáp tích L2- L4 | - Ân môn | - Huyệt hải |
| - Thử liêu | - Ủy trung | - Giải khê |
| - Trật biên | - Thừa sơn | - Khâu khur |
| - Hoàn khiêu | - Côn lân | - Thái xung |
| - Thừa phù | - Dương lăng tuyền | - Địa ngũ hội |

3.2. Châm bổ các huyết (trong trường hợp trạng thái hư)

- Huyết hải

+ Túc tam lý

3.3. Thủ thuật

- Bước 1: Xác định và sát trùng da vùng huyết

- Bước 2: Châm kim vào huyết theo các thì sau

+ Thì 1: Tay trái dùng ngón tay cái và ngón trỏ ấn, căng da vùng huyết; Tay phải châm kim nhanh qua da vùng huyết.

+ Thì 2: Đẩy kim từ từ tới huyết, kích thích kim cho đến khi đạt “Đắc khí” (người bệnh có cảm giác căng, tức, nặng vừa phải, không đau ở vùng huyết vừa châm kim, thầy thuốc cảm giác kim mút chặt tại vị trí huyết).

+ Bước 3. Kích thích huyết bằng máy điện châm

. Nối cặp dây của máy điện châm với kim đã châm vào huyết theo tần số bổ- tả của máy điện châm

. Tần số (đặt tần số cố định): Tần số tả từ 5 - 10Hz, Tần số bổ từ 1 - 3Hz.

. Cường độ nâng dần cường độ từ 0 đến 150 microAmpe (tùy theo mức chịu đựng của người bệnh).

. Thời gian 20- 30 phút cho một lần điện châm.

- Bước 4. Rút kim, sát khuẩn da vùng huyết vừa châm.

3.4. Liệu trình điều trị

- Điện châm ngày một lần

- Một liệu trình điều trị từ 15 - 20 lần điện châm.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Theo dõi toàn trạng

- Xử trí tai biến

- Vùng châm

+ Triệu chứng: Người bệnh hoa mắt, chóng mặt, vã mồ hôi, mạch nhanh, sắc mặt nhợt nhạt.

+ Xử trí :Tắt máy điện châm, rút kim ngay, lau mồ hôi, ủ ấm, uống nước chè đường nóng, nằm nghỉ tại chỗ. Day bấm các huyết Thái dương, Nội quan.

- Theo dõi mạch, huyết áp.

- Chảy máu khi rút kim: Dùng bông khô vô khuẩn ép tại chỗ, không day.

DIỆN CHÂM ĐIỀU TRỊ CHỨNG TIC CƠ MẶT

I. ĐẠI CƯƠNG

- Tic bản chất là những hành động, hoạt động của một hay một nhóm cơ nhỏ (mặt, mắt, chân, tay, phát âm tiếng kêu, tiếng nói ...) ngoài ý muốn, ngoài kiểm soát của người bệnh. Theo tiêu chuẩn quốc tế - ICD10 chia TIC thành 3 thể:

- Tic nhất thời
- Tic vận động, âm thanh kéo dài, mạn tính
- Hội chứng Tourette.

Về điều trị hiện nay vẫn dùng liệu pháp tâm lý kết hợp với thuốc

Y học cổ truyền cho rằng do các nguyên nhân bên trong (thất tình), liên quan đến chức năng của hai tạng Tâm, Can.

II. CHỈ ĐỊNH

Các chứng Tic

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh trong giai đoạn sốt cao.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sỹ, Y sỹ được đào tạo về chuyên ngành Y học cổ truyền được cấp chứng chỉ hành nghề theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh.

2. Phương tiện

- Kim châm cứu vô khuẩn, dài từ 5 - 10 cm, dùng riêng cho từng người
- Máy điện châm hai tần số bổ, tả.
- Khay men, bông, cồn 70°, kẹp có máu.

3. Người bệnh

- Được khám và làm hồ sơ bệnh án theo quy định
- Tư thế người bệnh nằm ngửa hoặc nghiêng.

4. Hồ sơ bệnh án

Hoàn thành các thủ tục hành chính theo qui định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1 Châm tả các huyệt

- | | | |
|-------------|------------|--------------|
| + Bách hội | + Ấn đường | + Thái dương |
| + Hợp cốc | + Nội quan | + Thần môn |
| + Thái xung | | |

3.2. Thủ thuật

- Bước 1: Xác định và sát trùng da vùng huyệt
- Bước 2: Châm kim vào huyệt theo các thì sau

+ Thì 1: Tay trái dùng ngón tay cái và ngón trỏ ấn, căng da vùng huyệt; Tay phải châm kim nhanh qua da vùng huyệt.

+ Thì 2: Đẩy kim từ từ tới huyết, kích thích kim cho đến khi đạt “Đắc khí” (người bệnh có cảm giác căng, tức, nặng vừa phải, không đau ở vùng huyết vừa châm kim, thầy thuốc cảm giác kim mút chặt tại vị trí huyết).

- Bước 3. Kích thích huyết bằng máy điện châm

+ Nối cặp dây của máy điện châm với kim đã châm vào huyết theo tần số bổ-tả của máy điện châm

+ Tần số (đặt tần số cố định): Tần số tả từ 5 - 10Hz, Tần số bổ từ 1 - 3Hz.

+ Cường độ nâng dần cường độ từ 0 đến 150 microAmpe (tuỳ theo mức chịu đựng của người bệnh).

+ Thời gian 20- 30 phút cho một lần điện châm.

- Bước 4. Rút kim, sát khuẩn da vùng huyết vừa châm.

3.3 Liệu trình điều trị

Điện châm ngày một lần

Một liệu trình điều trị từ 15- 20 lần điện châm.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi toàn trạng

2. Xử trí tai biến

- Vụng châm

+ Triệu chứng: Người bệnh hoa mắt, chóng mặt, vã mồ hôi, mạch nhanh, sắc mặt nhợt nhạt.

+ Xử trí: Tắt máy điện châm, rút kim ngay, lau mồ hôi, ủ ấm, uống nước đường nóng, nằm nghỉ tại chỗ. Day bấm các huyết Thái dương, Nội quan.

- Theo dõi mạch, huyết áp.

- Chảy máu khi rút kim: Dùng bông khô vô khuẩn ép tại chỗ, không day.

XOA BÓP BẮM HUYẾT ĐIỀU TRỊ LIỆT CHI TRÊN

I. ĐẠI CƯƠNG

- Theo Y học hiện đại: Liệt chi trên do rất nhiều nguyên nhân gây ra, tùy theo vị trí, mức độ thương tổn hệ thần kinh, người bệnh có biểu mất hay giảm vận động hữu ý chi trên, có hay không teo cơ.

- Theo Y học cổ truyền: Bệnh trong phạm vi chứng Nuy, Ma mộc. Do phong thấp tà thừa cơ tẩu lý sơ hở xâm nhập vào kinh mạch ở chi trên làm cho vận hành kinh mạch tắc trở. Mặt khác Tỳ chủ cơ nhục, tỳ chủ tứ chi, khi tỳ hư khí huyết trệ gây bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý thoái hoá đốt sống cổ
- Tai biến mạch máu não
- Viêm đa dây đa rễ thần kinh, liệt sau zona
- Sau chấn thương đám rối thần kinh cánh tay
- Bệnh dây thần kinh do đái tháo đường

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Liệt chi trên do bệnh lý có chỉ định điều trị ngoại khoa ép tuỷ, u não, u tuỷ, ống sáo tuỷ...)
- Bệnh lý thần kinh giai đoạn cấp đang tiến triển
- Viêm nhiễm đặc hiệu (Phong, Lao, Giang mai, HIV)
- Bệnh da liễu

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sỹ, Y sỹ được đào tạo về chuyên ngành Y học cổ truyền được cấp chứng chỉ hành nghề theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh..

2. Phương tiện

- Phòng xoa bóp bấm huyết,
- Giường xoa bóp bấm huyết
- Gối, ga trải giường
- Bột talc
- Cồn sát trùng

3. Người bệnh

- Được hướng dẫn quy trình, vị trí bấm huyết và đồng ý bấm huyết
- Tư thế nằm ngửa, nằm sấp hoặc ngồi.
- Được khám và làm hồ sơ bệnh án theo quy định.

4. Hồ sơ bệnh án

Hoàn thành các thủ tục hành chính theo quy định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Thực hiện kỹ thuật

- Xoa, xát, miết, day, bóp, lăn các vùng đầu, mặt, cổ và vai, tay.
- Bấm tả các huyết

- + Kiên ngưng + Thủ tam lý + Kiên trình + Đại chùy
- + Khúc trì + Hợp cốc + Kiên tỉnh + Kiên trung du
- + Ngoại quan + Bát tà + Giáp tích C4-C7
- Day bổ các huyết
- + Tam âm giao

3.2. Liệu trình điều trị

- Xoa bóp 30 phút/lần/ngày,
- Một liệu trình điều trị từ 15 - 20 ngày, tùy theo mức độ và diễn biến của bệnh. Có thể điều trị nhiều liệu trình.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi

Toàn trạng, các triệu chứng kèm theo nếu có.

2. Xử trí tai biến

Choáng

- Triệu chứng: Người bệnh hoa mắt, chóng mặt, vã mồ hôi, mạch nhanh, sắc mặt nhợt nhạt.

- Xử trí: Dừng xoa bóp bấm huyết, lau mồ hôi, ủ ấm, uống nước đường nóng, nằm nghỉ tại chỗ. Theo dõi mạch, huyết áp.

XOA BÓP BẮM HUYỆT ĐIỀU TRỊ LIỆT CHI DƯỚI

I. ĐẠI CƯƠNG

- Theo Y học hiện đại: Liệt chi dưới do nhiều nguyên nhân gây tổn thương thần kinh trung ương hoặc ngoại vi gây nên. Tùy theo vị trí, mức độ tổn thương trên lâm sàng người bệnh người bệnh có giảm hoặc mất vận động hữu ý chi dưới, có hay không có teo cơ, rối loạn cơ tròn, rối loạn trương lực cơ.

- Theo Y học cổ truyền: Bệnh phạm vi chứng Nuy, Ma mộc do phong, thấp tà thừa cơ tẩu lý sơ hở xâm phạm vào các kinh mạch chi dưới gây bế tắc. Tỳ chủ cơ nhục, Tứ chi; Tỳ hư, khí huyết hư, vận hành kinh mạch tắc trở gây bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý thoái hoá đốt sống thắt lưng
- Viêm đa dây, đa rễ thần kinh, liệt sau zona
- Sau chấn thương cột sống
- Bệnh dây thần kinh do đái đường.
- Viêm màng nhện tuỷ, viêm tuỷ,
- Bệnh lý tổn thương tuỷ sống
- Sau mổ u tuỷ

III. CHÔNG CHỈ ĐỊNH

- Liệt do các bệnh lý có chỉ định điều trị ngoại khoa
- Bệnh lý dây, rễ thần kinh giai đoạn cấp đang tiến triển
- Viêm nhiễm đặc hiệu (Phong, Lao, Giang mai, HIV)
- Bệnh da liễu

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sỹ, Y sỹ được đào tạo về chuyên ngành Y học cổ truyền được cấp chứng chỉ hành nghề theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh...

2. Phương tiện

- Phòng xoa bóp bấm huyệt
- Giường xoa bóp bấm huyệt
- Gối, ga trải giường
- Bột talc
- Cồn sát trùng

3. Người bệnh

- Được hướng dẫn quy trình, vị trí bấm huyệt và đồng ý bấm huyệt
- Tư thế nằm ngửa, nằm sấp hoặc ngồi.
- Được khám và làm hồ sơ bệnh án theo quy định.

4. Hồ sơ bệnh án

Hoàn thành các thủ tục hành chính theo qui định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Thực hiện kỹ thuật

- Xoa, xát, miết, day, bóp, lăn các vùng bụng, lưng, chân.

- Bấm tả các huyết
- + Giáp tích L2-S1 - Bát liêu - Phong long
- + Trật biên - Dương lăng tuyền - Huyền chung
- + Hoàn khiêu - Giải khô - Ủy trung
- + Âm môn - Thái xung - Giải khô
- + Thừa phù - Khâu khư - Địa ngũ hội
- Day bổ các huyết
- + Huyết hải - Tam âm giao - Thái khô

3.2. Liệu trình điều trị

- Xoa bóp 30 phút/lần/ngày
- Một liệu trình điều trị từ 15 - 20 ngày, tùy theo mức độ và diễn biến của bệnh. Có thể điều trị nhiều liệu trình.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi

Toàn trạng, các triệu chứng kèm theo nếu có.

2. Xử trí tai biến

- Choáng
- + Triệu chứng: Người bệnh hoa mắt, chóng mặt, vã mồ hôi, mạch nhanh, sắc mặt nhợt nhạt.
- + Xử trí: Dừng xoa bóp bấm huyết, lau mồ hôi, ủ ấm, uống nước đường nóng, nằm nghỉ tại chỗ. Theo dõi mạch, huyết áp.

XOA BÓP BẨM HUYẾT ĐIỀU TRỊ LIỆT NỬA NGƯỜI DO TAI BIẾN MẠCH MÁU NÃO

I. ĐẠI CƯƠNG

- Tai biến mạch máu não (TBMMN) là sự xảy ra đột ngột các thiếu sót chức năng thần kinh thường là khu trú hơn lan tỏa, tồn tại quá 24 giờ hoặc gây tử vong trong 24 giờ. Các khám xét loại trừ nguyên nhân chấn thương.

- Theo Y học cổ truyền gọi là Bán thân bất toại, thuộc chứng trúng phong.

II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh liệt nửa người, không hôn mê; mạch, huyết áp, nhịp thở ổn định.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh đang hôn mê, các chỉ số mạch, huyết áp, nhịp thở chưa ổn định, và những vùng da loét do đẫm tỳ đè, bệnh ngoài da vùng cần xoa bóp bấm huyết (XBBH).

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sỹ, Y sỹ được đào tạo về chuyên ngành Y học cổ truyền được cấp chứng chỉ hành nghề theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh...

2. Phương tiện

- Phòng xoa bóp bấm huyết
- Giường xoa bóp bấm huyết
- Gối, ga trải giường
- Bột talc
- Cồn sát trùng

3. Người bệnh

- Được hướng dẫn quy trình, vị trí bấm huyết và đồng ý bấm huyết
- Tư thế nằm ngửa, nằm sấp hoặc ngồi.
- Được khám và làm hồ sơ bệnh án theo quy định.

4. Hồ sơ bệnh án

Hoàn thành các thủ tục hành chính theo quy định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Thực hiện kỹ thuật

- Xoa, sát, miết, day, bóp, lăn, vùng đầu, mặt, cổ, tay, chân.

- Chứng thực

+ Bấm tả các huyết

- | | | |
|-------------|--------------------|-----------------|
| - Bách hội | - Thái dương | - Đồng tử liêu |
| - Phong trì | - Đại chùy | - Ngoại quan |
| - Chi câu | - Dương lăng tuyền | - Âm lăng tuyền |
| - Khâu khư | - Hành gian | - Trung đô |
| - Can du | - Đởm du | |

- + Day bỏ các huyết
 - . Thái khô - Âm cốc - Tam âm giao
 - Chứng hư
- + Bấm tả các huyết
 - . Bách hội - Phong trì
 - . Trung đô - Hành gian
- Day bỏ các huyết
 - . Kỳ môn - Chương môn - Túc tam lý
 - . Tam âm giao - Huyết hải - Thái khô - Âm cốc
 - Huyết chung cho hai thể
- + Thất ngôn: bấm tả các huyết
 - . Á môn - Thượng Liêm tuyền
 - . Ngoại kim tân - Ngoại ngọc dịch
- + Liệt mặt: bấm tả các huyết
 Quyền liêu; Hạ quan; Dương bạch; Ngự yêu; Đồng tử liêu; Nhân trung.
 Địa thương; Giáp xa; Thừa tương; Ế Phong.
- + Liệt tay: bấm tả các huyết
 - . Giáp tích C4-C7; Đại chùy; Đại trử; Đốc du
 - . Kiên tỉnh; Tý nhu; Kiên trinh; Cực tuyền
 - . Khúc trì; Thủ tam lý; Chi câu; Ngoại quan; Bát tà
- + Liệt chân: bấm tả các huyết
 - . Giáp tích D12- L5
 - . Hoàn khiêu; Thừa phù; Trật biên; Ân môn; Thừa sơn; Uyển trung; Côn lân;
 Thượng cự hư; Giải khô; Khâu khư; Địa ngũ hội

3.2. Liệu trình điều trị

Xoa bóp 30 phút/lần/ngày,

Một liệu trình điều trị từ 15 - 20 ngày, tùy theo mức độ và diễn biến của bệnh. Có thể điều trị nhiều liệu trình.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi

Toàn trạng, các triệu chứng kèm theo nếu có.

2. Xử trí tai biến

- Choáng

+ Triệu chứng: Người bệnh hoa mắt, chóng mặt, vã mồ hôi, mạch nhanh, sắc mặt nhợt nhạt.

+ Xử trí: Dừng xoa bóp bấm huyết, lau mồ hôi, ủ ấm, uống nước đường nóng, nằm nghỉ tại chỗ. Theo dõi mạch, huyết áp.

XOA BÓP BẮM HUYỆT PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VẬN ĐỘNG Ở TRẺ BẠI NÃO

I. ĐẠI CƯƠNG

Bại não là tổn thương não không tiến triển xảy ra vào giai đoạn trước khi sinh, trong khi sinh và sau khi sinh đến 5 tuổi. Biểu hiện bằng các rối loạn về vận động, trí tuệ, giác quan và hành vi.

II. CHỈ ĐỊNH

Trẻ được chẩn đoán là bại não với rối loạn về chức năng vận động do tổn thương hệ thần kinh Trung ương ở các mức độ khác nhau.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Trẻ bại não đang mắc các bệnh cấp tính khác như hô hấp, tiêu hóa ...
- Trẻ bại não có động kinh mà hiện tại chưa khống chế được cơn.
- Trẻ bị bệnh ngoài da ở vùng cần xoa bóp bấm huyệt (XBBH).

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sỹ, Y sỹ được đào tạo về chuyên ngành Y học cổ truyền được cấp chứng chỉ hành nghề theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh...

2. Phương tiện

- Phòng xoa bóp bấm huyệt
- Giường xoa bóp bấm huyệt
- Gối, ga trải giường
- Bột talc
- Cồn sát trùng

3. Người bệnh

- Được hướng dẫn quy trình, vị trí bấm huyệt và đồng ý bấm huyệt
- Tư thế nằm ngửa, nằm sấp hoặc ngồi.
- Được khám và làm hồ sơ bệnh án theo quy định.

4. Hồ sơ bệnh án

Hoàn thành các thủ tục hành chính theo quy định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Thực hiện kỹ thuật

- Xoa, sát, miết, day, bóp, lăn vùng đầu mặt cổ, tay, chân, người

3.1.1. Tư thế nằm ngửa

- Bấm tả các huyệt
 - + Kiên tĩnh + Kiên ngưng + Tý nhu
 - + Thủ ngũ lý + Khúc trì + Thủ tam lý
 - + Hợp cốc + Lao cung + Phục thỏ
 - + Nội quan + Dương lăng tuyền + Âm lăng tuyền
 - + Xung dương + Giải khê.
- Day bổ các huyệt
 - + Ngoại quan + Chi câu + Túc tam lý

+ Thượng cự huyệt + Tam âm giao + Trung đô

3.2.2. Tư thế nằm sấp

- Bấm tả các huyệt

+ Giáp tích C4 – C7, D10, L1, L5 + Kiên trinh

+ Cự tuyền + Khúc trì + Khúc trạch

+ Ngoại quan + Nội quan + Bát tà

+ Trật biên + Hoàn khiêu + Ân môn

+ Thừa phù + Thừa sơn + Thừa cân + Ủy trung

- Day bổ các huyệt

+ Thận du + Huyệt hải + Âm liêm

3.2. Liệu trình điều trị

- Xoa bóp 30 phút/lần/ngày

- Một liệu trình điều trị từ 15 - 20 ngày, tùy theo mức độ và diễn biến của bệnh.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi

Toàn trạng, các triệu chứng kèm theo nếu có.

2. Xử trí tai biến

- Choáng

+ Triệu chứng: Người bệnh hoa mắt, chóng mặt, vã mồ hôi, mạch nhanh, sắc mặt nhợt nhạt.

+ Xử trí: Dừng xoa bóp bấm huyệt, lau mồ hôi, ủ ấm, uống nước đường nóng, nằm nghỉ tại chỗ. Theo dõi mạch, huyết áp.

XOA BÓP BẮM HUYỆT ĐIỀU TRỊ LIỆT DO BỆNH CỦA CƠ

I. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh loạn dưỡng cơ Duchenne (Teo cơ giả phì đại) ở trẻ em là bệnh đột biến gen gây thiếu hụt 1 loại protein ở màng tế bào cơ vân, đưa đến thoái hóa cơ và teo cơ. Bệnh xuất hiện lúc 2 – 3 tuổi, chỉ có ở con trai, tiến triển dần đến teo cơ toàn thân, tổn thương chức năng hô hấp, cơ tim.

Người bệnh tử vong do suy hô hấp, suy tim, nhiễm trùng .

II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh được chẩn đoán là loạn dưỡng cơ Duchenne với các biểu hiện lâm sàng và các xét nghiệm đặc hiệu CK huyết thanh tăng, điện cơ thấy tổn thương nguồn gốc sợi cơ, điện cơ thấy thoái hóa cơ và tăng sinh tổ chức liên kết .

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh loạn dưỡng cơ đang bị nhiễm khuẩn cấp tính hoặc đã là giai đoạn cuối của bệnh

- Người bệnh bị bệnh ngoài da vùng cần được XBBH

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sỹ, Y sỹ được đào tạo về chuyên ngành Y học cổ truyền được cấp chứng chỉ hành nghề theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh...

2. Phương tiện

- Phòng xoa bóp bấm huyệt
- Giường xoa bóp bấm huyệt
- Gối, ga trải giường
- Bột talc
- Cồn sát trùng

3. Người bệnh

- Được hướng dẫn quy trình, vị trí bấm huyệt và đồng ý bấm huyệt
- Tư thế nằm ngửa, nằm sấp hoặc ngồi.
- Được khám và làm hồ sơ bệnh án theo quy định.

4. Hồ sơ bệnh án

Hoàn thành các thủ tục hành chính theo qui định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Thực hiện kỹ thuật

- Xoa, xát, miết, day, bóp, lăn vùng đầu mặt cổ, tay, chân, người
- Tư thế nằm ngửa
- + Bấm tả: Bách hội, Thái dương, Kiên ngưng, Khúc trì, Bát tà, Phục thổ, Dương lăng tuyền, Giải khê .
- + Day bóp: Tam âm giao, Túc tam lý, Thái xung .
- Tư thế nằm sấp
- + Bấm tả: Phong trì, Giáp tích C3 – C7, L1 – L5, Kiên trinh, Thủ tam lý, Hợp cốc, Ngoại quan. Trật biên, Hoàn khiêu, Thừa sơn, Côn lôn

+ Day bỏ: Thận du, Tam âm giao .

3.2. Liệu trình điều trị

- Xoa bóp 30 phút/lần/ngày

- Một liệu trình điều trị từ 15 – 20 ngày, tùy theo mức độ và diễn biến của bệnh, có thể điều trị nhiều liệu trình.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi

Toàn trạng, các triệu chứng kèm theo nếu có.

2. Xử trí tai biến

- Choáng

+ Triệu chứng: Người bệnh hoa mắt, chóng mặt, vã mồ hôi, mạch nhanh, sắc mặt nhợt nhạt.

+ Xử trí: Dừng xoa bóp bấm huyệt, lau mồ hôi, ủ ấm, uống nước đường nóng, nằm nghỉ tại chỗ. Theo dõi mạch, huyết áp.

XOA BÓP BẮM HUYẾT ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG NGOẠI THÁP

I. ĐẠI CƯƠNG

- Theo Y học hiện đại hội chứng ngoại tháp do các nguyên nhân gây tổn thương nhân xám dưới vỏ (xơ vữa mạch, viêm não, chấn thương não, ngộ độc, u não...) có thể gặp ở mọi lứa tuổi. Các triệu chứng thường gặp: Tăng trương lực cơ, run, rối loạn tư thế, dáng đi, động tác chậm chạp, mất các động tác tự động...

- Theo Y học cổ truyền thuộc chứng Ma mục. Nguyên nhân do Can huyết hư, Thận âm suy yếu, Can phong nội động.

II. CHỈ ĐỊNH

Hội chứng ngoại tháp không do căn nguyên có chỉ định ngoại khoa

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Hội chứng ngoại tháp có bệnh cấp tính đi kèm.
- Hội chứng ngoại tháp trên người bệnh u não.
- Bệnh ngoài da vùng cần được xoa bóp bấm huyết (XBBH)

CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sỹ, Y sỹ được đào tạo về chuyên ngành Y học cổ truyền được cấp chứng chỉ hành nghề theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh

2. Phương tiện

- Phòng xoa bóp bấm huyết
- Giường xoa bóp bấm huyết
- Gối, ga trải giường
- Bột talc
- Cồn sát trùng

3. Người bệnh

- Được hướng dẫn quy trình, vị trí bấm huyết và đồng ý bấm huyết
- Tư thế nằm ngửa, nằm sấp hoặc ngồi.
- Được khám và làm hồ sơ bệnh án theo quy định.

4. Hồ sơ bệnh án

Hoàn thành các thủ tục hành chính theo qui định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Thực hiện kỹ thuật

- Xoa, sát, miết, day, bóp, lăn vùng đầu mặt cổ, vai, tay, bụng, lưng, chân
- Bấm tả:
 - +Bách hội + Đại chùy + Khúc trì
 - +Thái dương +Dương lăng tuyền + Ngoại quan
 - +Phong trì +Thái xung + Hợp cốc
- Day bổ:
 - +Thận du + Huyết hải
 - + Thái khê + Tam âm giao
 - +Quan nguyên +Túc tam lý
 - +Khí hải

3.2. Liệu trình điều trị

- Xoa bóp 30 phút/lần/ngày
- Một liệu trình điều trị từ 15 - 20 ngày, tùy theo mức độ và diễn biến của bệnh, có thể điều trị nhiều liệu trình.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi

Toàn trạng, các triệu chứng kèm theo nếu có.

2. Xử trí tai biến

Choáng

- Triệu chứng: Người bệnh hoa mắt, chóng mặt, vã mồ hôi, mạch nhanh, sắc mặt nhợt nhạt.

- Xử trí: Dừng xoa bóp bấm huyệt, lau mồ hôi, ủ ấm, uống nước đường nóng, nằm nghỉ tại chỗ. Theo dõi mạch, huyết áp.

XOA BÓP BẮM HUYỆT ĐIỀU TRỊ TỔN THƯƠNG RỄ, ĐÁM RỐI DÂY THẦN KINH

I. ĐẠI CƯƠNG

Liệt rễ và đám rối thần kinh ngoại biên là do viêm dây, rễ, viêm màng nhện tủy, do tắc mạch máu nuôi dưỡng thần kinh, do chèn ép trong thoát vị đĩa đệm, do chấn thương, tai nạn... Y học cổ truyền cho rằng khí huyết kém không đủ nuôi dưỡng, hoặc do ứ trệ làm cản trở làm cản trở sự lưu thông tuần hoàn khí huyết gây nên.

II. CHỈ ĐỊNH

Liệt rễ và đám rối thần kinh gây nên

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có chỉ định cấp cứu ngoại khoa
- Người bệnh đang trong giai đoạn cấp mất máu, mất nước.
- Suy tim nặng
- Bệnh ngoài da vùng cần xoa bóp bấm huyết (XBBH)

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sỹ, Y sỹ được đào tạo về chuyên ngành Y học cổ truyền được cấp chứng chỉ hành nghề theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh...

2. Phương tiện

- Phòng xoa bóp bấm huyết
- Giường xoa bóp bấm huyết
- Gối, ga trải giường
- Bột talc
- Cồn sát trùng

3. Người bệnh

- Được hướng dẫn quy trình, vị trí bấm huyết và đồng ý bấm huyết
- Tư thế nằm ngửa, nằm sấp hoặc ngồi.
- Được khám và làm hồ sơ bệnh án theo quy định.

4. Hồ sơ bệnh án

Hoàn thành các thủ tục hành chính theo qui định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Thực hiện kỹ thuật

- Xoa, xát, miết, day, bóp, lăn vùng đầu mặt cổ, tay, chân, người
- Tư thế nằm ngửa

3.1.1. Liệt rễ và đám rối thần kinh chi trên

- | | |
|--------------------|---------------|
| - Giáp tích C4- C7 | - Thiêm tuyền |
| - Cực tuyền | - Kiên trình |
| - Kiên ngưng | - Thủ tam lý |
| - Tý nhu | - Thiên tỉnh |

- Khúc trì
- Lao cung
- Ngoại quan
- Hợp cốc
- Chi câu

3.1.2. Liệt rễ và đám rối thần kinh chi dưới

- | | | |
|--------------------|--------------------|---------------|
| - Giáp tích L2- L4 | - Ủy trung | - Giải khô |
| - Thử liêu | - Thừa sơn | - Khâu khư |
| - Trật biên | - Côn lân | - Thái xung |
| - Hoàn khiêu | - Dương lăng yuyền | - Địa ngũ hội |
| - Thừa phù | - Huyết hải | - Âm môn |

3.1.3. Day bóp trong trường hợp thể hư

- Huyết hải
- Túc tam lý

3.2. Liệu trình điều trị

- Xoa bóp 30 phút/lần/ngày
- Một liệu trình điều trị từ 15 – 20 ngày, tùy theo mức độ và diễn biến của bệnh, có thể điều trị nhiều liệu trình.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi

Toàn trạng, các triệu chứng kèm theo nếu có.

2. Xử trí tai biến

- Choáng
- + Triệu chứng: Người bệnh hoa mắt, chóng mặt, vã mồ hôi, mạch nhanh, sắc mặt nhợt nhạt.
- + Xử trí: Dừng xoa bóp bấm huyệt, lau mồ hôi, ủ ấm, uống nước đường nóng, nằm nghỉ tại chỗ. Theo dõi mạch, huyết áp.

XOA BÓP BẮM HUYẾT ĐIỀU TRỊ LIỆT THẦN KINH SỐ VII NGOẠI BIÊN

I. ĐẠI CƯƠNG

- Liệt thần kinh số VII ngoại biên là giảm hoặc mất vận động nửa mặt của những cơ bám da mặt do dây thần kinh số VII chi phối. Khi thăm khám thấy dấu hiệu Charles-Bell dương tính.

- Theo Y học cổ truyền, bệnh thuộc chứng “khẩu nhãn oa tà” do phong hàn, phong nhiệt xâm phạm hoặc do huyết ứ ở các lạc mạch của các kinh dương ở mặt làm khí huyết kém điều hòa, kinh cân thiếu dinh dưỡng gây ra. Người bệnh có biểu hiện miệng méo, mắt bên liệt nhắm không kín.

II. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp liệt thần kinh số VII ngoại biên do lạnh, do viêm, do sang chấn.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh đang mắc bệnh ngoài da vùng mặt.
- Người bệnh mắc bệnh ưa chảy máu.
- Người bệnh đang sốt cao.
- Người bệnh đang mắc bệnh truyền nhiễm cấp tính.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sỹ, Y sỹ được đào tạo về chuyên ngành Y học cổ truyền được cấp chứng chỉ hành nghề theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh...

2. Phương tiện

- Phòng xoa bóp bấm huyết
- Giường xoa bóp bấm huyết
- Gối, ga trải giường
- Bột talc
- Cồn sát trùng

3. Người bệnh

- Được hướng dẫn quy trình, vị trí bấm huyết và đồng ý bấm huyết
- Tư thế nằm ngửa, nằm sấp hoặc ngồi.
- Được khám và làm hồ sơ bệnh án theo quy định.

4. Hồ sơ bệnh án

Hoàn thành các thủ tục hành chính theo qui định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Thực hiện kỹ thuật

- Xoa, day, miết, véo, bóp, nhào cơ vùng đầu mặt cổ
- Ấn các huyết
 - + Hợp cốc + Phong trì + Thái dương
 - + Dương bạch + Toàn trú + Ấp phong
 - + Quyển liêu + Nghinh hương + Giáp xa

+ Nhân trung + Thừa tương

3.2. Liệu trình điều trị

- Xoa bóp 30 phút/lần/ngày
- Một liệu trình điều trị từ 15 – 20 ngày, tùy theo mức độ và diễn biến của bệnh, có thể điều trị nhiều liệu trình.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi

Toàn trạng, các triệu chứng kèm theo nếu có.

2. Xử trí tai biến

- Choáng
 - + Triệu chứng: Người bệnh hoa mắt, chóng mặt, vã mồ hôi, mạch nhanh, sắc mặt nhợt nhạt.
 - + Xử trí: Dừng xoa bóp bấm huyệt, lau mồ hôi, ủ ấm, uống nước đường nóng, nằm nghỉ tại chỗ. Theo dõi mạch, huyết áp.

XOA BÓP BẨM HUYỆT ĐIỀU TRỊ TÁO BÓN MẠN TÍNH CHỨC NĂNG

I. ĐẠI CƯƠNG

- Táo bón là tình trạng chậm, khó bài xuất phân kéo dài > 2 tuần, gây ảnh hưởng đến tâm lý người bệnh. Táo bón mạn tính chức năng là tình trạng táo bón sau khi đã loại trừ các nguyên nhân thực thể về giải phẫu, tổ chức sinh học, chỉ còn chức năng ống tiêu hóa chưa hoàn thiện.

- Theo YHCT, chứng “Táo bón” thuộc chứng “Tiện bí”; “Đại tiện táo kết”. Là tình trạng đại tiện bí kết không thông, do rối loạn chức năng vận chuyển của đại trường.

II. CHỈ ĐỊNH

- Đi ngoài < 3 lần/tuần
- Đi phân cứng hoặc đau khi đi ngoài
- Thời gian kéo dài > 2 tuần.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tắc ruột
- Dính ruột

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sỹ, Y sỹ được đào tạo về chuyên ngành Y học cổ truyền được cấp chứng chỉ hành nghề theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh...

2. Phương tiện

- Phòng xoa bóp bấm huyệt
- Giường xoa bóp bấm huyệt
- Gối, ga trải giường
- Bột talc
- Cồn sát trùng

3. Người bệnh

- Được hướng dẫn quy trình, vị trí bấm huyệt và đồng ý bấm huyệt
- Tư thế nằm ngửa hoặc nằm sấp.
- Được khám và làm hồ sơ bệnh án theo quy định.

4. Hồ sơ bệnh án

Hoàn thành các thủ tục hành chính theo qui định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Thực hiện kỹ thuật

- Xoa, xát, miết, day, nhào vùng bụng, lưng
- Bấm tả:
 - + Trung quản
 - + Thiên khu
 - + Đại trường du
 - Day bổ
 - + Thận du
- + Đới mạch
- + Chương môn
- + Thứ liêu
- + Tam âm giao
- + Kỳ môn
- + Quan nguyên

+ Túc tam lý

3.2. Liệu trình điều trị

- Xoa bóp 30 phút/lần/ngày,
- Một liệu trình điều trị từ 15- 20 lần .

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TẠI BIẾN

1. Theo dõi

Toàn trạng, các triệu chứng kèm theo nếu có.

2. Xử trí tai biến

Choáng

+ Triệu chứng: Người bệnh hoa mắt, chóng mặt, vã mồ hôi, mạch nhanh, sắc mặt nhợt nhạt.

+ Xử trí: Dùng xoa bóp bấm huyệt, lau mồ hôi, ủ ấm, uống nước đường nóng, nằm nghỉ tại chỗ. Theo dõi mạch, huyết áp.

XOA BÓP BẨM HUYẾT ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN TIÊU HÓA (CHỨNG TIẾT TẢ)

I. ĐẠI CƯƠNG

Rối loạn tiêu hóa là một cụm từ dùng để chỉ sự thay đổi hoặc xuất hiện một số triệu chứng ở đường tiêu hóa (từ miệng đến hậu môn) ví dụ như nôn, buồn nôn; đau bụng có khi âm ỉ, có khi từng cơn, có khi đau quặn; đi lỏng, phân lúc nhão, lúc rắn; đi són phân không tự chủ, bí trung tiện, bí đại tiện... YHCT xếp vào chứng tiết tả.

II. CHỈ ĐỊNH

Chứng rối loạn tiêu hóa không do bệnh lý

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Rối loạn tiêu hóa do các bệnh lý khác

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sỹ, Y sỹ được đào tạo về chuyên ngành Y học cổ truyền được cấp chứng chỉ hành nghề theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh...

2. Phương tiện

- Phòng xoa bóp bấm huyệt
- Giường xoa bóp bấm huyệt
- Gối, ga trải giường
- Bột talc
- Cồn sát trùng

3. Người bệnh

- Được hướng dẫn quy trình, vị trí bấm huyệt và đồng ý bấm huyệt
- Tư thế nằm ngửa, nằm sấp hoặc ngồi.
- Được khám và làm hồ sơ bệnh án theo quy định.

4. Hồ sơ bệnh án

Hoàn thành các thủ tục hành chính theo qui định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

Xoa, xát, miết, day, nhào vùng bụng, lưng

3.1. Chứng thực

3.1.1. Do hàn thấp gây ra

- Bấm các huyệt
 - + Thiên khu + Trung quản
 - + Hợp cốc + Phong long
- Day các huyệt
 - + Túc tam lý + Quan nguyên + Tam âm giao

3.1.2. Do thấp nhiệt

- Bấm các huyệt: Thiên khu, Trung quản, Hợp cốc, Nội đình, Khúc trì
- Day các huyệt : Túc tam lý, Tam âm giao, Âm lăng tuyền.
- Do thực tích
- Bấm các huyệt : Thiên khu, Trung quản, Hợp cốc, Thái bạch.

- Day các huyệt: Túc tam lý, Tam âm giao.

3.2. Chứng hư

3.2.1. Thể Tỳ Vị hư

- Day các huyệt
- + Trung quản + Thiên khu + Đại hoành
- + Tỳ du + Vị du + Túc tam lý

3.2.2. Thể Tỳ Thận dương hư:

- Day các huyệt
- + Quan nguyên + Khí hải + Qui lai
- + Thiên khu + Túc tam lý + Thận du
- + Tỳ du + Mệnh môn

3.2.3. Thể Can Tỳ bất hòa:

- Bấm các huyệt
- + Thái xung + Chương môn + Kỳ môn
- Day các huyệt
- + Túc tam lý + Can du + Tỳ du

3.3. Liệu trình điều trị

- Xoa bóp 30 phút/lần/ngày,
- Một liệu trình điều trị từ 15- 20 ngày, tùy theo mức độ và diễn biến của bệnh, có thể tiến hành từ 2-3 liệu trình liên tục

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi

Toàn trạng, các triệu chứng kèm theo nếu có.

2. Xử trí tai biến

- Choáng
- + Triệu chứng: Người bệnh hoa mắt, chóng mặt, vã mồ hôi, mạch nhanh, sắc mặt nhợt nhạt.
- + Xử trí: Dừng xoa bóp bấm huyệt, lau mồ hôi, ủ ấm, uống nước đường nóng, nằm nghỉ tại chỗ. Theo dõi mạch, huyết áp.

XOA BÓP BẮM HUYỆT ĐIỀU TRỊ BÍ ĐÁI CƠ NĂNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Bí đái là biểu hiện của nhiều bệnh thuộc hệ tiết niệu như viêm bàng quang, sỏi thận, viêm bể thận, sỏi niệu quản, khối u đường tiết niệu, u tiền liệt tuyến, bí đái sau khi phẫu thuật vùng bụng. YHCT cho rằng do chứng thấp nhiệt hoặc đàm tích trệ nên khí huyết không lưu thông gây chứng tiểu tiện khó khăn.

II. CHỈ ĐỊNH

Tất cả các trường hợp bí tiểu tiện ở mọi lứa tuổi

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Các vết thương hở tại vùng bụng

IV. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Bác sỹ, Y sỹ được đào tạo về chuyên ngành Y học cổ truyền được cấp chứng chỉ hành nghề theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh...

2. Phương tiện

- Phòng xoa bóp bấm huyết
- Giường xoa bóp bấm huyết
- Gối, ga trải giường
- Bột talc
- Cồn sát trùng

3. Người bệnh

- Được hướng dẫn quy trình, vị trí bấm huyết và đồng ý bấm huyết
- Tư thế nằm ngửa hoặc nằm sấp.
- Được khám và làm hồ sơ bệnh án theo quy định.

4. Hồ sơ bệnh án

Hoàn thành các thủ tục hành chính theo qui định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Thực hiện kỹ thuật

- Xoa, sát, miết, day, nhào vùng bụng, lưng
- Bấm các huyết
 - + Trung quản + Hạ quản + Đại hoành
 - + Thiên khu + Quan nguyên + Khí hải
 - + Quy lai
- Day các huyết
 - + Đản trung + Túc tam lý + Tam âm giao
 - + Thái khê + Dương lăng tuyền

3.2. Liệu trình điều trị

- Xoa bóp 30 phút/lần/ngày,
- Một liệu trình điều trị từ 15 - 20 lần .

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi

Toàn trạng, các triệu chứng kèm theo nếu có.

2. Xử trí tai biến

- Choáng

+ Triệu chứng: Người bệnh hoa mắt, chóng mặt, vã mồ hôi, mạch nhanh, sắc mặt nhợt nhạt.

+ Xử trí: Dừng xoa bóp bấm huyệt, lau mồ hôi, ủ ấm, uống nước đường nóng, nằm nghỉ tại chỗ. Theo dõi mạch, huyết áp.

XOA BÓP BẮM HUYỆT ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN CHỨC NĂNG VẬN ĐỘNG SAU CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO

I. ĐẠI CƯƠNG

- Trên người bệnh sau chấn thương sọ não ngoài biểu hiện của những triệu chứng thần kinh thực thể, các triệu chứng của rối loạn thần kinh chức năng gặp khá phổ biến, người bệnh thường có biểu hiện nhức đầu, chóng mặt, mệt mỏi, rối loạn giấc ngủ, lo lắng căng thẳng, giảm trí nhớ...các triệu chứng này ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng đến cuộc sống của người bệnh.

- Theo Y học cổ truyền chấn thương sọ não gây khí trệ huyết ứ, ảnh hưởng vận hành Kinh mạch, Tạng Phủ.

II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh sau giai đoạn cấp của chấn thương sọ não có biểu hiện rối loạn thần kinh chức năng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh trong giai đoạn cấp của chấn thương sọ não có chỉ định ngoại khoa.
- Người bệnh sau chấn thương sọ não có rối loạn tâm thần không hợp tác điều trị.

III. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ, Y sỹ được đào tạo về chuyên ngành Y học cổ truyền được cấp chứng chỉ hành nghề theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh...

2. Phương tiện

- Phòng xoa bóp bấm huyệt
- Giường xoa bóp bấm huyệt
- Gối, ga trải giường
- Bột talc
- Cồn sát trùng

3. Người bệnh

- Được hướng dẫn quy trình, vị trí bấm huyệt và đồng ý bấm huyệt
- Tư thế nằm ngửa, nằm sấp hoặc ngồi.
- Được khám và làm hồ sơ bệnh án theo quy định.

4. Hồ sơ bệnh án

Hoàn thành các thủ tục hành chính theo qui định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Thực hiện kỹ thuật

- Xoa, miết, nhào, day, lăn, vùng đầu, mặt, cổ, tứ chi, kéo giãn khớp cổ, khớp vai, chi dưới.

- Bấm các huyệt
 - + Bách hội + Hợp cốc + Thái dương
 - + Dương lăng tuyền + Phong trì + Thái xung
 - + Thượng tinh
- Day các huyệt

- + Thần môn + Huyết hải + Nội quan
- + Tam âm giao + Quan nguyên + Thái khê
- + Khí hải + Túc tam lý
- Thời gian 20- 30 phút cho một lần điện châm.

3.2. Liệu trình điều trị

- Xoa bóp 30 phút/lần/ngày,
- Một liệu trình điều trị từ 5- 20 ngày, tùy theo mức độ và diễn biến của bệnh, có thể điều trị nhiều liệu trình.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi

Toàn trạng, các triệu chứng kèm theo nếu có.

2. Xử trí tai biến

- Choáng
- + Triệu chứng: Người bệnh hoa mắt, chóng mặt, vã mồ hôi, mạch nhanh, sắc mặt nhợt nhạt.
- + Xử trí: Dừng xoa bóp bấm huyệt, lau mồ hôi, ủ ấm, uống nước chè đường nóng, nằm nghỉ tại chỗ. Theo dõi mạch, huyết áp.

XOA BÓP BẮM HUYẾT ĐIỀU TRỊ LIỆT TỬ CHÍ ĐO CHẤN THƯƠNG CỘT SỐNG

I. ĐẠI CƯƠNG

- Chấn thương cột sống cổ thường gặp trong tai nạn giao thông, lao động, tùy vào vị trí và mức độ tổn thương người bệnh có thể giảm hoặc mất vận động chủ động tứ chi hoàn toàn, thường kèm theo rối loạn cảm giác và rối loạn cơ tròn.

- Theo YHCT chấn thương gây làm kinh mạch tắc nghẽn, khí trệ huyết ứ gây liệt.

II. CHỈ ĐỊNH

- Chấn thương cột sống sau giai đoạn cấp không có chỉ định ngoại khoa.

- Sau phẫu thuật cột sống người bệnh có chỉ định phục hồi chức năng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh trong giai đoạn cấp, choáng tuỷ

- Người bệnh có chỉ định ngoại khoa.

- Bệnh ngoài da vùng cần được xoa bóp bấm huyết (XBBH).

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sỹ, Y sỹ được đào tạo về chuyên ngành Y học cổ truyền được cấp chứng chỉ hành nghề theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh.

2. Phương tiện

- Phòng xoa bóp bấm huyết

- Giường xoa bóp bấm huyết

- Gối, ga trải giường

- Bột talc

- Cồn sát trùng

3. Người bệnh

- Được hướng dẫn quy trình, vị trí bấm huyết và đồng ý bấm huyết

- Tư thế nằm ngửa hoặc nằm sấp.

- Được khám và làm hồ sơ bệnh án theo quy định.

4. Hồ sơ bệnh án

Hoàn thành các thủ tục hành chính theo qui định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Thực hiện kỹ thuật

- Xoa, sát, miết, day, bóp, lăn, vùng đầu mặt cổ, vai, tay, bụng, lưng, chân.

- Bấm tả

+ Giáp tích cổ vùng tổn thương hai bên

+ Đại chùy

+ Giáp tích L2-S1

+ Thái xung

+ Kiên ngung

+ Tý nhu

+ Trật biên

+ Hoàn khiêu

+ Địa ngũ hội

+ Thủ tam lý

+ Khúc trì

+ Hoàn khiêu

+ Thừa phù

+ Khâu khư

+ Ngoại quan

+ Chi câu

+ Ân môn

+ Thừa phù

+ Bát phong

+ Bát tà

+ Uyển trung

+ Trường cường

+ Hợp cốc

+ Lao cung

+ Dương lăng tuyền

+ Bàn quang du

+ Đại trường du

+ Giải Khê

+ Kiên trình

+ Cực tuyền

- Day bổ các huyết

+ Tam âm giao

+ Trung cực

+ Huyết hải

+ Âm liêm

+ Thận du

+ Quan nguyên

+ Khí hải + Túc tam lý

3.2. Liệu trình điều trị

- Xoa bóp 45 – 60 phút/lần/ngày,
- Một liệu trình điều trị từ 15 - 20 ngày, tùy theo mức độ và diễn biến của bệnh, có thể điều trị nhiều liệu trình.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi

Toàn trạng, các triệu chứng kèm theo nếu có.

2. Xử trí tai biến

- Choáng
+ Triệu chứng: Người bệnh hoa mắt, chóng mặt, vã mồ hôi, mạch nhanh, sắc mặt nhợt nhạt.
+ Xử trí: Dừng xoa bóp bấm huyệt, lau mồ hôi, ủ ấm, uống nước đường nóng, nằm nghỉ tại chỗ. Theo dõi mạch, huyết áp.

XOA BÓP BẨM HUYẾT ĐIỀU TRỊ ĐÁI DÀM CƠ NĂNG

I. ĐẠI CƯƠNG

- Đái dầm là bệnh khi ngủ đái mà không biết, thường gặp ở trẻ em.
- Nguyên nhân chủ yếu là do khí hóa của thận và tam tiêu yếu, khí âm dương ở hạ tiêu không bằng, làm cho cơ bóp của bàng quang bị rối loạn gây nên.

II. CHỈ ĐỊNH

Trẻ em trên 3 tuổi vẫn còn đái dầm và không có nguyên nhân thực thể.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Đái dầm do những nguyên nhân thực thể gây nên

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sỹ, Y sỹ được đào tạo về chuyên ngành Y học cổ truyền được cấp chứng chỉ hành nghề theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh...

2. Phương tiện

- Phòng xoa bóp bấm huyệt
- Giường xoa bóp bấm huyệt
- Gối, ga trải giường
- Bột talc
- Cồn sát trùng

3. Người bệnh

- Được hướng dẫn quy trình, vị trí bấm huyệt và đồng ý bấm huyệt
- Tư thế nằm ngửa hoặc nằm sấp .
- Được khám và làm hồ sơ bệnh án theo quy định.

4. Hồ sơ bệnh án: Hoàn thành các thủ tục hành chính theo qui định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Thực hiện kỹ thuật

- Xoa, xát, miết, day, nhào vùng bụng, lưng
- Bấm tả
- Day bổ
- + Bách hội + Thái dương
- + Nội quan + Thần môn
- + Quan nguyên + Hợp cốc + Khí hải
- + Thận du + Tam âm giao

3.2. Liệu trình điều trị

- Xoa bóp 30 phút/lần/ngày,
- Một liệu trình điều trị từ 15- 20 lần.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TẠI BIỂN

1. Theo dõi: Toàn trang, các triệu chứng kèm theo nếu có.

2. Xử trí tai biến

- Choáng
+ Triệu chứng: Người bệnh hoa mắt, chóng mặt, vã mồ hôi, mạch nhanh, sắc mặt nhợt
+ Xử trí: Dùng xoa bóp bấm huyệt, lau mồ hôi, ủ ấm, uống nước đường nóng, nằm nghỉ
Theo dõi mạch, huyết áp.

SOI ĐÁY MẮT CẤP CỨU

I. ĐẠI CƯƠNG

- Soi đáy mắt cấp cứu là phương pháp khám đáy mắt nhằm giúp ta thấy được tình trạng võng mạc, gai thị và các môi trường trong suốt của đáy mắt trong các bệnh toàn thân để phối hợp điều trị và tiên lượng bệnh, là thủ thuật cấp cứu có tri hoãn

- Các phương pháp soi đáy mắt
- + Soi đáy mắt hình đảo ngược: gián tiếp
- + Soi đáy mắt hình thẳng: trực tiếp

II. CHỈ ĐỊNH

- Chỉ định tất cả cho khám đáy mắt cấp cứu tại giường hồi sức tích cực hay giường cấp cứu, cần quan sát tình trạng võng mạc, đĩa thị giác và hoàng điểm

- Có hay không tổn thương đáy mắt liên quan đến bệnh lý cấp cứu toàn thân như: ngộ độc hóa chất, thuốc, rượu, ngạt, đuối nước, các bệnh truyền nhiễm gây xuất huyết đáy mắt....

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Đục các môi trường trong suốt: giác mạc, thể thủy tinh, người bệnh kích thích nhiều hoặc đang và đã dùng các thuốc an thần, sau gây mê...(do dùng thuốc hướng thần làm đồng tử co lại)

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Mắt

2. Phương tiện

- Đèn soi đáy mắt trực tiếp, đèn soi đáy mắt gián tiếp
- Vành mi, ấn củng mạc
- Thuốc tra giãn đồng tử: Mydrin-P

3. Người bệnh: Người bệnh được tra giãn đồng tử.

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

- Bác sĩ 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.

- Bác sĩ quan sát tình trạng võng mạc người bệnh, gai thị, hoàng điểm của người bệnh, đánh giá tình trạng tổn thương liên quan.

+ 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.

VÁ VỠ XƯƠNG HỐC MẮT (THÀNH DƯỚI, THÀNH TRONG ± DÙNG SỤN SƯỜN)

I. ĐẠI CƯƠNG

Vá vỡ xương hốc mắt (thành dưới, thành trong ± dùng sụn sườn) là phẫu thuật phục hồi giải phẫu của xương hốc mắt sau chấn thương. Có thể đặt sụn sườn hoặc các tấm Silicon, tấm lưới Titan vào dưới màng xương nhằm phục hồi mốc giải phẫu hốc mắt tránh lõm mắt, tụt kẹt cơ và các thành phần trong hốc mắt.

II. CHỈ ĐỊNH

Vỡ xương hốc mắt gây lõm mắt > 2mm, gây kẹt cơ và tổ chức hốc mắt

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Tình trạng toàn thân không cho phép phẫu thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ hốc mắt.
- Đốt điện hai cực.
- Bộ dụng cụ lấy sụn sườn.

3. Người bệnh

- Làm vệ sinh tại chỗ và toàn thân.
- Chụp ảnh trước phẫu thuật (nếu có thể).
- Chụp CT sọ não - hốc mắt để thấy rõ được tổn thương vỡ xương hốc mắt.
- Tư vấn cho người bệnh 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 mê
- Gây tê tại chỗ lấy sụn sườn.

3.2. Kỹ thuật

3.2.1. Lấy sụn sườn

- Sát khuẩn vùng hạ sườn vùng cần lấy sụn sườn
- Rạch da và bóc tách vào vùng sụn sườn cần lấy tránh chọc thủng vào khoang màng phổi.
- Bóc tách màng sụn sườn vào sụn sườn và lấy mảnh sụn sườn theo diện tích cần ghép cho vào dung dịch NaCl 0,9% có pha kháng sinh.
- Khâu màng sụn sườn
- Khâu da

3.2.2. Ghép mảnh sụn sườn và vá sàn hốc mắt

- Gây mê.
- Rạch da mi cách bờ mi dưới 1mm.

- Rạch qua cơ vòng mi, cân vách hốc mắt.
- Rạch và tách màng xương hốc mắt.
- Bộc lộ vùng vỡ xương hốc mắt.
- Vá vững vỡ xương hốc mắt bằng mảnh sụn sườn lấy được tùy theo diện vỡ sàn hốc mắt và khâu lại màng xương.
- Nếu có tấm Silicon hoặc tấm lưới Titan thì không phải lấy sụn sườn
- Nếu mắt còn lõm nhiều, có thể lấy mỡ và ghép mỡ hốc mắt (Bài ghép mỡ điều trị lõm mắt)
- Khâu vết phẫu thuật bằng chỉ vicryl 6-0.

VI. THEO DÕI

Người bệnh được khám lại 1 ngày, 1 tuần và 1 tháng sau phẫu thuật.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Xuất huyết trước cân vách hốc mắt: theo dõi, chườm lạnh.
- Xuất huyết hốc mắt: theo dõi và dẫn lưu máu tụ hốc mắt nếu cần thiết.
- Thải vật liệu vá sàn hốc mắt: phẫu thuật lại.
- Mất thị lực do đặt miếng vật liệu quá sâu về phía sau gây tổn thương dây thị giác: lấy bỏ tấm vá sàn hốc mắt hay đặt lại.
- Thủng vào khoang màng phổi gây tràn dịch tràn khí màng phổi: dẫn lưu khí, dịch màng phổi, đóng lỗ thủng

PHẪU THUẬT LẤY THỂ THỦY TINH TRONG BAO

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật lấy thể thủy tinh trong bao là phương pháp lấy toàn bộ thể thủy tinh.

II. CHỈ ĐỊNH

- Lệch thể thủy tinh quá nhiều ($> 180^\circ$).
- Thể thủy tinh sa vào tiền phòng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Đục thể thủy tinh bẩm sinh ở trẻ em.
- Các trường hợp đang viêm nhiễm tại mắt.
- Bệnh lý toàn thân chưa 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 chỉ không tiêu 10-0.
- Thuốc tê, thuốc kháng sinh và corticosteroid.

3. Người bệnh

- Khám mắt: kiểm tra thị lực, thử kính, đo nhãn áp, đánh giá tình trạng giác mạc, đồng tử, thể thủy tinh, dịch kính, võng mạc.
- Khám toàn thân và các xét nghiệm theo quy định theo quy định.
- Tư vấn cho người bệnh trước phẫu thuật.
- Uống thuốc hạ nhãn áp trước phẫu thuật.
- Tra dẫn đồng tử trước phẫu thuật.

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Vô cảm

- Trẻ em: gây mê.
- Người lớn: gây tê tại chỗ hoặc gây mê.

3.2. Kỹ thuật

- Cố định mí, đặt chỉ cơ trực trên.
- Phẫu tích kết mạc phía trên sát rìa. Cầm máu củng mạc.
- Rạch giác củng mạc vùng rìa, mở vào tiền phòng $120 - 140^\circ$.
- Đặt chỉ an toàn củng giác mạc.
- Lấy thể thủy tinh trong bao: người phụ nâng mép giác mạc lên. Một tay phẫu thuật viên dùng vòng Snellen đỡ nhẹ phía dưới của thể thủy tinh, tay kia dùng spatun ấn nhẹ phía ngoài nhãn cầu vùng rìa vị trí 6 giờ đẩy thể thủy tinh ra khỏi vết mổ.
- Cắt dịch kính tại mép phẫu thuật và trong tiền phòng (nếu có).

- Cắt móng mắt chu biên để phòng biến chứng kẹt móng mắt hay tăng nhãn áp thứ phát.
- Khâu phục hồi mép mỡ.
- Bơm tái tạo tiền phòng.
- Tiêm kháng sinh và cortisol cạnh nhãn cầu, tra mỡ kháng sinh, băng kín mắt phẫu thuật.

VI. THEO DÕI SAU PHẪU THUẬT

Thay băng, theo dõi hàng ngày cho đến khi xuất viện.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Trong phẫu thuật

- Xuất huyết tiền phòng: rửa sạch máu tiền phòng.
- Vỡ bao thể thủy tinh: rửa tiền phòng, lấy chất nhân ra.
- Phôi dịch kính: kéo chỉ an toàn, cắt dịch kính.
- Xuất huyết tổng khứ: đóng ngay mép phẫu thuật.

2. Sau phẫu thuật

- Xuất huyết tiền phòng: điều trị tiêu máu.
- Phù nề giác mạc: giảm phù nề.
- Viêm màng bồ đào: chống viêm bằng kháng sinh và corticosteroid, dẫn đồng tử.
- Tăng nhãn áp: hạ nhãn áp bằng thuốc hoặc phẫu thuật.
- Xẹp tiền phòng: xử lý theo nguyên nhân.
- + Nếu mép phẫu thuật kín: băng ép, uống nhiều nước.
- + Nếu rò mép phẫu thuật: khâu lại mép phẫu thuật và bơm hơi tiền phòng.
- Bong hắc mạc: tra atropin 1%, uống glycerol, chống viêm. Nếu sau 1 tuần tiền phòng không tái tạo thì bơm hơi tiền phòng, tháo dịch hắc mạc.
- Viêm nội nhãn: điều trị viêm nội nhãn tích cực.
- Phù hoàng điểm dạng nang: corticosteroid tại chỗ và toàn thân.
- Bong võng mạc: phẫu thuật bong võng mạc.

PHẪU THUẬT LẤY THỂ THỦY TINH NGOÀI BAO, ĐẶT THỂ THỦY TINH NHÂN TẠO TRÊN MẮT ĐỘC NHẤT, GẦN MÙ

I. ĐẠI CƯƠNG

- Phẫu thuật lấy thể thủy tinh ngoài bao là phương pháp lấy đi khối nhân và toàn bộ chất vỏ thể thủy tinh qua một khoảng mở ở trung tâm của bao trước và để lại bao sau.
- Trong trường hợp trên mắt độc nhất thì phải lấy bệnh phẩm kết mạc để nuôi cấy dự phòng trước phẫu thuật (xem quy trình: Lấy bệnh phẩm kết mạc).

II. CHỈ ĐỊNH

Tất cả các loại đục thể thủy tinh trừ những trường hợp chống chỉ định.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Đục và lộn thể thủy tinh nhiều $>180^\circ$.
- Đục thể thủy tinh dạng màng, xơ.
- Các trường hợp đang viêm nhiễm tại mắt.
- Bệnh lý toàn thân chưa 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 phẫu thuật thể thủy tinh ngoài bao.
- Thể thủy tinh nhân tạo.
- Thuốc gây tê tại chỗ, kháng sinh và corticosteroid.
- Phương tiện lấy bệnh phẩm kết mạc

3. Người bệnh

- Khám toàn thân và làm các xét nghiệm theo quy định theo quy định.
- Bơm rửa lệ đạo.
- Siêu âm đánh giá tình trạng dịch kính võng mạc và tính công suất thể thủy tinh nhân tạo.
- Người bệnh và gia đình được giải thích về bệnh, biến chứng, kết quả phẫu thuật.

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định chung.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Vô cảm

- Trẻ em: gây mê.
- Người lớn: tiêm tê cạnh nhãn cầu.

3.2. Kỹ thuật

- Cố định mi và cơ trực trên.
- Phẫu tích kết mạc sát rìa từ 10 giờ - 2 giờ, bộc lộ củng mạc và cầm máu.
- Rạch củng giác mạc vùng rìa: rạch 2/3 bề dày giác mạc, mở vào tiền phòng chiều dài 2mm cách rìa 1mm.

- Bơm dịch nhảy vào tiền phòng.
- Mở bao trước thể thủy tinh theo kiểu hình con tem bằng kim hoặc xé liên tục kích thước 6 - 7mm bằng kẹp phẫu tích xé bao.
- Mở rộng vết mổ vùng rìa khoảng 120 - 140°.
- Đặt chỉ an toàn
- Dùng kim 2 nòng tách và xoay phần nhân của thể thủy tinh.
- Lấy nhân: một tay phẫu thuật viên cầm spatule ấn nhẹ vào cực dưới của nhân ở vị trí 6 giờ, tay kia dùng móc lác ấn vào củng mạc ở sau mép phẫu thuật đẩy dần nhân thể thủy tinh trượt qua vết mổ ra ngoài.
- Rửa hút sạch chất nhân.
- Bơm chất nhảy vào tiền phòng, đặt thể thủy tinh nhân tạo vào trong bao.
- Rửa sạch chất nhảy.
- Khâu phục hồi vết mổ.
- Tái tạo tiền phòng bằng nước hoặc hơi.
- Tiêm kháng sinh và corticosteroid cạnh nhãn cầu.
- Tra mỡ kháng sinh, băng mắt.

VI. THEO DÕI

Thay băng, theo dõi hàng ngày cho đến khi xuất viện.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Trong phẫu thuật

- Xuất huyết tiền phòng: rửa sạch máu tiền phòng.
- Vỡ bao sau thể thủy tinh, phôi dịch kính: kéo chỉ an toàn, cắt dịch kính bằng máy cắt dịch kính.
- Xuất huyết tổng khứ hoặc dọa xuất huyết tổng khứ: đóng ngay mép phẫu thuật.

2. Sau phẫu thuật

- Xuất huyết tiền phòng: điều trị tiêu máu.
- Phù nề giác mạc: điều trị giảm phù nề.
- Viêm màng bồ đào: chống viêm bằng kháng sinh và corticosteroid, dẫn đồng tử.
- Tăng nhãn áp: hạ nhãn áp bằng thuốc hoặc phẫu thuật.
- Xẹp tiền phòng: xử lý theo nguyên nhân:
 - + Nếu mép phẫu thuật kín: băng ép, uống nhiều nước.
 - + Nếu rò mép phẫu thuật: khâu lại mép phẫu thuật và bơm hơi tiền phòng.
- Bong hắc mạc: tra atropin 1%, uống glycerol, điều trị chống viêm. Nếu sau 1 tuần tiền phòng không tái tạo thì bơm hơi tiền phòng, tháo dịch hắc mạc.
- Viêm nội nhãn: điều trị viêm nội nhãn tích cực.

PHẪU THUẬT TÁN NHUYỄN NHÂN THỂ THỦY TINH ĐỤC BẰNG PHƯƠNG PHÁP SIÊU ÂM (PHẪU THUẬT PHACO)

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật tán nhuyễn nhân thể thủy tinh (Phacoemulsification, viết tắt: Phaco) là kỹ thuật sử dụng máy phaco tạo ra hoạt động rung ở tần số siêu âm. Chính quá trình rung tại đầu Phaco (Phaco typ) sẽ phá vỡ nhân thủy tinh thành các mảnh nhỏ và được hút ra ngoài.

II. CHỈ ĐỊNH

Tất cả các trường hợp đục thể thủy tinh.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Đục thể thủy tinh tiêu, đục thể thủy tinh dạng màng, xơ.
- Các trường hợp đang viêm nhiễm tại mắt.
- Tình trạng toàn thân chưa cho phép phẫu thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Các bác sĩ Nhãn khoa được đào tạo về phương pháp phẫu thuật Phaco.

2. Phương tiện

- Máy Phaco.
- Hiển vi phẫu thuật.
- Bộ dụng cụ vi phẫu để phẫu thuật phaco, dịch nhầy.

3. Người bệnh

- Khám toàn thân và làm các xét nghiệm theo quy định theo quy định.
- Bơm rửa lệ đạo.
- Siêu âm đánh giá tình trạng dịch kính võng mạc và tính công suất thể thủy tinh nhân tạo.
- Người bệnh và gia đình được giải thích về bệnh, biến chứng, kết quả 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. Gây tê

- Gây tê tại chỗ hoặc gây mê.
- Với những người bệnh phối hợp tốt, có thể không cần tiêm tê mà chỉ gây tê bằng thuốc tê bề mặt, tra 2 - 3 lần trước phẫu thuật.

3.2. Kỹ thuật

- Đặt vành mi (hoặc có thể đặt chỉ cố định mi và cơ trực).
- Tạo đường hầm vào tiền phòng: hiện có 3 cách:
 - + Tạo đường hầm từ vùng rìa: đường rạch song song với vùng rìa, cách vùng rìa khoảng 1,5mm về phía củng mạc. Dùng dao tạo đường hầm đi vào phía giác mạc, quá vùng rìa khoảng 1 mm thì chọc vào tiền phòng.
 - + Tạo đường hầm từ củng mạc: đường rạch cách vùng rìa 2 - 2,5mm về phía củng mạc. Đường hầm cũng đi quá vùng rìa giác mạc 1mm thì vào tiền phòng.
 - Tạo đường hầm từ giác mạc: dùng dao phẫu thuật Phaco đi trực tiếp tại vùng giác mạc trong ở rìa. Đường hầm trong giác mạc dài khoảng 2 - 2,5mm.

- Bơm dịch nhầy vào tiền phòng.
- Mở đường phẫu thuật phụ bằng dao 15 độ (thường vuông góc với đường phẫu thuật chính).
- Xé bao thể thủy tinh: có thể xé bao bằng kim hoặc bằng kẹp phẫu tích xé bao. Đường kính xé bao từ 5,5 - 6mm.
- Tách nhân thể thủy tinh bằng nước cho đến khi xoay khối nhân được dễ dàng.
- Dùng đầu Phaco để tán nhuyễn nhân thể thủy tinh.
- Dùng đầu hút hút sạch chất nhân.
- Bơm dịch nhầy, sau đó đặt thể thủy tinh nhân tạo vào trong túi bao.
- Với đường rạch vùng rìa hoặc củng mạc thì có thể khâu 1 mũi chỉ 10-0. Với đường rạch trực tiếp giác mạc thì bơm nước vào mép đường rạch chính và phụ để mép vết phẫu thuật tự khép kín.
- Kiểm tra độ kín mép phẫu thuật.
- Có thể tiêm kháng sinh và corticoid sau phẫu thuật.
- Tra mỡ kháng sinh, băng mắt.

VI. THEO DÕI

- Tra kháng sinh tại mắt ngày 4 lần trong 1 tuần.
- Tra corticoid tại mắt ngày 4 lần trong 1 tháng.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Trong phẫu thuật

- Đường xé bao quá nhỏ: xé bao bổ sung.
- Đường xé bao bị rách rộng ra ngoài vi: nếu chưa có nhiều kinh nghiệm thì nên chuyển sang phẫu thuật ngoài bao.
- Rách bao sau trong quá trình Phaco nhân: cần cân nhắc và chuyển sang phẫu thuật ngoài bao sớm nếu thấy đường rách bao rộng hơn.
- Rách bao sau trong quá trình hút chất nhân: cần cắt sạch dịch kính, sau đó đặt thể thủy tinh.
- Nhân thể thủy tinh sa vào buồng dịch kính: không được dùng đầu Phaco đưa vào buồng dịch kính để hút nhân, cần đóng lại vết phẫu thuật và mời chuyên gia võng mạc, dịch kính tới xử lý cắt thể thủy tinh và dịch kính.
- Bỏng mép vết phẫu thuật: do đầu Phaco sinh nhiệt, cần dội nước liên tục vào mép vết phẫu thuật trong quá trình phẫu thuật.

2. Sau phẫu thuật

Tai biến và xử trí giống như các biến chứng của phẫu thuật thể thủy tinh ngoài bao như: viêm nội nhãn, xuất huyết tiền phòng, loạn dưỡng giác mạc, lệch thể thủy tinh, đục bao sau, phù hoàng điểm dạng nang.

CẮT DỊCH KÍNH + LASER NỘI NHÃN

I. ĐẠI CƯƠNG

Cắt dịch kính và laser nội nhãn điều trị bong, rách võng mạc là phẫu thuật loại bỏ dịch kính bệnh lý và các co kéo từ buồng dịch kính để tạo điều kiện cho võng mạc áp lại kèm theo laser nội nhãn điều trị các vết rách võng mạc.

II. CHỈ ĐỊNH

- Bong, rách võng mạc co kéo.
- Bong, rách võng mạc kèm: xuất huyết dịch kính, tổ chức hóa dịch kính.
- Bong võng mạc do lỗ hoàng điểm hoặc vết rách võng mạc ở hậu cực.
- Bong võng mạc toàn bộ, vết rách hơn 90°, có mép cuộn lại.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Tuyệt đối

- Mất chức năng thị giác, teo nhãn cầu.
- Glôcôm tân mạch.

2. Tương đối

Bệnh lý toàn thân không cho phép phẫu thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

2. Phương tiện

- Hiển vi phẫu thuật và bộ dụng cụ vi phẫu.
- Máy cắt dịch kính (có khí nở)
- Máy laser có đầu nội nhãn

3. Người bệnh

- Làm vệ sinh mắt, bơm rửa lệ đạo, uống thuốc hạ nhãn áp và an thần tối hôm trước ngày phẫu thuật.
- Người bệnh được tư vấn trước phẫu thuật.

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định chung của Bộ Y tế.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Tiến hành

3.1. Vô cảm

- Trẻ em: gây mê.
- Người lớn: 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 sát rìa (có thể toàn bộ chu vi).
- Đo bằng compa và mổ vào nhãn cầu 3 đường qua Pars plana (cách rìa 3,5mm với người còn thể thủy tinh; 3mm với người đã phẫu thuật lấy thể thủy tinh hoặc đặt thể thủy tinh nhân tạo).
- Cố định bằng kim truyền dịch.

- Đặt đầu cắt dịch và đèn nội nhãn hoặc camera nội nhãn (trực tiếp qua lỗ mở thành nhãn cầu hoặc qua trocar với dụng cụ phẫu thuật 23 hoặc 25G).

- Cắt dịch kính từ trung tâm ra chu biên, từ vùng đục ít ra vùng đục nhiều, từ vùng không rách/bong võng mạc ra vùng có rách/bong võng mạc, cắt sạch dịch kính quanh các mép vết rách võng mạc.

- Bóc và cắt các dải tăng sinh trên bề mặt võng mạc hoặc dưới võng mạc, giải phóng võng mạc.

- Tiến laser nội nhãn trong quá trình cắt dịch kính.

- Có thể trao đổi khí- dịch, dẫn lưu dịch dưới võng mạc:

- + Khí được bơm từ máy cắt dịch kính qua đường truyền dịch.

- + Dịch trong buồng dịch kính được hút chủ động bằng lực hút của máy cắt dịch kính hoặc thụ động bằng cách đặt đầu hút mềm trước gai thị.

- + Dịch dưới võng mạc được dẫn lưu qua vết rách võng mạc.

- Laser vết rách võng mạc (hoặc lạnh đông).

- Bơm vào dịch kính một trong các chất: không khí, khí nở (SF₆, C₂F₆, C₃F₈), dầu Silicon nội nhãn.

- Đóng các vết mổ nhãn cầu (không khâu trong trường hợp dùng trocar với dụng cụ 23, 25G).

- Tiêm kháng sinh kết hợp chống viêm cạnh nhãn cầu hoặc dưới kết mạc.

- Tra thuốc, băng mắt.

VI. THEO DÕI

- Băng kín hai mắt chỉ áp dụng cho ngày đầu, sau lần thay băng thứ nhất băng kín một mắt, sau hai tuần có thể cho người bệnh đeo kính lỗ hai mắt trong vòng một tháng.

- Các tư thế sau mổ được chỉ định tùy trường hợp.

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

VII. BIẾN CHỨNG

1. Trong phẫu thuật

Rách võng mạc, bong võng mạc rộng thêm, bong thể mi hoặc hắc mạc.

2. Sau phẫu thuật

- Đục, mất bù trừ giác mạc.

- Phản ứng phù dịch kính sau phẫu thuật.

- Đục thể thủy tinh.

- Tăng nhãn áp, teo nhãn cầu, tái phát tăng sinh dịch kính - võng mạc, tái phát bong võng mạc.

- Viêm màng bồ đào, viêm nội nhãn.

CẮT DỊCH KÍNH, KHÍ NỘI NHÃN ĐIỀU TRỊ LỖ HOÀNG ĐIỂM

I. ĐẠI CƯƠNG

Cắt dịch kính và bơm khí nội nhãn điều trị lỗ hoàng điểm là phẫu thuật loại bỏ dịch kính bệnh lý và lỗ hoàng điểm do các co kéo từ buồng dịch kính và bệnh lý lỗ hoàng điểm để tạo điều kiện cho võng mạc áp lại sau khi bơm khí.

II. CHỈ ĐỊNH

- Bong võng mạc do lỗ hoàng điểm
- Vết rách võng mạc ở hậu cực do co kéo trên bệnh lý lỗ hoàng điểm.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Tuyệt đối

- Mất chức năng thị giác, teo nhãn cầu.
- Glôcôm tân mạch.

2. Tương đối

Bệnh lý toàn thân không cho phép phẫu thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

2. Phương tiện

- Hiên vi phẫu thuật và bộ dụng cụ vi phẫu.
- Máy cắt dịch kính (có khí nở)
- Máy laser có đầu nội nhãn

3. Người bệnh

- Làm vệ sinh mắt, bơm rửa lệ đạo, uống thuốc hạ nhãn áp và an thần tối hôm trước ngày phẫu thuật.
- Người bệnh được tư vấn trước phẫu thuật.

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định chung của Bộ Y tế.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Tiến hành

3.1. Vô cảm

- Trẻ em: gây mê.
- Người lớn, trẻ lớn: 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 sát rìa (có thể toàn bộ chu vi).
- Đo bằng compa và mở vào nhãn cầu 3 đường qua Pars plana (cách rìa 3,5mm với người còn thể thủy tinh; 3mm với người đã phẫu thuật lấy thể thủy tinh hoặc đặt thể thủy tinh nhân tạo).
- Cố định bằng kim truyền dịch.

- Đặt đầu cắt dịch và đèn nội nhãn hoặc camera nội nhãn (trực tiếp qua lỗ mở thành nhãn cầu hoặc qua trocar với dụng cụ phẫu thuật 23 hoặc 25G).

- Cắt dịch kính từ trung tâm ra chu biên, từ vùng đục ít ra vùng đục nhiều, từ vùng không rách/ bong võng mạc ra vùng có rách/ bong võng mạc, cắt sạch dịch kính quanh các mép vết rách võng mạc.

- Bóc và cắt màng trước võng mạc, cắt các dải tăng sinh trên bề mặt võng mạc, quanh lỗ hoàng điểm hoặc dưới võng mạc, giải phóng võng mạc.

- Có thể tiến hành điện đông, laser nội nhãn trong quá trình cắt dịch kính.

- Trao đổi khí- dịch, dẫn lưu dịch dưới võng mạc:

- + Khí được bơm từ máy cắt dịch kính qua đường truyền dịch.

- + Dịch trong buồng dịch kính được hút chủ động bằng lực hút của máy cắt dịch kính hoặc thụ động bằng cách đặt đầu hút mềm trước gai thị.

- Laser vết rách võng mạc do co kéo lỗ hoàng điểm (hoặc lạnh đông).

- Bơm vào dịch kính một trong các chất: không khí, khí nở (SF₆, C₂F₆, C₃F₈), dầu Silicon nội nhãn.

- Đóng các vết mổ nhãn cầu (không khâu trong trường hợp dùng trocar với dụng cụ 23, 25G).

- Tiêm kháng sinh kết hợp chống viêm cạnh nhãn cầu hoặc dưới kết mạc.

- Tra thuốc, băng mắt.

VI. THEO DÕI

- Băng kín hai mắt chỉ áp dụng cho ngày đầu, sau lần thay băng thứ nhất băng kín một mắt, sau hai tuần có thể cho người bệnh đeo kính lỗ hai mắt trong vòng một tháng.

- Các tư thế sau mổ được chỉ định tùy trường hợp.

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

VII. BIẾN CHỨNG

1. Trong phẫu thuật

Rách võng mạc, bong võng mạc rộng thêm, bong thể mi hoặc hắc mạc.

2. Sau phẫu thuật

- Đục, mất bù trừ giác mạc.

- Phản ứng phù dịch kính sau phẫu thuật.

- Đục thể thủy tinh.

- Tăng nhãn áp, teo nhãn cầu, tái phát tăng sinh dịch kính - võng mạc, tái phát bong võng mạc.

- Viêm màng bồ đào, viêm nội nhãn.

CẮT DỊCH KÍNH+ LASER NỘI NHÃN+ LẤY DỊ VẬT NỘI NHÃN

I. ĐỊNH NGHĨA

Cắt dịch kính và laser nội nhãn, lấy dị vật nội nhãn là phẫu thuật loại bỏ dịch kính bị đục gây giảm thị lực hoặc các tổn thương dịch kính - võng mạc gây các nguy cơ như xuất huyết, bong, rách võng mạc do dị vật nội nhãn sau chấn thương.

II. CHỈ ĐỊNH

- Đục dịch kính gây giảm thị lực trong một số trường hợp chấn thương mắt có dị vật nội nhãn
- Bong- rách võng mạc do dị vật nội nhãn.
- Một số biến chứng của phẫu thuật thủy tinh như sót mảnh thể thủy tinh gây dị vật nội nhãn.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Tuyệt đối

- Mất chức năng thị giác, teo nhãn cầu.
- Glôcôm tân mạch.

2. Tương đối

- Bệnh lý toàn thân nặng (cao huyết áp, bệnh lý tim mạch).
- Trẻ em quá nhỏ hoặc người quá già yếu.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Phẫu thuật viên chuyên khoa Mắt nắm vững kỹ thuật cắt dịch kính.

2. Phương tiện

Máy cắt dịch kính và các phụ kiện kèm theo.

3. Người bệnh

- Được khám và đánh giá đầy đủ tình trạng mắt và toàn thân.
- Được tư vấn trước phẫu thuật.

4. Hồ sơ bệnh án

Hoàn chỉnh hồ sơ bệnh án, hội chẩn theo quy định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Chuẩn bị người bệnh ngay trước phẫu thuật

- Hạ nhãn áp: uống thuốc trước phẫu thuật 1 giờ: acetazolamid 0,25g x 2 viên.
- Tra mắt thuốc co đồng tử trước phẫu thuật 1 giờ.
- Phòng nhiễm trùng mắt: tra thuốc kháng sinh, betadin 5% trước phẫu thuật.

4. Thực hiện kỹ thuật

4.1. Vô cảm

- Trẻ em: gây mê.
- Người lớn: gây tê tại chỗ hoặc gây mê.

4.2. Kỹ thuật

- Sát trùng mắt bằng dung dịch betadin 5%.
- Cố định mi bằng vành mi.
- Mở kết mạc sát rìa (có thể toàn bộ chu vi).

- Đo bằng compa và mở vào nhãn cầu 3 đường qua Pars plana (cách rìa 3,5mm với người còn thể thủy tinh; 3mm với người đã phẫu thuật lấy thể thủy tinh hoặc đặt thể thủy tinh nhân tạo).

- Cố định bằng kim truyền dịch.

- Đặt đầu cắt dịch và đèn nội nhãn hoặc camera nội nhãn (trực tiếp qua lỗ mở thành nhãn cầu hoặc qua trocar với dụng cụ phẫu thuật 23 hoặc 25G).

- Cắt dịch kính từ trung tâm ra chu biên, từ vùng đục ít ra vùng đục nhiều, từ vùng không rách/bong võng mạc ra vùng có rách/bong võng mạc, cắt sạch dịch kính quanh các mép vết rách võng mạc.

- Bóc và cắt tổ chức xuất huyết võng mạc, cắt các dải tăng sinh trên bề mặt võng mạc hoặc dưới võng mạc, giải phóng võng mạc.

- Tiến hành laser nội nhãn quanh các vết rách, thủng võng mạc do dị vật gây nên hay bong võng trong quá trình cắt dịch kính.

- Trao đổi khí - dịch, dẫn lưu dịch dưới võng mạc:

+ Khí được bơm từ máy cắt dịch kính qua đường truyền dịch.

+ Dịch trong buồng dịch kính được hút chủ động bằng lực hút của máy cắt dịch kính hoặc thụ động bằng cách đặt đầu hút mềm trước gai thị.

+ Dịch dưới võng mạc được dẫn lưu qua vết rách võng mạc.

- Lấy dị vật bằng nam châm nếu dị vật là kim loại có từ tính, gắp dị vật qua lỗ mở hoặc qua thành nhãn cầu nếu dị vật không từ tính và to.

- Bơm vào dịch kính một trong các chất: không khí, khí nở (SF₆, C₂F₆, C₃F₈), dầu Silicon nội nhãn.

- Đóng các vết mở nhãn cầu (không khâu trong trường hợp dùng trocar với dụng cụ 23, 25G).

- Tiêm kháng sinh kết hợp chống viêm cạnh nhãn cầu hoặc dưới kết mạc.

- Tra thuốc, băng mắt.

VI. THEO DÕI

- Băng kín hai mắt chỉ áp dụng cho ngày đầu, thay băng thứ nhất băng kín một mắt.

- Các tư thế sau mổ được chỉ định tùy trường hợp.

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

Ra viện tùy trường hợp, thường sau 3 - 7 ngày.

VII. BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ

1. Biến chứng trong phẫu thuật

- Bong hắc mạc hoặc bong võng

- Xuất huyết dịch kính - võng mạc

- Bong hắc mạc do áp lực buồng nội nhãn quá thấp

- Bong võng mạc

- Chạm võng mạc gây rách võng mạc

- Chạm thủy tinh thể: thường do đầu dụng cụ chạm vào thủy tinh thể gây đục thủy tinh thể khu trú

- Xuất huyết tổng khứ.

- Cần tìm nguyên nhân để xử lý.

2. Biến chứng sau phẫu thuật

- Phù giác mạc

- Xuất huyết nội nhãn

- Bong võng mạc
- Đục thủy tinh thể
- Tăng nhãn áp
- Hình thành màng fibrin bít diện đồng tử hoặc các màng trước võng mạc
- Viêm nội nhãn
- Nhãn viêm đồng cảm
- Hạ nhãn áp
- Phù hoàng điểm dạng nang
- Teo nhãn cầu.

CẮT DỊCH KÍNH ĐIỀU TRỊ VIÊM MỦ NỘI NHÃN

I. ĐỊNH NGHĨA

Cắt dịch kính điều trị viêm mủ nội nhãn là phẫu thuật loại bỏ dịch kính bị đục gây giảm thị lực hoặc các tổn thương dịch kính-võng mạc do viêm mủ nội nhãn gây nên.

II. CHỈ ĐỊNH

- Đục dịch kính gây giảm thị lực sau điều trị nội khoa viêm mủ nội nhãn.
- Tổ chức hóa dịch kính do viêm mủ nội nhãn.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Tuyệt đối

- Mất chức năng thị giác, teo nhãn cầu.
- Glôcôm tân mạch.

2. Tương đối

- Bệnh lý toàn thân nặng (cao huyết áp, bệnh lý tim mạch).
- Trẻ em quá nhỏ hoặc người quá già yếu.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Phẫu thuật viên chuyên khoa Mắt nắm vững kỹ thuật cắt dịch kính.

2. Phương tiện

Máy cắt dịch kính và các phụ kiện kèm theo.

3. Người bệnh

- Được khám và đánh giá đầy đủ tình trạng mắt và toàn thân.
- Được tư vấn trước phẫu thuật.

4. Hồ sơ bệnh án

Hoàn chỉnh hồ sơ bệnh án, hội chẩn theo quy định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Chuẩn bị người bệnh ngay trước phẫu thuật

- Hạ nhãn áp: uống thuốc trước phẫu thuật 1 giờ: acetazolamid 0,25g x 2 viên.
- Tra mắt thuốc co đồng tử trước phẫu thuật 1 giờ.
- Phòng nhiễm trùng mắt: tra thuốc kháng sinh, betadin 5% trước phẫu thuật.

4. Thực hiện kỹ thuật

4.1. Vô cảm

- Trẻ em: gây mê.
- Người lớn: gây tê tại chỗ hoặc gây mê.

4.2. Kỹ thuật

- Sát trùng mắt bằng dung dịch betadin 5%.
- Cố định mi bằng vành mi.
- Mở kết mạc sát rìa (có thể toàn bộ chu vi).
- Đo bằng compa và mở vào nhãn cầu 3 đường qua Pars plana (cách rìa 3,5mm với người còn thể thủy tinh; 3mm với người đã phẫu thuật lấy thể thủy tinh hoặc đặt thể thủy tinh nhân tạo).
- Cố định bằng kim truyền dịch.

- Đặt đầu cắt dịch và đèn nội nhãn hoặc camera nội nhãn (trực tiếp qua lỗ mổ thành nhãn cầu hoặc qua trocar với dụng cụ phẫu thuật 23 hoặc 25G).

- Cắt dịch kính từ trung tâm ra chu biên, từ vùng đục ít ra vùng đục nhiều, từ vùng không rách /bong võng mạc ra vùng có rách /bong võng mạc nếu có bong, rách võng mạc kèm theo, cắt sạch dịch kính quanh các mép vết rách võng mạc.

- Bóc và cắt các dải tăng sinh trên bề mặt võng mạc, các vùng có tổ chức hóa dịch kính do mù hay tổ chức tăng sinh xơ ở võng mạc hoặc dưới võng mạc, giải phóng võng mạc.

- Có thể tiến hành điện đông, laser nội nhãn trong quá trình cắt dịch kính nếu có rách võng mạc.

- Trao đổi khí - dịch, dẫn lưu dịch dưới võng mạc:

- + Khí được bơm từ máy cắt dịch kính qua đường truyền dịch.

- + Dịch trong buồng dịch kính được hút chủ động bằng lực hút của máy cắt dịch kính hoặc thụ động bằng cách đặt đầu hút mềm trước gai thị.

- + Dịch dưới võng mạc được dẫn lưu qua vết rách võng mạc.

- Laser vết rách võng mạc (hoặc lạnh đông) nếu có

- Bơm vào dịch kính một trong các chất: không khí, khí nở (SF₆, C₂F₆, C₃F₈), dầu Silicon nội nhãn.

- Đóng các vết mổ nhãn cầu (không khâu trong trường hợp dùng trocar với dụng cụ 23, 25G).

- Tiêm kháng sinh kết hợp chống viêm cạnh nhãn cầu hoặc dưới kết mạc.

- Tra thuốc, băng mắt.

VI. THEO DÕI

- Băng kín hai mắt chỉ áp dụng cho ngày đầu, thay băng thứ nhất băng kín một mắt.

- Các tư thế sau mổ được chỉ định tùy trường hợp.

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

- Ra viện tùy trường hợp, thường sau 3 - 7 ngày.

VII. BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ

1. Biến chứng trong phẫu thuật

- Bong hắc mạc hoặc bong võng

- Xuất huyết dịch kính - võng mạc

- Bong hắc mạc do áp lực buồng nội nhãn quá thấp

- Bong võng mạc

- Chạm võng mạc gây rách võng mạc

- Chạm thủy tinh thể: thường do đầu dụng cụ chạm vào thủy tinh thể gây đục thủy tinh thể khu trú

- Xuất huyết tổng khứ.

- Cần tìm nguyên nhân để xử lý.

2. Biến chứng sau phẫu thuật

- Phù giác mạc

- Xuất huyết nội nhãn

- Bong võng mạc

- Đục thủy tinh thể

- Tăng nhãn áp

- Hình thành màng fibrin bít diện đồng tử hoặc các màng trước võng mạc

- Viêm nội nhãn tái phát

- Nhãn viêm đồng cảm
- Hạ nhãn áp
- Phù hoàng điểm dạng nang
- Teo nhãn cầu.

CẮT DỊCH KÍNH ĐIỀU TRỊ ĐIỀU TRỊ TỔ CHỨC HÓA DỊCH KÍNH

I. ĐẠI CƯƠNG

Cắt dịch kính điều trị bong võng mạc là phẫu thuật loại bỏ dịch kính bệnh lý và các co kéo từ buồng dịch kính để tạo điều kiện cho võng mạc áp lại.

II. CHỈ ĐỊNH

Bong võng mạc kèm tổ chức hóa dịch kính.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Tuyệt đối

- Mất chức năng thị giác, teo nhãn cầu.
- Glôcôm tân mạch.

2. Tương đối

Bệnh lý toàn thân không cho phép phẫu thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

2. Phương tiện

- Хиến vi phẫu thuật và bộ dụng cụ vi phẫu.
- Máy cắt dịch kính (có khí nở)
- Máy laser có đầu nội nhãn

3. Người bệnh

- Làm vệ sinh mắt, bơm rửa lệ đạo, uống thuốc hạ nhãn áp và an thần tối hôm trước ngày phẫu thuật.
- Người bệnh được tư vấn trước phẫu thuật.

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định chung của Bộ Y tế.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Tiến hành

3.1. Vô cảm

- Trẻ em: gây mê.
- Người lớn: 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 sát rìa (có thể toàn bộ chu vi).
- Đo bằng compa và mở vào nhãn cầu 3 đường qua Pars plana (cách rìa 3,5mm với người còn thể thủy tinh; 3mm với người đã phẫu thuật lấy thể thủy tinh hoặc đặt thể thủy tinh nhân tạo).
- Cố định bằng kim truyền dịch.
- Đặt đầu cắt dịch và đèn nội nhãn hoặc camera nội nhãn (trực tiếp qua lỗ mở thành nhãn cầu hoặc qua trocar với dụng cụ phẫu thuật 23 hoặc 25G).

- Cắt dịch kính từ trung tâm ra chu biên, từ vùng đục ít ra vùng đục nhiều, từ vùng không rách/ bong võng mạc ra vùng có rách/ bong võng mạc, cắt sạch dịch kính quanh các mép vết rách võng mạc.

- Cắt tổ chức hóa dịch kính, xuất huyết dịch kính kèm theo, cắt các dải tăng sinh trên bề mặt võng mạc hoặc dưới võng mạc, giải phóng võng mạc.

- Có thể tiến hành điện đông, laser nội nhãn trong quá trình cắt dịch kính.

- Trao đổi khí- dịch, dẫn lưu dịch dưới võng mạc:

- + Khí được bơm từ máy cắt dịch kính qua đường truyền dịch.

- + Dịch trong buồng dịch kính được hút chủ động bằng lực hút của máy cắt dịch kính hoặc thụ động bằng cách đặt đầu hút mềm trước gai thị.

- + Dịch dưới võng mạc được dẫn lưu qua vết rách võng mạc.

- Laser vết rách võng mạc (hoặc lạnh đông).

- Bơm vào dịch kính một trong các chất: không khí, khí nở (SF_6 , C_2F_6 , C_3F_8), dầu Silicon nội nhãn.

- Đóng các vết mổ nhãn cầu (không khâu trong trường hợp dùng trocar với dụng cụ 23, 25G).

- Tiêm kháng sinh kết hợp chống viêm cạnh nhãn cầu hoặc dưới kết mạc.

- Tra thuốc, băng mắt.

VI. THEO DÕI

- Băng kín hai mắt chỉ áp dụng cho ngày đầu, sau lần thay băng thứ nhất băng kín một mắt, sau hai tuần có thể cho người bệnh đeo kính lỗ hai mắt trong vòng một tháng.

- Các tư thế sau mổ được chỉ định tùy trường hợp.

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

VII. BIẾN CHỨNG

1. Trong phẫu thuật

- Rách võng mạc, bong võng mạc rộng thêm, bong thể mi hoặc hắc mạc.

2. Sau phẫu thuật

- Đục, mất bù trừ giác mạc.

- Phản ứng phù dịch kính sau phẫu thuật.

- Đục thể thủy tinh.

- Tăng nhãn áp, teo nhãn cầu, tái phát tăng sinh dịch kính - võng mạc, tái phát bong võng mạc.

- Viêm màng bồ đào, viêm nội nhãn.

CẮT DỊCH KÍNH ĐIỀU TRỊ TỒN LƯU DỊCH KÍNH NGUYÊN THỦY

I. ĐỊNH NGHĨA

Cắt dịch kính điều trị tồn lưu dịch kính nguyên thủy là phẫu thuật loại bỏ dịch kính bị đục gây giảm thị lực do xơ hóa tổ chức dịch kính nguyên thủy hoặc các tổn thương dịch kính - võng mạc như bong, rách võng mạc do co kéo võng mạc do tồn lưu dịch kính nguyên thủy ở trẻ em.

II. CHỈ ĐỊNH

- Đục dịch kính do xơ của tổ chức dịch kính nguyên thủy gây giảm thị lực.
- Bệnh võng mạc tăng sinh co kéo do tồn lưu dịch kính nguyên thủy.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Tuyệt đối

- Mất chức năng thị giác, teo nhãn cầu.
- Glôcôm tân mạch.

2. Tương đối

- Bệnh lý toàn thân nặng (bệnh hô hấp, bệnh lý tim mạch).
- Trẻ em quá nhỏ không thể gây mê được.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Phẫu thuật viên chuyên khoa Mắt nắm vững kỹ thuật cắt dịch kính.

2. Phương tiện

Máy cắt dịch kính và các phụ kiện kèm theo.

3. Người bệnh

- Được khám và đánh giá đầy đủ tình trạng mắt và toàn thân.
- Được tư vấn trước phẫu thuật.

4. Hồ sơ bệnh án

Hoàn chỉnh hồ sơ bệnh án, hội chẩn theo quy định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Chuẩn bị người bệnh ngay trước phẫu thuật

- Tra mắt thuốc co đồng tử trước phẫu thuật 1 giờ.
- Phòng nhiễm trùng mắt: tra thuốc kháng sinh, betadin 5% trước phẫu thuật.

4. Thực hiện kỹ thuật

4.1. Vô cảm

Gây mê toàn thân.

4.2. Kỹ thuật

- Sát trùng mắt bằng dung dịch betadin 5%.
- Cố định mi bằng vành mi.
- Mở kết mạc sát rìa (có thể toàn bộ chu vi).
- Đo bằng compa và mở vào nhãn cầu 3 đường qua Pars plana (cách rìa 3,5mm với người còn thể thủy tinh; 3mm với người đã phẫu thuật lấy thể thủy tinh hoặc đặt thể thủy tinh nhân tạo).
- Cố định bằng kim truyền dịch.

- Đặt đầu cắt dịch và đèn nội nhãn hoặc camera nội nhãn (trực tiếp qua lỗ mổ thành nhãn cầu hoặc qua trocar với dụng cụ phẫu thuật 23 hoặc 25G).
- Cắt dịch kính từ trung tâm ra chu biên, từ vùng đục ít ra vùng đục nhiều, từ vùng không rách /bong võng mạc ra vùng có rách /bong võng mạc, cắt sạch dịch kính quanh các mép vết rách võng mạc nếu có co kéo gây bong, rách võng mạc
- Bóc và cắt các dải xơ tăng sinh trên bề mặt võng mạc hoặc dưới võng mạc, giải phóng võng mạc.
- Có thể tiến hành điện đông, laser nội nhãn trong quá trình cắt dịch kính nếu có thủng, rách võng mạc.
- Trao đổi khí - dịch, dẫn lưu dịch dưới võng mạc:
 - + Khí được bơm từ máy cắt dịch kính qua đường truyền dịch.
 - + Dịch trong buồng dịch kính được hút chủ động bằng lực hút của máy cắt dịch kính hoặc thụ động bằng cách đặt đầu hút mềm trước gai thị.
 - + Dịch dưới võng mạc được dẫn lưu qua vết rách võng mạc.
- Laser vết rách võng mạc (hoặc lạnh đông) nếu có
- Bơm vào dịch kính một trong các chất: không khí, khí nở (SF6, C2F6, C3F8), dầu Silicon nội nhãn.
- Đóng các vết mổ nhãn cầu (không khâu trong trường hợp dùng trocar với dụng cụ 23, 25G).
- Tiêm kháng sinh kết hợp chống viêm cạnh nhãn cầu hoặc dưới kết mạc.
- Tra thuốc, băng mắt.

VI. THEO DÕI

- Băng kín hai mắt chỉ áp dụng cho ngày đầu, thay băng thứ nhất băng kín một mắt.
 - Kháng sinh mạnh và chống viêm (tại chỗ và toàn thân).
- Ra viện tùy trường hợp, thường sau 3 - 7 ngày.

VII. BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ

1. Biến chứng trong phẫu thuật

- Bong hắc mạc hoặc bong võng
- Xuất huyết dịch kính - võng mạc
- Bong hắc mạc do áp lực buồng nội nhãn quá thấp
- Bong võng mạc
- Chạm võng mạc gây rách võng mạc
- Chạm thủy tinh thể: thường do đầu dụng cụ chạm vào thủy tinh thể gây đục thủy tinh thể khu trú
- Xuất huyết tổng khứ.
- Cần tìm nguyên nhân để xử lý.

2. Biến chứng sau phẫu thuật

- Phù giác mạc
- Xuất huyết nội nhãn
- Bong võng mạc
- Đục thủy tinh thể
- Tăng nhãn áp
- Hình thành màng fibrin bám diện đồng tử hoặc các màng trước võng mạc
- Viêm nội nhãn
- Nhãn viêm đồng cảm

- Hạ nhãn áp
- Phù hoàng điểm dạng nang
- Teo nhãn cầu.

ĐIỀU TRỊ GLOCOM BẰNG QUANG ĐÔNG THỂ MI

I. ĐẠI CƯƠNG

Phá huỷ thể mi là phương pháp điều trị glôcôm theo cơ chế hạn chế sản xuất thủy dịch. Có thể huỷ thể mi bằng tia laser (quang đông) để điều trị glôcom.

II. CHỈ ĐỊNH

- Glôcôm mất chức năng đau nhức nhiều.
- Glôcôm còn chức năng, đã thất bại với các phương pháp điều trị khác: chỉ áp dụng với quang đông thể mi.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh đang có các viêm nhiễm cấp tính tại mắt và các bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ nhãn khoa.

2. Phương tiện

Máy laser diode 810nm.

3. Người bệnh

Giải thích cho người bệnh về tiên lượng, mục đích của 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

Đúng người bệnh, đúng chỉ định, đúng mắt cần điều trị.

3. Thực hiện kỹ thuật

- Quang đông thể mi xuyên củng mạc
- Dùng máy laser diode 810nm kết nối với đầu G-probe.
- Mức năng lượng: 1,5W; thời gian 2 giây/1 nốt đốt.
- Áp đầu laser ngoài kết mạc cách rìa 1,2 - 1,5mm. Đốt 20 - 24 nốt trên 3/4 chu vi của vùng rìa. Tránh vị trí 3 giờ và 9 giờ nơi có bó mạch thần kinh mi dài đi qua.

VI. THEO DÕI

- Hậu phẫu tra thuốc kháng sinh, chống viêm, atropin và thuốc hạ nhãn áp trong 3 - 4 tuần.
- Theo dõi diễn biến nhãn áp.
- Theo dõi phát hiện các biến chứng hậu phẫu.

VII. XỬ LÝ CÁC BIẾN CHỨNG

- Các biến chứng có thể xảy ra:
 - + Loét giác mạc thần kinh;
 - + Hoại tử củng mạc hoặc thủng củng mạc
 - + Xuất huyết tiền phòng
 - + Đục thể thủy tinh
 - + Viêm mống mắt thể mi
 - + Viêm mắt đồng cảm

- + Tăng nhãn áp thoáng qua: thuốc hạ nhãn áp trước và duy trì sau phẫu thuật
- + Đau sau phẫu thuật
- + Nhãn áp thấp và teo nhãn cầu: cần xác định nguyên nhân để xử lý.
- Các biến chứng khác: thiếu máu phần trước nhãn cầu, bong hắc mạc, xuất huyết dẫn đến tân mạch trong dịch kính, tăng sinh võng mạc và viêm mắt đồng cảm... rất ít khi xuất hiện.

PHẪU THUẬT MỞ BAO SAU THỂ THỦY TINH BẰNG LASER

I. ĐẠI CƯƠNG

Mở bao sau bằng laser là tạo một lỗ thủng ở trung tâm bao sau có đường kính khoảng (3 - 4mm) tương ứng với lỗ đồng tử nhằm cải thiện chức năng thị giác cho người bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH

- Những mắt có đục bao sau thể thủy tinh mức độ 2 và 3 thị lực $< 3/10$.
- Những mắt có đục bao sau độ 1, thị lực $> 3/10$ nhưng có rối loạn chức năng ảnh hưởng tới sinh hoạt của người bệnh: nhìn loá.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Sau phẫu thuật dưới 8 tuần.
- Những mắt có kèm các bệnh lý.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Một bác sĩ chuyên khoa Mắt.

2. Phương tiện

- Hệ thống laser được lắp trực tiếp vào máy sinh hiển vi.
- Kính tiếp xúc dùng trong mổ bao sau: Capsulotomy Yag Laser Lens.
- Chuẩn bị khởi động máy.
- Chuẩn bị kính tiếp xúc và chất nhầy.
- Thuốc dẫn đồng tử: loại thuốc tác dụng nhanh.
- Thuốc gây tê bề mặt kết giác mạc.
- Thuốc kháng sinh rửa mắt sau điều trị, bông vô trùng.

3. Người bệnh

- Khám chức năng: đo thị lực, nhãn áp, siêu âm đánh giá tình trạng dịch kính võng mạc.
- Khám lâm sàng để xác định tình trạng vị trí đồng tử, mức độ đục bao sau.
- Người bệnh được tư vấn trước phẫu thuật.
- Nhỏ thuốc dẫn đồng tử, nhỏ thuốc gây tê bề mặt nhãn cầu.

4. Hồ sơ bệnh án

Làm hồ sơ bệnh án theo mẫu quy định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- Khởi động máy.
- Đặt mức năng lượng cần điều trị: mức năng lượng lần đầu thường đặt khoảng 1,2mJ. Số lượng là 1 xung trong 1 phát bắn. Chính độ phóng đại của máy sinh hiển vi. Chính kích thước của chùm tia Hene sao cho 2 điểm đỏ rõ và nét nhất. Chính độ sáng tối của nguồn sáng đèn sinh hiển vi sao cho nhìn rõ được bao sau và 2 điểm đỏ của chùm Hene. Đặt vị trí hoạt động của chùm tia ra sau tiêu điểm.

- Đặt kính tiếp xúc. Chọn vị trí mở đầu tiên tại nơi bao mỏng và cách xa IOL nhất. Chính sao cho 2 điểm đỏ của chùm tia Hene trùng với nhau và định vị đúng vào nơi cần điều trị.

- Mức năng lượng cho xung đầu tiên với đục mức độ 1 là 1,2mJ, mức độ 2 là 1,5; mức độ 3 là 1,7mJ. Nếu xung đầu tiên không kết quả, tăng thêm 0,2mJ/ xung.

- Mở bao theo đường tròn kích thước 2,5 - 3,5mm (vì sau mở bao lỗ mở có thể rộng thêm khoảng 0,5mm).

VI. THEO DÕI

- Tại mắt: tra tại mắt các loại:

+ Thuốc chống viêm có kháng sinh + Corticosteroid (4 lần 4 /ngày, trong 1 tuần).

+ Thuốc hạ nhãn áp: uống acetazolamid 0,25mg x 1v/ ngày trong 2 ngày, hoặc thuốc tra tại mắt (Chẹn giao cảm x 2 lần trong ngày trong 1 tuần).

+ Thuốc tăng cường dinh dưỡng giác mạc.

- Hẹn người bệnh theo dõi định kỳ để phát hiện kịp thời những trường hợp nhãn áp cao, bong võng mạc.

VII. BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG

- Để tránh tổn thương IOL (Vết chấm trên IOL): chú ý mở bao theo đường tròn, các vết bắn cách tâm đồng tử 1 - 1,5mm. Những trường hợp bao sau đục dày và dính chặt với IOL nên chỉnh chùm tia ra phía sau bao để tránh tổn hại IOL.

- Tiền phòng vẫn đục chất thể thủy tinh, không quan sát được vùng cần cắt: ngừng điều trị, hẹn người bệnh tới điều trị bổ sung vào ngày sau đó.

LASER EXCIMER ĐIỀU TRỊ TẬT KHÚC XẠ hay PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ TẬT KHÚC XẠ BẰNG LASER EXCIMER

I. ĐẠI CƯƠNG

Điều trị tật khúc xạ (cận thị, viễn thị, loạn thị, lão thị) bằng laser Excimer là phẫu thuật dùng laser Excimer bào mòn độ dày giác mạc để làm thay đổi độ cong giác mạc giúp cho hình ảnh hội tụ đúng trên võng mạc.

II. CHỈ ĐỊNH

- Tuổi từ 18 trở lên.
- Bị tật khúc xạ: cận thị, viễn thị, loạn thị, lão thị.
- Độ khúc xạ ổn định.
- Đã bỏ kính tiếp xúc ít nhất là 2 tuần (nếu có đeo kính tiếp xúc).
- Thị lực tăng khi thử kính.
- Riêng với trẻ em có thể chỉ định khi độ lệch khúc xạ giữa 2 mắt từ 5 đi ốp trở lên.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Tình trạng toàn thân và tại mắt không cho phép phẫu thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ nhãn khoa đã được đào tạo.

2. Phương tiện

- Máy laser Excimer.
- Đầu microkeratome, lưỡi dao, vòng hút áp lực (hoặc máy cắt vạt giác mạc bằng laser: femtosecond).
- Bộ dụng cụ phẫu thuật Lasik.

3. Người bệnh

Tư vấn cho người bệnh về phẫu thuật và tiên lượng của phẫu thuật.

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định hiện hành 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 với trẻ em.

3.2. Kỹ thuật

Phẫu thuật được tiến hành đồng thời 2 mắt ở hầu hết các trường hợp.

3.2.1. Phẫu thuật Lasik (*Laser in Situ Keratomileusis*)

- Sát trùng da mi và quanh mi.
- Phủ khăn phẫu thuật, đặt tấm dính lông mi, đặt vành mi, đánh dấu giác mạc.
- Đặt vòng hút áp lực quanh vùng rìa giác mạc.
- Cắt vạt giác mạc (chiều dày 160 hoặc 130p,m).
- Lật vạt giác mạc, thấm khô nền giác mạc.
- Đốt laser trên giác mạc (thời gian laser tác động giác mạc tùy thuộc vào mức độ khúc xạ cần điều chỉnh).

- Rửa sạch nền giác mạc, đẩy lại vạt giác mạc.
- Vuốt cho vạt giác mạc phẳng và bám chặt vào nền giác mạc.
- Thấm khô bờ vết cắt bằng sponge.
- Đặt kính tiếp xúc mềm (nếu cần thiết).
- Tra thuốc kháng sinh và chống viêm không có corticoid.

3.2.2. **Phẫu thuật PRK (Photo Refractive Keratectomy)**

- Các thì chuẩn bị: như phẫu thuật Lasik.
- Sau khi đặt vành mi, dùng spatule nạo lớp biểu mô trung tâm giác mạc.
- Thấm khô giác mạc, đốt laser.
- Đặt kính tiếp xúc mềm.
- Tra kháng sinh và thuốc chống viêm.

VI. THEO DÕI

1. Trong phẫu thuật

Một số trường hợp xuất huyết từ mạch máu vùng rìa. Nếu thấm khô mà máu chưa ngừng chảy thì nhỏ adrenalin 0,1% lên vùng tân mạch và ép xuống cho đến khi cầm máu.

2. Sau phẫu thuật

- Theo dõi sớm:
 - + Tình trạng vạt giác mạc (có xô hoặc có nếp nhăn vạt giác mạc).
 - + Mức độ trong suốt của giác mạc.
 - + Phát hiện bất thường dưới vạt giác mạc.
 - + Tình trạng biểu mô hoá của giác mạc.
- Theo dõi muộn:
 - + Mức độ điều chỉnh khúc xạ so với trước phẫu thuật.
 - + Độ trong suốt của giác mạc.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Phẫu thuật Lasik

- Đứt vạt giác mạc: giữ nguyên vạt tại dao, tiếp tục đốt laser. Sau đó dùng hai kẹp phẫu tích giác mạc đặt lại vạt (theo đường đánh dấu).
- Dao không cắt hết vạt giác mạc: đặt lại vạt giác mạc, chờ 3 - 6 tháng phẫu thuật lại.
- Lệch vạt giác mạc trong những ngày hậu phẫu: đặt lại vạt giác mạc đúng vị trí, sau đó đặt kính tiếp xúc mềm. Có thể băng ép trong ngày đầu.
- Tế bào biểu mô phát triển giữa lớp cắt: nếu ảnh hưởng đến thị lực thì có thể dùng spatule lật vạt giác mạc, cạo sạch lớp biểu mô.

2. Phẫu thuật PRK

Chậm liền biểu mô: thông thường giác mạc sẽ biểu mô hóa hoàn toàn sau 3- 4 ngày. Nếu kéo dài hơn thì dùng các thuốc dinh dưỡng giác mạc tra tại mắt. Có thể băng che mắt.

ĐIỀU TRỊ SẸO GIÁC MẠC BẰNG LASER

I. ĐẠI CƯƠNG

Điều trị sẹo giác mạc bằng laser là phẫu thuật dùng laser để gọt cắt lớp sẹo mỏng trên giác mạc để chờ tái tạo lớp biểu mô giác mạc trả lại môi trường trong suốt của giác mạc.

II. CHỈ ĐỊNH

Sẹo giác mạc mỏng ở bề mặt

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Tình trạng toàn thân và tại mắt không cho phép phẫu thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ nhãn khoa đã được đào tạo.

2. Phương tiện

- Máy laser Excimer.
- Đầu microkeratome, lưỡi dao, vòng hút áp lực (hoặc máy cắt vạt giác mạc bằng laser: femtosecond).
- Bộ dụng cụ phẫu thuật Lasik.

3. Người bệnh

Tư vấn cho người bệnh về phẫu thuật và tiên lượng của phẫu thuật.

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định hiện hành 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 với trẻ em.

3.2. Kỹ thuật

Phẫu thuật được tiến hành ở mắt có sẹo giác mạc.

3.2.1. Phẫu thuật Lasik (*Laser in Situ Keratomileusis*)

- Sát trùng da mi và quanh mi.
- Phủ khăn phẫu thuật, đặt tấm dính lông mi, đặt vành mi, đánh dấu giác mạc.
- Đặt vòng hút áp lực quanh vùng rìa giác mạc.
- Cắt vạt giác mạc (chiều dày 160 hoặc 130p,m).
- Lật vạt giác mạc, thấm khô nền giác mạc.
- Đốt laser trên giác mạc (thời gian laser tác động giác mạc tùy thuộc vào mức độ sẹo giác mạc).
- Rửa sạch nền giác mạc, đẩy lại vạt giác mạc.
- Vuốt cho vạt giác mạc phẳng và bám chặt vào nền giác mạc.
- Thấm khô bờ vết cắt bằng sponge.
- Đặt kính tiếp xúc mềm (nếu cần thiết).
- Tra thuốc kháng sinh và chống viêm không có corticoid.

3.2.2. Phẫu thuật PRK (*Photo Refractive Keratectomy*)

- Các thì chuẩn bị: như phẫu thuật Lasik.
- Sau khi đặt vành mi, dùng spatule nạo lớp biểu mô trung tâm giác mạc.

- Thấm khô giác mạc, đốt laser.
- Đặt kính tiếp xúc mềm.
- Tra kháng sinh và thuốc chống viêm.

VI. THEO DÕI

1. Trong phẫu thuật

Một số trường hợp xuất huyết từ mạch máu vùng rìa. Nếu thấm khô mà máu chưa ngừng chảy thì nhỏ adrenalin 0,1% lên vùng tân mạch và ép xuống cho đến khi cầm máu.

2. Sau phẫu thuật

- Theo dõi sớm:
 - + Tình trạng vật giác mạc (có xô hoặc có nếp nhăn vật giác mạc).
 - + Mức độ trong suốt của giác mạc.
 - + Phát hiện bất thường dưới vật giác mạc.
 - + Tình trạng biểu mô hoá của giác mạc.
- Theo dõi muộn:
 - + Mức độ sẹo còn so với trước phẫu thuật.
 - + Độ trong suốt của giác mạc.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Phẫu thuật Lasik

- Đứt vật giác mạc: giữ nguyên vật tại dao, tiếp tục đốt laser. Sau đó dùng hai kẹp phẫu tích giác mạc đặt lại vật (theo đường đánh dấu).
- Dao không cắt hết vật giác mạc: đặt lại vật giác mạc, chờ 3 - 6 tháng phẫu thuật lại.
- Lệch vật giác mạc trong những ngày hậu phẫu: đặt lại vật giác mạc đúng vị trí, sau đó đặt kính tiếp xúc mềm. Có thể băng ép trong ngày đầu.
- Tế bào biểu mô phát triển giữa lớp cắt: nếu ảnh hưởng đến thị lực thì có thể dùng spatule lật vật giác mạc, cạo sạch lớp biểu mô.
- Không hết sẹo giác mạc

2. Phẫu thuật PRK

Chậm liền biểu mô: thông thường giác mạc sẽ biểu mô hóa hoàn toàn sau 3- 4 ngày. Nếu kéo dài hơn thì dùng các thuốc dinh dưỡng giác mạc tra lại mắt. Có thể băng che mắt

PHẪU THUẬT THỂ THỦY TINH SA, LỆCH TIỀN PHÒNG BẰNG PHƯƠNG PHÁP PHACO, PHỐI HỢP CẮT DỊCH KÍNH, ĐẶT IOL

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật lấy thể thủy tinh sa, lệch tiền phòng bằng phương pháp Phaco, phối hợp cắt dịch kính và đặt IOL là phương pháp lấy bỏ thể thủy tinh ở tiền phòng để phục hồi giải phẫu của tiền phòng, tránh biến chứng.

II. CHỈ ĐỊNH

Thể thủy tinh sa, lệch tiền phòng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Tình hình 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 chỉ không tiêu 9-0, 10-0.
- Máy cắt dịch kính (nếu có).

3. Người bệnh

- Khám toàn thân và các xét nghiệm theo quy định.
- Hạ nhãn áp trong trường hợp đã có biến chứng tăng nhãn áp.
- Người bệnh được tư vấn trước phẫu thuật.

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định chung của Bộ Y tế.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Vô cảm

- Trẻ em: gây mê.
- Người lớn: gây tê tại chỗ bằng thuốc tê cạnh nhãn cầu.

3.2. Thực hiện kỹ thuật

3.2.1. Thể thủy tinh còn trong

Trên người trẻ (< 45 tuổi) có thể cắt thủy tinh thể lệch qua vùng rìa và cắt dịch kính trước.

- Mở vùng rìa giác mạc 2 vị trí phía 2 giờ, 10 giờ: vị trí giờ đặt kim nước tiền phòng để duy trì áp lực nội nhãn ổn định trong suốt thời gian phẫu thuật, vị trí 10 giờ đặt đầu cắt dịch kính.

- Tiến hành cắt thủy tinh thể với tốc độ cắt chậm 600 - 800 lần/phút, áp lực hút cao 300 - 400mmHg, vừa cắt vừa hút giữ chặt thể thủy tinh không rơi vào dịch kính.

- Cắt sạch dịch kính trong tiền phòng và diện đồng tử, tránh kẹt dịch kính vào mép phẫu thuật. Có thể kiểm tra bằng cách bơm dung dịch hydrocortison vào tiền phòng không thấy bám dịch kính, đồng tử tròn đều, hoặc bơm bóng khí tiền phòng, bóng khí tròn đầy.

- Đặt IOL vào trong vỏ bao nếu còn bao, nếu không còn bao thì treo IOL qua củng mạc

- Bơm phù mép phẫu thuật hoặc khâu giác mạc chỉ 10/0 nếu mép phẫu thuật chưa kín.
- Kết thúc phẫu thuật. Tiêm kháng sinh và chống viêm. Băng kín mắt phẫu thuật.

3.2.2. *Thể thủy tinh đục có nhân cứng*

- Mở kết mạc sát rìa.
- Rạch giác mạc rìa mở tiền phòng 120-140°, tùy theo kích thước thủy tinh thể. Có thể bơm chất nhầy bảo vệ nội mô giác mạc.
- Dùng Phaco tán nhuyễn thể thủy tinh hoặc lấy thể thủy tinh trong bao tùy từng trường hợp cụ thể
- Cắt dịch kính tại mép phẫu thuật, khâu đóng tạm thời mép phẫu thuật bằng chỉ nylon 10-0.
- Đặt đường nước truyền vào tiền phòng bằng kim đầu tù và cắt sạch dịch kính trong tiền phòng bằng đầu cắt dịch kính. (Kiểm tra sạch dịch kính tại mép phẫu thuật và tiền phòng).
- Đặt IOL tùy trường hợp
- Khâu bổ sung giác mạc bằng chỉ 10-0.
- Kết thúc phẫu thuật: dùng kháng sinh và kháng viêm, băng kín mắt phẫu thuật.

VI. THEO DÕI SAU PHẪU THUẬT

- Thay băng, theo dõi hàng ngày cho đến khi xuất viện
- Phát hiện và xử lý các biến chứng có thể xảy ra tại mắt
 - Tình trạng giác mạc.
 - Tình trạng tiền phòng.
 - Viêm nhiễm, xuất huyết.
 - Nhãn áp.
- + Toàn thân: mạch, huyết áp, nhiệt độ.
- Người bệnh có thể xuất viện sau 2 - 3 ngày nếu không có biến chứng, theo dõi ngoại trú sau 1 tuần, 2 tuần, 1 tháng, 3 tháng.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Trong phẫu thuật

- Kẹt dịch kính: cần cắt sạch dịch kính tại mép phẫu thuật và tiền phòng.
- Xuất huyết tiền phòng: rửa sạch máu tiền phòng, bơm bóng hơi đầy tiền phòng tránh chảy máu tái phát.

2. Sau phẫu thuật

- Xuất huyết tiền phòng, nội nhãn: điều trị tiêu máu.
- Phù nề giác mạc: giảm phù nề (tra nước muối 5%)
- Viêm màng bồ đào: chống viêm bằng kháng sinh và corticoid, tra atropin dẫn đồng tử.
- Tăng nhãn áp: hạ nhãn áp bằng thuốc hoặc phẫu thuật.
- Tiền phòng nông hoặc xẹp: xử trí theo nguyên nhân, băng ép, uống nước (nếu nhãn áp không cao).
- Hở mép phẫu thuật: khâu lại mép phẫu thuật.
- Bong hắc mạc: tiêm tĩnh mạch glucose 30%, nếu sau 8-10 ngày không tái tạo thì bơm hơi tiền phòng, tháo dịch hắc mạc.

PHẪU THUẬT LẤY THỂ THỦY TINH SA VÀO DỊCH KÍNH

I. ĐẠI CƯƠNG

Lấy thể thủy tinh sa vào dịch kính là phẫu thuật phối hợp lấy thể thủy tinh và cắt dịch kính nhằm điều trị, đề phòng các biến chứng và phục hồi chức năng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Sa thể thủy tinh vào dịch kính do chấn thương có thể kèm biến chứng: tăng nhãn áp, viêm màng bồ đào, bong võng mạc ...
- Sa thể thủy tinh bệnh lý.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tình trạng toàn thân không cho phép phẫu thuật.
- Viêm nhiễm khác của mắt như viêm kết mạc, loét giác mạc.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Mắt

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ vi phẫu lấy thể thủy tinh.
- Máy cắt dịch kính, máy Phaco và dụng cụ hỗ trợ cho phẫu thuật cắt dịch kính.
- Kim chỉ thẳng, thể thủy tinh treo khi có chỉ định treo thể thủy tinh kết hợp.

3. Người bệnh

Cần giải thích thật kỹ cho người bệnh hiểu phẫu thuật phức tạp có nhiều biến chứng.

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định chung của Bộ Y tế.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Vô cảm

Gây tê với người lớn, gây mê với trẻ em.

3.2. Các kỹ thuật cắt dịch kính và lấy thể thủy tinh

3.2.1. Kỹ thuật cắt dịch kính và thể thủy tinh trong buồng dịch kính

- Chỉ định khi thể thủy tinh chưa có nhân cứng.
- Đặt vành mi tự động.
- Phẫu tích kết mạc rìa phía mũi và thái dương, mở kết mạc thái dương rộng hơn.
- Kiểm tra kim nước có thông tốt không và đuổi hết bóng khí trong dây truyền dịch.
- Mở ba đường vào dịch kính: đánh dấu vị trí chọc củng mạc cách rìa 3mm. Hướng dao chọc củng mạc vuông góc với thành nhãn cầu. Đầu tiên, chọc củng mạc vị trí đặt kim nước thường đặt kim truyền nước ở vị trí 8 giờ đối với mắt phải và 4 giờ đối với mắt trái. Dùng kẹp phẫu tích kết mạc kiểm tra, nhìn rõ kim nước nằm trong buồng dịch kính mới mở nước. Tiếp tục mở 2 đường củng mạc còn lại vị trí 2 giờ và 10 giờ để đặt đèn nội nhãn và đầu cắt dịch kính.
- Cắt một phần dịch kính trung tâm với áp lực hút 200mmHg và tốc độ cắt 1300 - 1500 lần/phút.
- Làm bong dịch kính sau bằng cách đặt đầu cắt dịch kính sát gai thị chỉ dùng áp lực hút 300- 400mmHg, không dùng chế độ cắt.

- Cắt dịch kính sạch từ phía đường vào của đầu CDK lần lượt theo chiều kim đồng hồ hoặc ngược chiều kim đồng hồ tùy phẫu thuật viên.

- Cắt thể thủy tinh bằng cách hút thể thủy tinh sa lệch vào đầu cắt dịch kính nâng thể thủy tinh xa võng mạc vừa hút và cắt phối hợp với áp lực hút 400mmHg, tốc độ cắt thấp 800 - 1000/ phút.

- Ấn ngoài củng mạc để cắt sạch thêm dịch kính chu biên do người phụ dùng dụng cụ ấn củng mạc từ phía ngoài nhãn cầu.

- Lấy những mảnh thể thủy tinh rơi trên võng mạc bằng cách dùng đầu cắt hút nhẹ.

- Khâu các vết mổ củng mạc ở Pars plana, khâu kết mạc chỉ vicryl 7-0.

3.2.2. Kỹ thuật cắt dịch kính lấy thể thủy tinh có nhân cứng

- Cắt dịch kính ba đường qua Pars plana đến khi sạch dịch kính (như trên) đảm bảo cắt sạch dịch kính để tránh co kéo dịch kính - võng mạc gây rách võng mạc trong thì phaco thể thủy tinh.

- Dùng đèn lạnh nội nhãn đỡ dưới thể thủy tinh không để thể thủy tinh rơi trở lại buồng dịch kính.

- Dùng đầu Phaco typ chuyên dụng không có lớp áo Silicon bên ngoài, có đặc điểm là nhỏ và dài hơn đầu typ tiêu chuẩn. Nếu không có đầu Phaco chuyên dụng cũng có thể dùng đầu Phaco tiêu chuẩn. Đưa đầu Phaco vào qua đường mở củng mạc tại vị trí Pars plana, đưa thể thủy tinh sa lệch lên khoang dịch kính trước hoặc lên sau diện đồng tử để tán nhuyễn thể thủy tinh sa lệch bằng năng lượng siêu âm. Hạn chế tối thiểu năng lượng siêu âm trong buồng dịch kính, có thể sử dụng đầu đèn nội nhãn để giữ và điều khiển khối nhân thể thủy tinh.

- Có thể sử dụng perfluorocarbon lỏng bơm vào buồng dịch kính giúp nâng thể thủy tinh lên khỏi võng bảo vệ võng mạc trước tác dụng của sóng siêu âm. Nên áp dụng trong những trường hợp phức tạp, ví dụ như có biến chứng bong võng mạc kèm theo sa thể thủy tinh.

- Dùng đầu Phaco với năng lượng thấp, hoặc đầu cắt dịch kính để hút sạch những mảnh nhân nhỏ.

- Kiểm tra và xử lý các tổn thương võng mạc chu biên (nếu có) bằng laser, lạnh đông hoặc ấn độn củng mạc. Tùy từng trường hợp có thể treo thể thủy tinh nhân tạo nếu không có biến chứng võng mạc.

- Rút dụng cụ phẫu thuật, đóng các đường vào nội nhãn. Khâu phục hồi củng mạc, kết mạc bằng chỉ vicryl 7-0.

- Kết thúc phẫu thuật. Dùng kháng sinh và kháng viêm, băng kín mắt phẫu thuật.

3.2.3. Trường hợp thể thủy tinh sa lệch quá cứng, nhân nâu đen

- Nếu nhân thể thủy tinh sa lệch vào dịch kính quá cứng, nhân nâu đen, phaco thể thủy tinh trong buồng dịch kính rất khó khăn và nhiều biến chứng.

- Trong trường hợp này, phẫu thuật viên cần cân nhắc chỉ định và có thể áp dụng kỹ thuật cắt sạch dịch kính sau đó đưa nhân thể thủy tinh lên tiền phòng, mở giác mạc rửa lấy nhân thể thủy tinh ra như kỹ thuật lấy thể thủy tinh cứng trong tiền phòng.

VI. THEO DÕI

Theo dõi hậu phẫu, dùng kháng sinh toàn thân và tại chỗ.

VII. XỬ LÝ BIẾN CHỨNG

1. Biến chứng trong phẫu thuật

1.1. Bong hắc mạc

- Nguyên nhân: do kích thước đường mở vào nội nhãn không đủ rộng hoặc không hết lớp có thể gây bong thể mi hoặc tách lớp nền dịch kính.

- Xử trí: đặt dao chọc ở vị trí mở củng mạc đối diện tách hết lớp đến khi nhìn thấy đầu kim truyền dịch trong dịch kính.

1.2. Kẹt dịch kính võng mạc vào vết phẫu thuật

- Nguyên nhân: biến chứng này thường gặp khi rút các dụng cụ phẫu thuật ra khỏi buồng dịch kính mà áp lực trong buồng dịch kính cao đã đẩy dịch nội nhãn thoát ra ngoài kéo theo cả dịch kính, và /hoặc võng mạc bong tại vị trí tương ứng đường chọc củng mạc.

- Để tránh biến chứng này, cắt sạch dịch kính xung quanh đường mở vào nội nhãn đồng thời đường truyền dịch cần được ngắt tạm thời khi rút dụng cụ qua khỏi buồng dịch kính.

1.3. Xuất huyết dịch kính

- Nguyên nhân chính gây xuất huyết dịch kính trong phẫu thuật là do cắt hoặc chạm phải các mạch máu võng mạc, do cắt hoặc chạm vào võng mạc, vào các mạch máu của mống mắt, thể mi.

- Xử trí: trước hết cần nâng cao áp lực nội nhãn bằng cách nâng cao chai dịch truyền, bơm adrenalin hoặc trao đổi khí dịch. Nếu máu vẫn tiếp tục chảy dù áp lực đường truyền nước đã được nâng cao, có thể sử dụng điện đông nội nhãn, áp trực tiếp lên mạch máu đang chảy để cầm máu. Trong một số trường hợp xuất huyết dịch kính không thể kiểm soát, có thể bơm perfluorocarbon lỏng vào buồng dịch kính để không chế chảy máu.

1.4. Rách võng mạc, bong võng mạc

- Nguyên nhân: do đầu cắt dịch kính chạm võng mạc, do co kéo của dịch kính ở vùng nền lên vùng võng mạc chu biên trong quá trình cắt dịch kính, khi đưa dụng cụ vào hoặc rút dụng cụ ra khỏi dịch kính.

- Xử trí: trao đổi khí dịch, tạo sẹo dính hắc võng mạc bằng laser hoặc lạnh đông.

2. Biến chứng hậu phẫu

2.1. Phù giác mạc

- Nguyên nhân: có nhiều yếu tố tác động vào việc hình thành các biến chứng giác mạc như: thời gian phẫu thuật kéo dài, áp lực nội nhãn, các chất ын độn nội nhãn.

- Xử trí: chống viêm, hạ nhãn áp (nếu có nhãn áp cao).

2.2. Viêm màng bồ đào

- Nguyên nhân: do chấn thương phẫu thuật, chạm mống mắt nhiều hoặc có xuất huyết nội nhãn.

- Xử trí: chống viêm, tiêu máu, dẫn đồng tử.

PHẪU THUẬT CẮT THỂ THỦY TINH VÀ DỊCH KÍNH SAU CHẤN THƯƠNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật cắt thể thủy tinh và dịch kính sau chấn thương nhằm loại trừ thể thủy tinh vỡ và dịch kính tiền phòng để hồi phục giải phẫu và tránh biến chứng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Đục vỡ thể thủy tinh, rách bao sau, có dịch kính ở tiền phòng.
- Sốt chất thể thủy tinh lẫn dịch kính sau phẫu thuật cấp cứu.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Thể thủy tinh quá cứng.
- Tình trạng toàn thân không cho phép phẫu thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Mắt nắm vững kỹ thuật vi phẫu.

2. Phương tiện

- Máy cắt dịch kính, kính hiển vi phẫu thuật.
- Bộ dụng cụ vi phẫu thuật.
- Kim chỉ thẳng để cố định thể thủy tinh nhân tạo khi có chỉ định kết hợp.

3. Người bệnh

- Khám mắt toàn diện: theo mẫu chung.
- Người bệnh được tư vấn trước phẫu thuật.

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định chung về phẫu thuật mắt của Bộ Y tế.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Vô cảm

- Trẻ em: gây mê.
- Người lớn: gây tê.

3.2. Kỹ thuật cắt thể thủy tinh đục vỡ có thoát dịch kính

- Rạch giác mạc ở vị trí 10 giờ và 2 giờ, rộng 2mm.
- Cho kim nước đầu tù vào tiền phòng, mở nước chảy vào tiền phòng.
- Cho đầu cắt vào tiền phòng. Máy cắt thường để ở lực hút thấp (200-300mmHg), tốc độ cắt trung bình khoảng 500-600 lần/phút.
- Cắt và hút sạch chất nhân, dịch kính ở tiền phòng, cắt dịch kính phía trước.
- Kiểm tra lại xem có sót chất thể thủy tinh dưới mống mắt không.
- Khâu giác mạc. Bơm hơi tiền phòng. Tiêm kháng sinh dưới kết mạc.

VI. THEO DÕI

- Hậu phẫu thường quy.
- Tra kháng sinh phổ rộng, kết hợp corticoid liều thấp trong 7 - 10 ngày.
- Uống thuốc giảm phù, có thể phối hợp kháng sinh toàn thân.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong phẫu thuật

- Cắt vào móng mắt: chảy máu ở tiền phòng: ngừng cắt, nâng chai nước lên cao, điều chỉnh lại lực hút của máy cắt dịch kính.
- Xẹp tiền phòng: dừng lại không hút nữa, chờ tái tạo tiền phòng.
- Chất nhân rơi vào dịch kính: nếu nhiều phải phẫu thuật cắt thể thủy tinh, dịch kính qua Pars plana để lấy chất nhân (xem bài cắt dịch kính qua Pars plana).

2. Sau phẫu thuật

- Phản ứng viêm màng bồ đào: điều trị chống viêm màng bồ đào.
- Sốt chất nhân: nếu chất nhân còn ít có thể tự tiêu, nếu chất nhân còn nhiều phải cắt thể thủy tinh bổ sung.
- Xuất huyết nội nhãn: thuốc tiêu máu.
- Tăng nhãn áp: thuốc hạ nhãn áp (uống và tra).

PHẪU THUẬT LẤY THỂ THỦY TINH NGOÀI BAO ĐIỀU TRỊ ĐỤC THỂ THỦY TINH BẨM SINH

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật lấy thể thủy tinh ngoài bao là phương pháp lấy đi khối nhân và toàn bộ chất vỏ thể thủy tinh qua một khoảng mở ở trung tâm của bao trước và để lại bao sau.

II. CHỈ ĐỊNH

Đục thể thủy tinh toàn bộ (không soi được đáy mắt) hoặc đục thể thủy tinh chưa hoàn toàn có thị lực (nếu thử được) < 20/200.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Tình trạng toàn thân và mắt không cho phép phẫu thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ vi phẫu, kéo cắt bao, kim hoặc kẹp phẫu tích xé bao.
- Kính sinh hiển vi phẫu thuật. Máy cắt dịch kính.
- Thuốc gây tê tại chỗ, kháng sinh và corticoid tại chỗ.

3. Người bệnh

- Tư vấn cho người bệnh và gia đình người bệnh trước phẫu thuật.
- Tra thuốc dẫn đồng tử 2 - 3 lần trong 2 giờ trước phẫu thuật để đảm bảo đồng tử dẫn tốt trong khi phẫu thuật.

4. Hồ sơ bệnh án

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Vô cảm

Gây mê đối với trẻ nhỏ, bổ sung gây tê cạnh nhãn cầu.

3.2. Kỹ thuật

- Đặt vành mi. Cố định cơ trực trên.
- Mở vào tiền phòng. Có hai cách: tạo đường hầm củng mạc 2/3 chiều dày, cách rìa 3mm vào đến giác mạc hoặc dùng pique rạch trực tiếp từ vùng rìa giác mạc thường ở kinh tuyến 10 giờ.
- Bơm chất nhầy duy trì tiền phòng.
- Xé bao trước thể thủy tinh bằng kim 25 Gauche hoặc kẹp phẫu tích xé bao.
- Hút nhân thể thủy tinh.
- Bơm chất nhầy tách hai lá bao trước, bao sau và đặt thể thủy tinh nhân tạo vào trong túi bao (nếu có).
- Rửa sạch chất nhầy.

* Trong trường hợp phối hợp cắt bao sau và dịch kính trước: đặt kim nước 22G qua giác mạc vào tiền phòng vị trí 2 giờ. Đưa đầu cắt dịch kính qua vết rạch giác mạc ra mặt sau thể thủy tinh nhân tạo, hoặc đưa qua đường vào tại Pars plana cắt bao sau vùng trung tâm rộng 3 - 4mm và cắt dịch kính trước. Tốc độ cắt 400 lần/phút và áp lực hút 100 mmHg.

- Bơm phù vết phẫu thuật hoặc khâu giác mạc bằng chỉ 10/0.
- Tái tạo tiền phòng bằng nước hoặc bóng hơi.
- Tiêm kháng sinh và corticoid cạnh nhãn cầu
- Tra betadin 5% và mỡ kháng sinh, corticosteroid, băng chặt. Kết thúc phẫu thuật.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi toàn thân và khám mắt người bệnh hàng ngày.
- Tra dung dịch kháng sinh, corticosteroid, dẫn đồng tử trong 1 tháng đầu sau phẫu thuật.
- Toàn thân có thể dùng kháng sinh đường uống (theo cân nặng) trong 3 - 5 ngày.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong phẫu thuật

- Xuất huyết tiền phòng: rửa sạch tiền phòng.
- Rách bao sau rộng, thoát dịch kính và sót chất nhân: cắt dịch kính bằng máy cắt dịch kính.
- Rơi chất thể thủy tinh trong buồng dịch kính: chuyển cắt dịch kính qua Pars plana.

2. Sau phẫu thuật

- Viêm màng bồ đào: tra thuốc kháng sinh, chống viêm, dẫn đồng tử.
- Phù giác mạc: tra dung dịch ưu trương.
- Sót chất nhân: nếu nhiều hoặc nằm ngay tại trục thị giác thì cần phẫu thuật lấy chỗ chất nhân còn sót ra.
- Đục bao sau: nếu đục độ II và III trở nên (không soi rõ được đáy mắt) thì có thể điều trị bằng laser Nd-YAG trẻ nhỏ trên 6 tuổi hoặc phẫu thuật cắt bao sau đối với trẻ dưới 6 tuổi hoặc khó hợp tác.
- Tăng nhãn áp: thường do viêm màng bồ đào nặng gây dính đồng tử. Có thể dùng thuốc hạ nhãn áp tại chỗ, uống hoặc phẫu thuật cắt bè (nếu cần).
- Viêm mủ nội nhãn sau phẫu thuật: kháng sinh nội nhãn, tại chỗ và toàn thân, chống viêm corticosteroid và cắt dịch kính mủ (nếu cần).

PHẪU THUẬT TÁI TẠO CÙNG ĐỒ

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật tái tạo cùng đồ nhằm điều trị cận cùng đồ để lắp mắt giả cho người bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH

Cận cùng đồ không lắp được mắt giả.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm khuẩn tại chỗ.
- Tình trạng toàn thân không cho phép phẫu thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ phẫu thuật mi mắt.
- Đốt điện hai cực.

3. Người bệnh

- Vệ sinh mắt trước phẫu thuật.
- Chụp ảnh trước phẫu thuật.
- Tư vấn cho người bệnh trước phẫu thuật.

4. Hồ sơ bệnh án

- Mô tả bằng hình vẽ.
- Ghi rõ dự kiến phương pháp định thực hiện.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Vô cảm

- Cho uống hay tiêm thuốc an thần, giảm đau
- Gây mê nếu phẫu thuật dự định kéo dài, người bệnh không hợp tác.
- Gây tê tại chỗ.

3.2. Kỹ thuật

3.2.1. Ghép niêm mạc (cận cùng đồ do xơ hóa tổ chức kết mạc)

- Tiêm thuốc tê cạnh nhãn cầu.
- Rạch kết mạc xơ hóa, đốt cầm máu và xác định kích thước vùng thiếu niêm mạc.
- Lấy niêm mạc môi theo kích thước đã xác định, cho vào cốc nước có pha kháng sinh.
- Ghép niêm mạc môi vào vị trí đã tách kết mạc xơ hóa.
- Đặt chỉ cố định cùng đồ.
- Đặt khuôn mắt giả tạo cùng đồ.
- Khâu cò mi nếu cần.

3.2.2. Cố định cùng đồ vào màng xương (cận cùng đồ dưới do lật mi)

- Gây tê tại chỗ.

- Rạch da mi dưới theo đường song song và cách bờ mi dưới 1 mm.
- Phẫu tích cơ vòng mi, cân vách hốc mắt, bộc lộ màng xương và tạo vạt màng xương.

- Khâu cố định bao Tenon vào vạt màng xương bằng chỉ prolene 6.0.
- Khâu đóng da bằng chỉ vicryl 6.0.
- Đặt khuôn mắt giả.
- Khâu cò mi nếu cần.

3.2.3. Ghép mỡ hốc mắt (cạn cùng đồ do teo mỡ hốc mắt)

- Gây tê tại chỗ.
- Rạch kết mạc, đốt cầm máu.
- Lấy mỡ cho vào cốc nước có pha kháng sinh.
- Ghép tổ chức mỡ hốc mắt
- Khâu phủ kết mạc.
- Đặt khuôn mắt giả.

VI. THEO DÕI

- Người bệnh được khám lại 1 ngày, 1 tuần và 1 tháng sau phẫu thuật
- Đặt mắt giả sau 1 tháng, hoặc phụ thuộc khi nào vết phẫu thuật khô, sạch.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Xuất huyết hốc mắt: theo dõi và dẫn lưu máu tụ hốc mắt nếu cần thiết
- Nhiễm trùng vết phẫu thuật: kháng sinh và vệ sinh vết phẫu thuật hàng ngày.

PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ LÁC CÓ CHỈNH CHỈ

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật điều trị lác có chỉnh chỉ nhằm chỉnh lại sự lệch trục của hai nhãn cầu và phục hồi chức năng thị giác bằng cách can thiệp lên các cơ vận nhãn theo cách thức đặt chỉ chờ để điều chỉnh trong thời gian hậu phẫu.

II. CHỈ ĐỊNH

- Lác liệt.
- Lác có góc lác lớn.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Trẻ em không phối hợp.
- Tình trạng mắt và toàn thân không cho phép phẫu thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

2. Phương tiện

- Bộ phẫu thuật lác.
- Đèn trần
- Chỉ ethicon 6-0, chỉ ethicon 7-0.
- Thuốc gây tê tại chỗ; Dung dịch kháng sinh và mỡ kháng sinh.

3. Người bệnh

- Khám mắt toàn diện: theo mẫu chung.
- Làm vệ sinh mắt, bơm rửa lệ đạo, uống thuốc hạ nhãn áp và an thần tối hôm trước ngày phẫu thuật.
- Người bệnh và gia đình được tư vấn trước phẫu thuật.

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

1.1. Vô cảm

Gây mê với trẻ nhỏ, trẻ lớn có thể gây tê tại chỗ.

1.2. Các bước phẫu thuật

Kỹ thuật: gồm 3 thì chính.

*Thì 1: cắt mở kết mạc và bao Tenon. Nên mở theo đường rìa để dễ dàng chỉnh chỉ.

* Thì 2: phẫu tích và bộc lộ cơ, dùng kéo cong tù đầu bóc tách cơ và bao Tenon sâu ra sau từ 10 - 12mm, sau đó cắt màng liên cơ từ 10 - 15mm. Chú ý không làm rách bao cơ.

* Thì 3: thao tác lùi cơ và rút ngắn cơ.

- Lùi cơ có đặt chỉ điều chỉnh.

+ Dùng móc lác lấy cơ.

+ Dùng chỉ liền 2 kim 6-0 khâu luôn trong thân cơ và khóa chỉ ở cách rìa thân cơ 2mm.

+ Cắt cơ cách chỗ bám cũ 1 mm, để tạo thêm cơ.

+ Khâu hai đầu chỉ vào cùng mạc ra sau chỗ bám cũ theo khoảng cách đã định. Hai chỉ khâu trong cùng mạc đi chéo nhau hình mũi kéo ra trước, luồn hai chỉ qua thêm chân cơ. Dùng sợi chỉ thứ ba (nên khác màu) buộc nơ để cố định hai đầu chỉ khâu cơ ở phía trước chỗ bám cơ, cắt chỉ khâu cơ dài khoảng 2cm để có thể chỉnh chỉ sau này.

+ Khâu đính kết mạc. Đặt đầu chỉ chỉnh vào cùng đồ.

- Rút ngắn cơ:

+ Dùng móc lác lấy cơ, dùng chỉ hai đầu kim 6-0 luồn xuyên qua thân cơ ở vị trí định cắt ngắn cơ và khóa chỉ ở cách rìa thân cơ 2mm.

+ Cắt cơ cách chỗ bám cũ 1mm, để tạo thêm cơ. Cắt bỏ đoạn cơ cần rút ngắn.

+ Khâu hai đầu chỉ vào thêm chân cơ. Dùng sợi chỉ thứ ba (nên khác màu) buộc nơ để cố định hai đầu chỉ khâu cơ ở phía trước chỗ bám cơ, cắt chỉ khâu cơ dài khoảng 2cm để có thể chỉnh chỉ sau này.

+ Khâu đính kết mạc. Đặt đầu chỉ chỉnh vào cùng đồ.

***Kỹ thuật chỉnh chỉ**

- Thời điểm: kỹ thuật chỉnh chỉ có thể được tiến hành 4 đến 24 giờ hậu phẫu.

- Dụng cụ: 02 kẹp phẫu tích kết mạc, kéo cắt chỉ, thuốc tê, thuốc sát trùng.

- Kỹ thuật:

+ Sát trùng và gây tê tại chỗ.

+ Tùy theo kết quả đánh giá mà trượt nơ chỉ ra sau hay về trước, 1 mm trượt nơ chỉ tương đương điều chỉnh được $1,5^\circ$ lác tồn dư. Buộc cố định 2 đầu chỉ khâu cơ, cắt phần chỉ thừa và rút bỏ nơ chỉ.

+ Tra dung dịch betadin 5% vào mép phẫu thuật, tra dung dịch kháng sinh, mỡ kháng sinh vào mắt, băng che mắt.

VI. THEO DÕI SAU PHẪU THUẬT

Thay băng hàng ngày, tra dung dịch betadin 5% vào mép phẫu thuật, tra kháng sinh.

VII. BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ

Sau phẫu thuật: ít gặp tai biến nghiêm trọng, xuất huyết dưới kết mạc hoặc phù kết mạc sẽ hết sau 1 - 2 tuần sau khi cho người bệnh dùng thuốc chống viêm, giảm phù tại chỗ và toàn thân.

PHẪU THUẬT GẤP CÂN CƠ NÂNG MI TRÊN ĐIỀU TRỊ SỤP MI

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật gấp cân cơ mi trên nhằm rút ngắn chiều dài cơ nâng mi trên là phẫu thuật làm tăng cường chức năng của cơ nâng mi trên để điều trị sụp mi.

II. CHỈ ĐỊNH

- Sụp mi độ II, III và có chức năng cơ nâng mi: trung bình (5-7mm) hoặc tốt (8mm).
- Tuổi: thường ở độ tuổi từ 7 - 8 tuổi. Nên phẫu thuật sớm hơn nếu sụp từ độ III mà gây nhược thị, lác.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Có bệnh lý giác mạc.
- Tình trạng toàn thân không cho phép phẫu thuật.

VI. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

2. Phương tiện

- Bộ phẫu thuật sụp mi.
- Đèn trần.
- Thuốc men: thuốc gây tê tại chỗ; Dung dịch kháng sinh và mỡ kháng sinh; Dung dịch betadin 5%.

3. Người bệnh

- Khám mắt toàn diện: theo mẫu chung.
- Người bệnh và gia đình được tư vấn trước phẫu thuật.

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế.

VI. 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 nhỏ, trẻ lớn có thể gây tê tại chỗ bằng xylocain 2% 5ml.

3.2. Các bước phẫu thuật

- Rạch da mi, cắt bỏ vạt da: dùng thanh đè Vannas: để làm căng da mi trên, đường rạch da song song và cách chân hàng lông mi khoảng 4mm, nếu sụp mi 1 mắt thì đường rạch da tương ứng với nếp mi mắt bên lành, cắt bỏ vạt da tùy theo mức độ thừa da mi.

- Phẫu tích mép da, cơ vòng cung mi, bộc lộ cơ nâng mi trên.

- Phẫu tích cơ nâng mi trên, bộc lộ chỗ bám cơ ở mặt trước và bờ trên của sụn mi và bộc lộ toàn bộ gân cơ. Gấp cân cơ nâng mi trên theo chiều dài đã định trước và khâu rút ngắn cơ nâng mi trên bằng 3 mũi chỉ chữ u ở hai phía đầu gân cơ (mức độ rút ngắn tùy thuộc vào chức năng cơ nâng mi trên và mức độ sụp mi).

- Khâu phục hồi mép mỡ, tạo 2 mí: dùng chỉ khâu từ mép da qua mặt trên sụn mi trên, xuyên qua mép da bên kia thắt chỉ tạo 2 mí.

- Tra betadin 5%, tra dung dịch kháng sinh, mỡ kháng sinh vào mắt, băng ép.

VI. THEO DÕI SAU PHẪU THUẬT

Thay băng hàng ngày, tra dung dịch betadin 5% vào mép phẫu thuật, tra dung dịch kháng sinh, mỡ kháng sinh vào mắt, cắt chỉ sau 10 ngày.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chỉnh quá mức.
- + Day, xoa mi trên thực hiện sớm 2 hoặc 3 ngày đầu sau phẫu thuật.
- + Nếu có biến chứng viêm, loét giác mạc do hở mi, có thể hạ mi trên để điều trị ổn định viêm giác mạc sau đó xử lý sụp mi.
- Chỉnh non: cần phẫu thuật tăng cường.
- Rụng lông mi: do tổn thương các nang lông: đường rạch da cần cách xa trên hàng lông mi, có thể ghép lông mi từ lông mày.
- * Kết quả tốt khi:
 - Bờ mi ở vị trí bình thường, không bị biến dạng và cân xứng ở các hướng nhìn
 - Có sự đồng bộ trong cử động chớp mi giữa 2 mắt.
 - Nếp mi có độ cong bình thường và cân xứng hai bên.
 - Mắt nhắm kín khi ngủ.

PHẪU THUẬT TREO MI- CƠ TRÁN ĐIỀU TRỊ SỤP MI **(Cân cơ đùi, cân cơ thái dương, Silicon..)**

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật treo mi- cơ trán là phẫu thuật mượn tác dụng của cơ trán để điều trị sụp mi bẩm sinh với các chất liệu gồm: Silicon, cân cơ đùi hay cân cơ thái dương...

II. CHỈ ĐỊNH

- Sụp mi bẩm sinh độ II, III và có chức năng cơ nâng mi: kém < 5 mm và rất kém

- Tuổi: thường ở độ tuổi từ 3-4 tuổi. Nên phẫu thuật sớm hơn nếu sụp từ độ III mà gây nhược thị, lác.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Có bệnh lý giác mạc.

- Tình trạng toàn thân không cho phép phẫu thuật.

VI. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

2. Phương tiện

- Bộ phẫu thuật sụp mi.

- Đèn trần.

- Thuốc men: thuốc gây tê tại chỗ; Dung dịch kháng sinh và mỡ kháng sinh;

Dung dịch betadin 5%.

3. Người bệnh

- Khám mắt toàn diện: theo mẫu chung.

- Người bệnh và gia đình được tư vấn trước phẫu thuật.

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế.

VI. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Vô cảm

Gây mê toàn thân.

3.2. Các bước phẫu thuật

- Rạch da mi, dùng thanh đè Vannas để bảo vệ nhãn cầu và để làm căng da mi trên, đường rạch da song song bờ tự do mi và cách chân hàng lông mi khoảng 4mm, nếu sụp mi 1 mắt thì đường rạch da tương ứng với nếp mi mắt bên lành, cắt bỏ vạt da tùy theo mức độ thừa da mi.

- Phẫu tích mép da, cơ vòng cung mi, bộc lộ sụn mi.

- Rạch da ở cung mày và vùng cơ trán ở đỉnh theo hình tam giác cân.

- Khâu các chất liệu: Silicon, cân cơ...vào sụn mi ở trên bản sụn mi và hai đầu sụn tương ứng hai bờ đồng tử.

- Khâu chỉ Silicon, cân cơ vào cơ trán theo hình thang cân

- Khâu phục hồi mép mỡ, tạo 2 mí: dùng chỉ khâu từ mép da qua mặt trên sụn mi trên, xuyên qua mép da bên kia thắt chỉ tạo 2 mí.
- Khâu mép mỡ ở cung mày và vùng cơ trán
- Tra betadin 5%, tra dung dịch kháng sinh, mỡ kháng sinh vào mắt, băng ép.

VI. THEO DÕI SAU PHẪU THUẬT

Thay băng hàng ngày, tra dung dịch betadin 5% vào mép phẫu thuật, tra dung dịch kháng sinh, mỡ kháng sinh vào mắt, cắt chỉ sau 10 ngày.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chỉnh quá mức:
 - + Day, xoa mi trên thực hiện sớm 2 hoặc 3 ngày đầu sau phẫu thuật.
 - + Nếu có biến chứng viêm, loét giác mạc do hở mi, có thể hạ mi trên để điều trị ổn định viêm giác mạc sau đó xử lý sụp mi.
- Chỉnh non: cần phẫu thuật tăng cường.
- Rụng lông mi: do tổn thương các nang lông: đường rạch da cần cách xa trên hàng lông mi, có thể ghép lông mi từ lông mày.
- Nhiễm trùng vết mổ: kháng sinh toàn thân và tại chỗ, dẫn lưu mủ nếu có
- Phản ứng thải loại
- U hạt: do viêm mạn tính: lấy chỉ Silicon ra khỏi sụn mi và cơ trán
- * Kết quả tốt khi:
 - Bờ mi ở vị trí bình thường, không bị biến dạng và cân xứng ở các hướng nhìn
 - Có sự đồng bộ trong cử động chớp mi giữa 2 mắt.
 - Nếp mi có độ cong bình thường và cân xứng hai bên.
 - Mắt nhắm kín khi ngủ.

PHẪU THUẬT HẠ MI TRÊN ĐIỀU TRỊ CO RÚT MI

(Lùi cơ nâng mi, chỉnh chỉ..)

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật hạ mi trên điều trị co rút mi trên là phương pháp điều chỉnh tình trạng co rút mi nhằm phục hồi chức năng và giải phẫu cho mi mắt.

II. CHỈ ĐỊNH

Co rút mi trên gây hở mi hoặc trợn mắt ảnh hưởng đến thẩm mỹ.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các tổn thương mới xuất hiện dưới 6 tháng.
- Tình trạng toàn thân không cho phép phẫu thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Mắt

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình mi mắt.
- Cầm máu hai cực.

3. Người bệnh

- Làm vệ sinh tại chỗ và toàn thân.
- Chụp ảnh tổn thương trước khi phẫu thuật (nếu có thể).
- Giải thích cho người bệnh 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

- Uống hay tiêm thuốc an thần, giảm đau.
- Gây mê nếu người bệnh kém hợp tác.
- Gây tê tại chỗ.

3.2. Kỹ thuật

- Cách thức phẫu thuật hạ mi điều trị co rút mi trên thay đổi theo mức độ co rút mi trên nhiều hay ít.

- Với co rút mi trên có hai phương pháp: cắt cơ Müller và kéo dài cân cơ nâng mi..
- Co rút mi trên: đánh dấu nếp mi (cao 5mm với nữ giới và 4mm với nam giới).

3.2.1. Cắt cơ Müller

- Lật mi trên bằng vành mi Desmarre.
- Tiêm thuốc tê dưới kết mạc cùng đồ.
- Rạch kết mạc dọc theo cùng đồ trên dài 1cm.
- Bộc lộ cơ Müller.
- Cắt cơ khỏi chỗ bám tận.
- Khâu kết mạc.

- Tháo vành mi và kiểm tra.

3.2.2. Cắt zic zắc cơ hay kéo dài cân cơ nâng mi

- Rạch da vùng đã đánh dấu.
- Phẫu tích cơ vòng mi, bộc lộ cơ nâng mi và cắt buồng cơ nâng mi ra khỏi chỗ bám vào sụn mi trên. Hoặc có thể cắt zic zắc để kéo dài cơ nâng mi trên.
- Nếu mi vẫn co rút, tìm và cắt buồng cơ Müller.
- Khâu da bằng chỉ vicryl 6-0, tạo nếp mi sao cho cân xứng hai mắt (xem bài tạo nếp mi).

VI. THEO DÕI

- Người bệnh được hẹn khám lại 1 ngày, 1 tuần và 1 tháng sau phẫu thuật.
- Cắt chỉ sau 1 tuần.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Nếu còn hở mi: xem xét và mổ bổ sung.
- Nếu còn sụp mi theo dõi và tìm phương pháp điều trị thích hợp

ĐIỀU TRỊ CHỨNG GIẬT MI BẰNG TIÊM DYSPORT (TIÊM BOTILINUM A)

I. ĐẠI CƯƠNG

Chứng giật mi là một trong các rối loạn vận động cơ do co thắt cơ bám da mặt gần quanh mắt và mi mắt. Tiêm Dysport (botulinum A) là phương pháp sử dụng một protein độc tố thần kinh (Clostridium botulium type A) trong điều trị các rối loạn vận động cơ trên mục đích ức chế các dẫn truyền thần kinh cơ.

II. CHỈ ĐỊNH

- Giật mi mắt ở người bệnh 12 tuổi trở lên
- Co quắp mi (liên quan với rối loạn trương lực cơ: co quắp mi vô căn lành tính)
- Co giật cơ bám da mặt quanh mắt và điều trị các vết nhăn do co cơ quá mức của nhóm cơ bám da mặt.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Những người quá mẫn đã biết với bất kỳ thành phần nào của thuốc.
- Những người bệnh bị nhược cơ nặng.
- Có nhiễm khuẩn ở chỗ định tiêm.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

2. Phương tiện

- 1 lọ Botox 100 đơn vị.
- Dung dịch natri chlorid 0,9 % vô trùng.
- Bơm tiêm 1ml.
- Cồn sát trùng 70%.

3. Người bệnh

- Khám mắt toàn diện: theo mẫu chung.
- Người bệnh được tư vấn trước khi tiêm.

4. 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. Cách pha thuốc

- Pha với dung dịch NaCl 0,9% vô trùng.
- Rút một lượng dung dịch NaCl 0,9% thích hợp (xem bảng pha loãng phía dưới) vào ống tiêm.
- Pha và bảo quản thuốc theo quy trình chuẩn của nhà sản xuất.
- Bảng pha loãng:

Chất pha loãng được thêm vào (NaCl 0,9% dạng tiêm)

Liều thu được tính bằng đơn vị U/1ml

1ml 10

2ml 5

4ml 2,5

8ml 1,25

3.2. Kỹ thuật tiêm điều trị cơ quắp, giật mí

- Sử dụng bơm kim tiêm 1ml.
- Vị trí tiêm: tiêm vào cơ vòng mí giữa và bên của mí trên, bên của mí dưới.
- Liều khởi đầu là 1,25 - 2,5U (trong 0,05 - 0,1ml) ở mỗi chỗ tiêm.
- Liều khởi đầu không được vượt quá 25U cho mỗi mắt.
- Tổng liều không được vượt quá 100U trong một đợt điều trị kéo dài 12 tuần.
- Người bệnh được hẹn khám lại sau 3 ngày, 2 tuần và 1 tháng để theo dõi tác dụng của thuốc.
- Tác dụng ban đầu trong vòng 3 ngày và đạt tối đa sau 1-2 tuần. Mỗi đợt điều trị kéo dài 3 tháng sau đó có thể lặp lại liệu pháp không thời hạn.
- Đợt điều trị lặp lại có thể tăng liều lên gấp 2 lần nếu đợt đầu không đủ liều (nếu tác dụng kéo dài không được quá 2 tháng).

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Xảy ra trong vòng tuần đầu sau khi tiêm Botox, có tính tạm thời.
- Đau khu trú, viêm, nhạy cảm đau, sưng, ban đỏ, chảy máu hoặc vết bầm do tiêm. Xử trí: chườm đá, uống, bôi thuốc chống viêm.
- Đau do kim tiêm hoặc lo âu có thể có các đáp ứng mạch - thần kinh phế vị như hạ huyết áp và ngất thoáng qua. Xử trí: nằm nghỉ ngơi, theo dõi huyết áp.

VII. THEO DÕI

- Người bệnh được hẹn khám lại sau 3 ngày, 2 tuần và 1 tháng để theo dõi tác dụng của thuốc.
- Tác dụng ban đầu trong vòng 3 ngày và đạt tối đa sau 1-2 tuần. Mỗi đợt điều trị kéo dài 3 tháng sau đó có thể lặp lại liệu pháp không thời hạn.
- Đợt điều trị lặp lại có thể tăng liều lên gấp 2 lần nếu đợt đầu không đủ liều (nếu tác dụng kéo dài không được quá 2 tháng).

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Xảy ra trong vòng tuần đầu sau khi tiêm Botox, có tính tạm thời.
- Đau khu trú, viêm, nhạy cảm đau, sưng, ban đỏ, chảy máu hoặc vết bầm do tiêm, xử trí: chườm đá, uống, bôi thuốc chống viêm.
- Đau do kim tiêm hoặc lo âu có thể có các đáp ứng mạch - thần kinh phế vị như hạ huyết áp và ngất thoáng qua. Xử trí: nằm nghỉ ngơi, theo dõi huyết áp.

PHẪU THUẬT RÚT NGẮN GÓC TRONG MẮT

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật rút ngắn góc trong mắt là phẫu thuật tạo hình góc trong mắt trong các trường hợp hẹp khe mi bẩm sinh, hội chứng Epicanthus mà hai góc trong xa nhau và có kèm theo sụp mi bẩm sinh nhằm mở rộng khe mi, rút ngắn khoảng cách hai góc trong tạo điều kiện cho phẫu thuật sụp mi. Đây là phẫu thuật để giải quyết vấn đề thẩm mỹ và chức năng thị giác cho người bệnh (sụp mi nặng gây nhược thị)

I. CHỈ ĐỊNH

Hai góc trong mắt xa nhau, hẹp khe mi bẩm sinh trong hội chứng Epicanthus.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm khuẩn tại chỗ.
- Tình trạng toàn thân không cho phép phẫu thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

2. Phương tiện

Bộ dụng cụ phẫu thuật mi.

3. Người bệnh

- Vệ sinh mắt trước phẫu thuật.
- Chụp ảnh tổn thương trước phẫu thuật (nếu có thể).
- Người nhà người bệnh được tư vấn trước phẫu thuật.

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Vô cảm

- Gây mê toàn thân.

3.2. Kỹ thuật

- Gây tê tại chỗ
- Đo đạc cẩn thận đường rạch và cân đối hai bên mắt
- Rạch da góc trong hình chữ V đỉnh chữ V quay vào góc trong mi, hai cánh chữ V kéo dài ra hai mi
- Rạch da hình chữ Y với đường rạch là hai cánh chữ Y song song và cách bờ tự do mi trên và dưới 3-4 mm.
- Khâu rút ngắn dây chằng mi trong vào màng xương chính mũi
- Cắt da mi thừa hình 2 vật tam giác ở mi trên và dưới
- Khâu cố định mép da vào đáy chữ V.
- Khâu da mi trên, dưới

VI. THEO DÕI

- Người bệnh được khám lại 1 ngày, 1 tuần và 1 tháng sau phẫu thuật.
- Cắt chỉ sau 1 tuần.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Trong phẫu thuật

Chảy máu: cầm máu tốt bằng đốt điện hai cực.

2. Sau phẫu thuật

- Chảy máu vết phẫu thuật: chảy máu ít, băng ép và theo dõi; Chảy máu nhiều, đốt cầm máu lại tại phòng phẫu thuật.

- Nhiễm trùng vết phẫu thuật: dùng kháng sinh sau phẫu thuật và vệ sinh vết phẫu thuật.

SỬA SẸO BỌNG SAU PHẪU THUẬT GLÔCÔM

I. ĐẠI CƯƠNG

Sẹo bong hay bong thắm là kết quả của phẫu thuật lỗ rò điều trị glôcôm. Sự hình thành sẹo bong là điều kiện tiên quyết để bình ổn nhãn áp. Tuy nhiên theo thời gian một số sẹo bong dần trở nên quá mỏng dẫn đến nguy cơ nhiễm trùng sẹo bong, rò vỡ sẹo bong và viêm nội nhãn. Những trường hợp này cần phải can thiệp phẫu thuật sửa lại sẹo bong để hạn chế các biến chứng nguy hiểm trên.

II. CHỈ ĐỊNH

- Sẹo quá phát đơn thuần: sẹo có kích thước lớn, chồm lên giác mạc gây triệu chứng chủ quan khó chịu và thẩm mỹ xấu cho người bệnh.
- Sẹo quá phát dọa thủng: sẹo có kích thước lớn, kết mạc rất mỏng gần như thủng.
- Sẹo vỡ: kết mạc đã thủng, Seidel (+).

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Chống chỉ định tương đối: người bệnh có kèm theo các bệnh cấp tính tại mắt.
- Người bệnh có bệnh lý toàn thân không cho phép phẫu thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Mắt được đào tạo.

2. Phương tiện

Sinh hiển vi phẫu thuật, bộ dụng cụ vi phẫu, mảnh củng mạc.

3. Người bệnh

- Giải thích cho người bệnh về tiên lượng, mục đích của phẫu thuật.
- Trước mổ: nhỏ thuốc kháng sinh.

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

Hai kỹ thuật chủ yếu được sử dụng là kỹ thuật trượt vạt kết mạc và kỹ thuật sửa sẹo bong có ghép tổ chức.

3.1. Kỹ thuật trượt vạt kết mạc

- Chỉ định
 - + Bong thắm có nắp củng mạc còn tốt chưa bị tiêu mỏng.
 - + Bong thắm không quá lớn.
 - + Diện tích kết mạc lành còn đủ rộng.
- Các bước tiến hành
 - + Gây tê tại chỗ hoặc gây mê.
 - + Phẫu tích kết mạc quanh sẹo xơ, cách sẹo khoảng 1 mm, bóc tách kết mạc rộng về các phía, tránh làm tổn thương cơ trực.
 - + Cắt bỏ sẹo xơ ra khỏi giác và kết mạc, bộc lộ nắp củng mạc.
 - + Kiểm tra mức độ rò của thủy dịch bằng test Seidel. Nếu thấy thủy dịch rò quá nhiều hoặc thấy tiền phòng trở nên nông hơn một cách rõ rệt trong khi thực hiện các động tác phẫu thuật thì phải khâu lại nắp củng mạc bằng chỉ nylon 10/0.

- + Kéo trượt vạt kết mạc ra trước khâu dính vào củng mạc ở 2 phía của vùng rìa.
- + Tra thuốc mỡ kháng sinh và corticoid.
- + Băng mắt.

3.2. Kỹ thuật sửa sẹo bong thẫm có ghép tổ chức

- Chỉ định
 - + Bong thẫm quá lớn diện tích kết mạc không đủ rộng để phủ qua vùng sẹo rò.
 - + Bong thẫm có nắp củng mạc tiêu mỏng hoặc thủng.
- Chất liệu ghép
 - + Kết mạc tự thân.
 - + Màng ối.
 - + Củng mạc của người cho.
- Các bước tiến hành
 - + Gây tê tại chỗ hoặc gây mê.
 - + Phẫu tích kết mạc quanh sẹo xơ, cách sẹo khoảng 1 mm, bóc tách kết mạc rộng về các phía, tránh làm tổn thương cơ trực.
 - + Cắt bỏ sẹo xơ ra khỏi giác mạc và kết mạc bộc lộ nắp củng mạc. Phải tiến hành thật cẩn thận vì thì này rất dễ thủng nắp củng mạc hoặc tổn thương giác mạc nếu sẹo xâm lấn giác mạc nhiều.
 - + Nếu thấy nắp củng mạc tiêu mỏng hoặc thủng thì tiến hành ghép củng mạc của người cho. Lấy mảnh củng mạc kích thước tương ứng với vùng củng mạc tiêu mỏng, giữ nguyên toàn bộ chiều dày hoặc lạng đi 1/2 chiều dày tùy theo mức độ tiêu mỏng của củng mạc.
 - + Nếu kết mạc mủn, diện tích kết mạc không đủ rộng thì tiến hành ghép kết mạc tự thân hoặc ghép màng ối.
 - + Tra thuốc mỡ kháng sinh và corticoid.
 - + Băng mắt.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi về sự tái tạo lại sẹo bong.
- Làm test Seidel để phát hiện và xử lý kịp thời rò thủy dịch
- Khám đáy mắt: có bong hắc mạc hoặc bệnh lý hoàng điểm do nhãn áp thấp.
- Phát hiện các biến chứng có thể xảy ra.

VII. XỬ TRÍ CÁC BIẾN CHỨNG

1. Biến chứng trong phẫu thuật

- Rách kết mạc: trượt kết mạc khâu lại, nếu thiếu sẽ ghép kết mạc tự thân.
- Thủng nắp củng mạc: ghép củng mạc.
- Xuất huyết kết mạc: không cần điều trị.
- Xuất huyết tiền phòng: nếu xuất huyết nhẹ không cần xử lý, nếu xuất nặng cần rửa máu bằng canule Simcoe.

2. Biến chứng sau phẫu thuật

- Có thể xảy ra các biến chứng: rò sẹo bong kéo dài, nhiễm trùng sẹo bong, sụp mi, lác, song thị, sẹo quá bong tái phát cần tìm nguyên nhân để xử lý.
- Các bước tiến hành:
 - + Gây tê tại chỗ hoặc gây mê.
 - + Phẫu tích kết mạc quanh sẹo xơ, cách sẹo khoảng 1mm, bóc tách kết mạc rộng về các phía, tránh làm tổn thương cơ trực.

+ Cắt bỏ sẹo xơ ra khỏi giác mạc và kết mạc bộc lộ nắp củng mạc. Phải tiến hành thật cẩn thận vì thì này rất dễ thủng nắp củng mạc hoặc tổn thương giác mạc nếu sẹo xâm lấn giác mạc nhiều.

+ Nếu thấy nắp củng mạc tiêu mỏng hoặc thủng thì tiến hành ghép củng mạc của người cho. Lấy mảnh củng mạc kích thước tương ứng với vùng củng mạc tiêu mỏng, giữ nguyên toàn bộ chiều dày hoặc lạng đi 1/2 chiều dày tùy theo mức độ tiêu mỏng của củng mạc.

+ Nếu kết mạc mủn, diện tích kết mạc không đủ rộng thì tiến hành ghép kết mạc tự thân hoặc ghép màng ối.

+ Tra thuốc mỡ kháng sinh và corticoid.

+ Băng mắt.

CHỌC HÚT DỊCH KÍNH LẤY BỆNH PHẨM

I. ĐẠI CƯƠNG

Thủ thuật chọc hút dịch kính lấy bệnh phẩm là phương pháp lấy bệnh phẩm nội nhãn để làm xét nghiệm, đóng vai trò quan trọng trong việc xác định sớm tác nhân gây bệnh cũng như tìm được loại kháng sinh nhạy cảm để điều trị trong bệnh viêm nội nhãn.

II. CHỈ ĐỊNH

Viêm nội nhãn mà bán phần trước tương đối sạch, mủ tập trung chủ yếu ở phía sau.

II. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không thể lấy bệnh phẩm khi điều kiện toàn thân không cho phép.

III. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

2. Phương tiện

- Thuốc: dicain 1%, betadin 5%.
- Bơm tiêm 1ml.

3. Người bệnh

Giải thích cho người bệnh về tiên lượng, mục đích của kỹ 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

- Tê tại chỗ bằng dicain 1%.
- Tra betadin 5%.
- Dùng bơm tiêm 1 ml chọc vuông góc với thành nhãn cầu qua Pars plana cách rìa 3,5mm vào khoang dịch kính trước (tránh vị trí 3 giờ, 9 giờ và thể thủy tinh) rút ra 0,2 ml bệnh phẩm rồi chuyển ngay xuống phòng xét nghiệm.
- Tra betadin 5%.

IV. ĐIỀU TRỊ VÀ THEO DÕI

Tra kháng sinh tại chỗ.

V. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chọc vào thể thủy tinh: theo dõi và xử trí tùy thuộc vào tiến triển sau thủ thuật. Để tránh biến chứng này, khi chọc hút dịch kính không nên hướng đầu kim quá nhiều về phía trước.
- Xuất huyết dịch kính: dùng các thuốc tiêu máu.
- Rách hắc võng mạc: chọc kim đúng vào vùng Pars plana vuông góc với thành nhãn cầu sẽ giảm được nguy cơ này.

LASER ĐIỀU TRỊ U NGUYÊN BÀO VÔNG MẠC

I. ĐẠI CƯƠNG

Laser quang đông điều trị u nguyên bào võng mạc là sử dụng tia laser có bước sóng phù hợp với phổ hấp thụ làm đông vón các lớp tế bào u võng mạc để làm chết tế bào u.

II. CHỈ ĐỊNH

- U nguyên bào võng mạc nhóm A, B nằm ngoài gai thị và hoàng điểm
- U nguyên bào võng mạc nhóm C, D sau khi đã điều trị hóa chất 3- 6 chu kỳ

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Đang có các bệnh toàn thân không thể gây mê được
- U nguyên bào võng mạc nhóm E và xâm lấn ra ngoài hốc mắt hay bán phần trước

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

2. Phương tiện

Máy laser: Diode, TTT, vành mi, ấn củng mạc

3. Người bệnh

Được thăm khám toàn diện về mắt và toàn thân theo quy định, được giải thích về mục đích và hiệu quả cũng như các biến chứng có thể xảy ra.

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra người bệnh

Đúng mắt cần điều trị.

2. Kiểm tra hồ sơ

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Tra dẫn đồng tử tối đa

Bằng các thuốc như mydrin p, neosynephrin 10%....

3.2. Điều chỉnh các thông số trên máy laser

- Nếu là laser diode:
- + Kích thước vết đốt laser: 200 - 500m
- + Thời gian tia laser tác dụng trên võng mạc: 180 - 400ms
- + Công suất: 400 - 600mw

Điều chỉnh chùm tia laser qua kính Vold khu trú rõ nét trên u võng mạc

3.3. Kiểm tra

- Quang đông quanh khối u và trên bề mặt khối u điều chỉnh các thông số chùm tia sao cho tia laser đáp ứng trên bề mặt khối u. Tùy từng kích thước khối u điều chỉnh các thông số laser, khởi điểm sử dụng công suất thấp và tăng dần công suất lên.

- Săn sóc sau quang đông:

- Dùng thuốc giảm đau nhẹ khi có đau. Nếu người bệnh đau nhiều cần kiểm tra có tăng nhãn áp cấp tính do xuất huyết u không.

VI. ĐIỀU TRỊ VÀ THEO DÕI

- Sẹo laser hình thành sau 3 tuần, kiểm tra bằng máy soi đáy mắt.
- Kháng sinh, chống viêm, giảm đau, phù.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Trong khi quang đông

- Chảy máu tại vết laser: hạ cường độ laser.
- Xuất huyết võng mạc, dịch kính: ấn kính dụng cụ ấn củng mạc lên nhãn cầu làm tăng nhãn áp.
- Ngừng điều trị laser, dùng thuốc giảm đau, an thần, hoặc phải hẹn làm laser buổi khác khi người bệnh đau quá có thể gây sốc.

2. Sau khi quang đông

- Trợt biểu mô giác mạc do dụng cụ: tra kháng sinh, nước mắt nhân tạo, vitamin A...
- Giảm thị lực do phản ứng của mạch máu vùng đĩa thị giác: dùng thêm các thuốc an thần, giảm phù nề, tăng cường tuần hoàn...
- Xuất huyết dịch kính, võng mạc: theo dõi và điều trị xuất huyết.
- Ám điểm do phù võng mạc: dùng thêm thuốc giảm phù nề.
- Bỏng giác mạc hay thể thủy tinh do không chỉnh nét vết laser trên võng mạc: tra thuốc dinh dưỡng giác mạc, thuốc hạn chế đục thể thủy tinh.

LẠNH ĐÔNG ĐIỀU TRỊ U NGUYÊN BÀO VÔNG MẠC

I. ĐẠI CƯƠNG

Lạnh đông điều trị u nguyên bào vông mạc là sử dụng đầu lạnh đông áp vào thành nhãn cầu vị trí có khối u nguyên bào vông mạc làm đông vón mạch máu và các lớp tế bào u vông mạc để làm chết tế bào u.

II. CHỈ ĐỊNH

- U nguyên bào vông mạc nhóm A, B nằm ở vùng chu biên
- U nguyên bào vông mạc nhóm C nằm ở vùng chu biên sau khi đã điều trị hóa chất 3-6 chu kỳ

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Đang có các bệnh toàn thân không thể gây mê được
- U nguyên bào vông mạc nhóm D, E
- U nguyên bào vông mạc các nhóm vị trí u nằm ở hậu cực nhãn cầu
- U nguyên bào vông mạc xâm lấn ra ngoài hốc mắt hay bán phần trước

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

2. Phương tiện

Máy lạnh đông có đầu lạnh CO₂ hay N, vành mi, ấn củng mạc

3. Người bệnh

Được thăm khám toàn diện về mắt và toàn thân theo quy định, được giải thích về mục đích và hiệu quả cũng như các biến chứng có thể xảy ra.

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra người bệnh

Đúng mắt cần điều trị.

2. Kiểm tra hồ sơ

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Tra dẫn đồng tử tối đa

Bằng các thuốc như mydrin p, neosynephrin 10%....

Điều chỉnh các thông số trên máy lạnh đông, dùng đèn soi đáy mắt Sheppen có kính Vold để quan sát khi lạnh đông

- Đặt đầu lạnh đông lên thành nhãn cầu ở vị trí khối u vùng chu biên quan sát trên bề mặt khối u thấy đông vón mạch máu, củng mạc và khối u chuyển màu trắng sáng trên bề mặt khối u..

- Săn sóc sau lạnh đông

VI. ĐIỀU TRỊ VÀ THEO DÕI

- Kiểm tra bằng máy soi đáy mắt.
- Kháng sinh, chống viêm, giảm đau, phù.

VII. TAI BIẾN VÀ CÁCH XỬ TRÍ

1. Trong khi lạnh đông

- Do gây mê

- Diện lạnh đông quá rộng

2. Sau khi quang đông

Bỏ giác mạc hay thể thủy tinh do lạnh đông quá rộng: tra thuốc dinh dưỡng giác mạc, thuốc hạn chế đục thể thủy tinh.

CHÍCH ÁP XE TÚI LỆ

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp áp xe túi lệ.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Áp xe đang trong tình trạng viêm tỏa lan.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Phẫu thuật viên chuyên khoa Mắt được đào tạo.

2. Phương tiện

Dao phẫu thuật số 11, bông gạc.

3. Người bệnh

Người bệnh được tư vấn trước phẫu thuật.

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định chung.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Vô cảm

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

3.2. Kỹ thuật

- Sát trùng vùng áp xe bằng betadin 10%.
- Dùng dao rạch ở vùng trung tâm (đỉnh) của khối áp xe. Mở rộng để tạo điều kiện cho mũ và chất hoại tử thoát ra dễ dàng.
- Ấn làm cho mũ thoát ra đường rạch.
- Băng.
- Tiếp tục dùng kháng sinh toàn thân, giảm đau, giảm phù.
- Chuẩn bị phẫu thuật nối thông túi lệ mũi hoặc cắt bỏ túi lệ sau 2 - 4 tuần.
- Bảo đảm lối rò liền.

VI. THEO DÕI

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

KHÂU PHỦ KẾT MẠC

I. ĐẠI CƯƠNG

Khâu phủ kết mạc là dùng kết mạc che phủ lên giác mạc để bảo vệ giác mạc trong những tổn thương mi mắt, giác mạc, hoặc điều trị cho một số tổn thương giác mạc. Phủ kết mạc còn có tác dụng làm cho vết thương đỡ bị kích thích và chóng liền sẹo

II. CHỈ ĐỊNH

- Bảo vệ giác mạc sau khi khâu những vết thương mắt nhiều tổ chức nên không kín được, hoặc những vết thương không khâu được ở mi mắt
- Trong bỏng giác mạc gây loét, dọa thủng hoặc đã thủng

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tổn thương kết mạc rộng kèm theo
- Đã dính mi cầu

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

2. Phương tiện

- Dụng cụ panh, kéo, kim mang kim.
- Dung dịch natrichlorid 0,9 % vô trùng.
- Betadin 5%

3. Người bệnh

- Khám mắt toàn diện: theo mẫu chung.
- Người bệnh được tư vấn trước khi làm thủ thuật.

4. 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 kết giác mạc bằng Dicain 1%, có thể tiêm gây tê dưới kết mạc

3.2. Kỹ thuật

- Khâu phủ một phần giác mạc:

Rạch kết mạc sát rìa giác mạc, phẫu tích kết mạc, kéo kết mạc phủ lên giác mạc, dùng hai sợi chỉ xuyên qua kết mạc hình chữ U, hai đầu của mỗi sợi chỉ kết mạc khâu vào lớp thượng củng mạc sát vùng rìa khi thất chỉ thì kết mạc phủ kín vết thương

- Phủ toàn bộ giác mạc:

Cắt kết mạc quang vùng rìa thành một vòng tròn, phẫu tích sâu vào kết mạc xung quanh giác mạc, khâu từng mũi chỉ riêng hình chữ U, kéo dài hai lớp kết mạc trên và dưới lại gần nhau, khâu riêng từng mũi chữ U.

VI. THEO DÕI

- Thay băng hàng ngày
- Nhỏ kháng sinh, chống viêm
- 7- 10 ngày sau cắt chỉ, vạt kết mạc sẽ tự co dần

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Nhiễm trùng nặng: kháng sinh toàn thân và tại chỗ
- Phôi tổ chức nội nhãn: xem xét mức nội nhãn nếu không thể bảo tồn nhãn cầu và gây viêm nội nhãn, toàn nhãn

THĂM DÒ, KHÂU VẾT THƯƠNG CÙNG MẠC

I. ĐẠI CƯƠNG

Thăm dò, khâu vết thương cùng mạc là bước cấp cứu ban đầu quan trọng nhằm đóng kín vết thương, hạn chế nguy cơ nhiễm trùng, xử trí tốt vết thương cùng mạc tạo điều kiện thuận lợi cho các bước xử trí tiếp theo đồng thời có thể hạn chế được các biến chứng cho mắt chấn thương cũng như mắt lành. Vết thương cùng mạc có thể đơn thuần hoặc kèm theo vết thương rách giác- cùng mạc.

II. CHỈ ĐỊNH

Chấn thương rách cùng mạc đơn thuần hoặc giác cùng mạc, hai mép vết thương không kín.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối. Chống chỉ định tương đối trong các trường hợp
- Mắt mất chức năng hoàn toàn, võ nhãn cầu trầm trọng, khâu bảo tồn rất khó khăn, nguy cơ nhiễm trùng, nhãn viêm giao cảm cao.
- 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 thuật.
- Chỉ liên kim nylon 10-0 đối với vết thương giác mạc, nylon 9-0 và vicryl 7/0 đối với vết thương cùng mạc.

3. Người bệnh

- Khai thác bệnh sử và đánh giá tổn thương.
- Giải thích rõ cho người bệnh về tiên lượng, 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 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
- Gây mê đối với trẻ em hoặc người không có khả năng phối hợp để phẫu thuật hoặc các trường hợp võ nhãn cầu nặng để tránh phôi kẹt thêm các tổ chức nội nhãn.

3.2. Kỹ thuật

3.2.1. Nguyên tắc chung

- Làm sạch mép vết thương.
- Xử trí các tổ chức phôi kẹt.
- Đặt lại tổ chức theo đúng bình diện giải phẫu.
- Khâu kín vết thương.

3.2.2. Kỹ thuật khâu

- Cố định 2 mi bằng đặt chỉ 2 bờ mi hoặc dùng vành mi tự động để bộc lộ nhãn cầu.
- Làm sạch mép vết thương: gấp bỏ sạch các chất xuất tiết, dị vật bẩn bám mép vết thương.
- Tách dính móng mắt: dùng spatul tách dính giữa móng mắt và bờ vết thương, đặc biệt là bờ sau (nếu tổn thương rách giác- củng mạc)
- Vết thương củng mạc cần phẫu tích kết mạc, tenon che phủ vết thương:
 - + Bóc tách kết mạc (cả tenon và tổ chức thượng củng mạc) từ trước ra sau, vừa bóc tách vừa bộc lộ vết thương.
 - + Bóc tách kết mạc tới đâu, khâu vết thương tới đó để hạn chế phôi kệt thêm tổ chức nội nhãn.
- Xử trí các tổ chức phôi kệt: cắt lọc hết sức hạn chế
- + Móng mắt
 - Người bệnh đến sớm, móng mắt sạch chưa bị hoại tử, có thể đẩy lại móng mắt vào trong tiền phòng.
 - Người bệnh đến muộn móng mắt đã bị hoại tử, cần cắt bỏ.
- + Thở mi: cần hết sức bảo tồn. Chỉ cắt bỏ thở mi hết sức tiết kiệm khi thở mi bị hoại tử, hóa mủ.
- + Thủy tinh thể đục vỡ: lấy phần thủy tinh thể kẹt dính vào mép rách giác mạc. Phần thủy tinh thể còn lại sẽ được xử trí thì 2.
- + Dịch kính: cắt bỏ phần dịch kính phôi kệt ra ngoài mép rách giác mạc. Hạn chế tối đa làm thoát thêm dịch kính.
- + Vỡ củng mạc kệt nên được bảo tồn tối đa và đẩy qua mép vết thương vào trong nội nhãn.
- Khâu giác mạc
 - + Vết rách giác mạc vùng rìa khâu bằng chỉ nylon 9-10, vết rách giác mạc trung tâm khâu bằng chỉ nylon 10-0.
 - + Khâu mũi rời hoặc khâu vát.
 - + Các mũi khâu đi qua 3/4 chiều dày giác mạc, càng sâu càng tốt. Khoảng cách giữa 2 bờ mép rách đều nhau (trừ trường hợp vết rách đi chéo).
 - + Thứ tự của các mũi khâu:
 - Vết thương đi qua rìa, mũi khâu đầu tiên sẽ được đặt tại vị trí rìa củng giác mạc. Các mũi tiếp theo sẽ lần lượt theo thứ tự là giác mạc rồi củng mạc.
 - Vết thương góc cạnh, mũi khâu đầu tiên phải được đặt tại vị trí gập góc. Các mũi tiếp theo sẽ đi theo thứ tự từ đỉnh góc ra ngoài.
 - Vết thương đi qua trung tâm, cố gắng không đặt các mũi khâu đi qua trục thị giác.
 - + Khi mép vết thương phù ít, khâu cách 2 bên mép khoảng 01 mm. Khi vết thương phù nhiều, các mũi khâu cách mép xa hơn.
 - + Tái tạo tiền phòng bằng hơi hoặc dung dịch ringer lactat. Sau khi được tái tạo, toàn bộ tiền phòng là bóng khí hoặc dung dịch ringer lactat, không bị kẹt dính giữa móng mắt, chất thủy tinh thể đục vỡ hoặc dịch kính với giác mạc rách.
- Khâu củng mạc:
 - + Khâu củng mạc mũi rời bằng chỉ 7-0 vicryl, mũi khâu xuyên 80% chiều dày củng mạc.
 - + Nếu vết thương nằm dưới cơ trực, có thể dùng móc lác hoặc 1 mũi chỉ cố định nâng nhẹ cơ trực lên để khâu (có thể phải cắt cơ trực trong 1 số trường hợp cần thiết và khâu lại sau khi đã khâu kín vết thương củng mạc).

+ Khi vết thương cùng mạc đi ra sau xích đạo, khâu đóng cùng mạc xa tới mức có thể. Nỗ lực khâu kín vết rách cùng mạc mở quá sâu ra phía sau có thể làm tăng nguy cơ phôi tổ chức nội nhãn và xuất huyết tổng khứ.

- Chú ý không để kẹt, dính móng mắt, chất thủy tinh thể đục vỡ, dịch kính, hắc võng mạc vào mép phẫu thuật.

- Khâu phủ kết mạc bằng chỉ vicryl 7-0 hoặc 8-0.

- Kết thúc phẫu thuật tiêm kháng sinh dưới kết mạc hoặc cạnh nhãn cầu.

- Tra mỡ kháng sinh, mỡ atropin và băng mắt.

VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ HẬU PHẪU

- Hậu phẫu cần theo dõi các dấu hiệu sau đây:

+ Mép vết thương: có phù nề không? Có kín không? Có kẹt hay dính các tổ chức nội nhãn vào mép khâu giác mạc không?

+ Tiền phòng: sâu, nông hay xẹp tiền phòng? Tiền phòng xẹp có thể do hỏ mép phẫu thuật hoặc do thủy tinh thể đục căng phòng hay lệch thủy tinh thể ra trước.

+ Các dấu hiệu của xuất huyết nội nhãn.

+ Các dấu hiệu của viêm màng bồ đào và nhiễm trùng.

+ Hiện tượng tăng sinh dịch kính võng mạc và bong võng mạc.

- Điều trị hậu phẫu (xem thêm ở phần hướng dẫn điều trị).

+ Kháng sinh chống nhiễm trùng: kháng sinh liều cao, phổ rộng. Tra mắt, tiêm cạnh nhãn cầu, tiêm dưới kết mạc, uống hoặc tiêm truyền tĩnh mạch. Nếu có viêm nội nhãn, có thể tiêm kháng sinh nội nhãn.

+ Chống viêm bằng các thuốc kháng viêm nhóm steroid và non - steroid. Đường dùng: tra mắt, tiêm dưới kết mạc, tiêm cạnh nhãn cầu, uống hoặc tiêm tĩnh mạch.

+ Dẫn dòng tử chống dính.

+ Tăng cường dinh dưỡng giác mạc và nâng cao thể trạng.

+ Điều trị tiêu máu nếu có xuất huyết nội nhãn.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Xuất huyết: do cắt hoặc khâu phải các tổ chức còn sống như móng mắt, thể mi, hắc mạc. Xử trí:

+ Bơm adrenalin đã pha loãng tỷ lệ 1/3 vào tiền phòng phối hợp với bơm bóng hơi to vào tiền phòng.

+ Nếu máu vẫn không cầm, đốt điện đông điểm chảy máu hoặc bơm chất nhầy vào tiền phòng để cầm máu.

- Không tái tạo được tiền phòng:

+ Do khâu dính móng mắt vào giác mạc, nếu có cần khâu lại.

+ Do thể thủy tinh đục vỡ trương lên, cần lấy thủy tinh thể mới tái tạo được tiền phòng.

- Xuất huyết tổng khứ: là biến chứng đáng sợ nhất. Thường xảy ra khi nhãn cầu vỡ rộng, phôi kẹt nhiều tổ chức nội nhãn, cơ địa người bệnh tăng nhãn áp. Nếu người bệnh được phẫu thuật gây mê, nên cố gắng hạ thấp huyết áp người bệnh đến mức tối thiểu. Khâu kín vết thương giác cùng mạc càng nhanh càng tốt (có thể không đúng bình diện hoặc có kẹt các tổ chức nội nhãn, các vấn đề này có thể được xử trí thì sau).

KHÂU KẾT MẠC

I. ĐẠI CƯƠNG

Khâu kết mạc xử trí đóng vết thương rách kết mạc trong những tổn thương ở kết mạc mi, kết mạc nhãn cầu, có thể có tổn thương rách giác mạc, củng mạc kèm theo.

II. CHỈ ĐỊNH

Rách kết mạc rộng và hờ củng mạc, các tổ chức của mi

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Kết mạc rách nhỏ có thể tự liền

Tổn thương nhãn cầu nặng

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

2. Phương tiện

- Dụng cụ panh, kéo, kim mang kim.
- Betadin 5%

3. Người bệnh

- Khám mắt toàn diện: theo mẫu chung.
- Người bệnh được tư vấn trước khi làm thủ thuật.

4. 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 kết giác mạc bằng Dicain 1%, có thể tiêm gây tê dưới kết mạc

3.2. Kỹ thuật

- Khâu kết mạc, sau khi tìm mép rách và cắt lọc tối thiểu các chất hoại tử, chất bẩn. Khâu kết mạc sao cho không bị di lệch và co kéo thiếu hụt tổ chức.

- Khâu giác mạc, củng mạc khi tổn thương kèm theo, lấy dị vật nếu có

VI. THEO DÕI

- Nhỏ kháng sinh, chống viêm
- 7- 10 ngày sau cắt chỉ

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Nhiễm trùng nặng: kháng sinh toàn thân và tại chỗ
- Phôi tổ chức nội nhãn: xem xét mức nội nhãn nếu không thể bảo tồn nhãn cầu và gây viêm nội nhãn, toàn nhãn.
- Lấy dị vật nếu có
- Xử trí các tổn thương tổ chức khác kèm theo

NẶN TUYẾN BỜ MI

I. ĐẠI CƯƠNG

Nặn tuyến 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.

II. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp viêm bờ mi mạn tính.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ, điều dưỡng chuyên khoa Mắt.

2. Phương tiện

- Thuốc:
 - + Thuốc gây tê bề mặt kết mạc: dicainl%.
 - + Thuốc dùng để đánh bờ mi theo chỉ định.
- Dụng cụ:
 - + Kẹp Dolnberg hoặc Bilnhermin.
 - + Thanh đè.
 - + Tăm bông nhỏ.

3. Người bệnh

Được giải thích về phương pháp và các thì của thủ thuật.

4. 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

- Gây tê bề mặt bằng dicain 1%.
- Nặn tuyến bờ mi: có 2 cách làm như sau:
 - + Cách 1: tay trái dùng thanh đè có bôi thuốc mỡ kháng sinh đưa vào cùng đồ trên và dưới sau đó dùng ngón cái của bàn tay phải ấn mạnh lên bờ mi và ép lên thanh đè lần lượt từ ngoài vào trong để nặn tuyến bờ mi. Sau đó dùng tăm bông làm sạch hết những chất tiết bắn ở bờ mi.
 - + Cách 2: tay trái kéo nhẹ mi trên lên hoặc mi dưới xuống. Tay phải cầm kẹp Bilhermin kẹp mi ở giữa đưa 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 bắn 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 tẩm 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 như vậy từ 2- 3 lần.

VI. 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.

PHẪU THUẬT CẮT U NỘI NHÃN

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật cắt u nội nhãn là phẫu thuật cắt bỏ nhãn cầu trong đó có toàn bộ khối u nội nhãn. Các u nội nhãn thường là ung thư võng mạc ở trẻ em hoặc u hắc tố ác tính nội nhãn ở người lớn. Khi phẫu thuật cắt bỏ nhãn cầu ở bệnh ung thư võng mạc bao giờ cũng kèm theo cắt thị thần kinh dài.

II. CHỈ ĐỊNH

- Ung thư võng mạc giai đoạn C, D, E ở trẻ em
- U hắc tố ác tính nội nhãn (Melanoma)

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Ung thư võng mạc giai đoạn A, B
- Tình trạng toàn thân không cho phép phẫu thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Mắt

2. Phương tiện

Bộ dụng cụ cắt bỏ nhãn cầu.

3. Người bệnh

- Được chuẩn bị như các trường hợp phẫu thuật mắt khác.
- Người bệnh và gia đình được tư vấn trước phẫu thuật.

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định chung của Bộ Y tế.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Vô cảm

- Trẻ em: gây mê.
- Người lớn có thể gây tê hậu nhãn

3.2. Kỹ thuật

- Cắt kết mạc quanh rìa.
- Dùng móc lác lần lượt lấy và cắt buồng cơ trực trên, dưới, trong sát chỗ bám vào củng mạc.
- Kẹp giữ cơ trực ngoài ở sát chỗ bám bằng panh và cắt cơ khỏi nhãn cầu.
- Dùng kéo đầu tù bóc tách tổ chức xung quanh nhãn cầu và luồn ra sau cắt bỏ nhãn cầu với một đoạn thị thần kinh với ung thư võng mạc thì cắt thị thần kinh dài hơn 10mm.
- Cầm máu.
- Khâu kết mạc.
- Tra thuốc sát trùng và mỡ kháng sinh.
- Nhét gạc vô trùng rồi băng ép hốc mắt.
- Gửi bệnh phẩm làm xét nghiệm giải phẫu bệnh.

VI. THEO DÕI

- Sau phẫu thuật:

- Thay băng hàng ngày. Đặt khuôn và lấp mắt giả sớm.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Trong phẫu thuật

- Chảy máu: ép bằng gạc.
- Cắt sót củng mạc: tìm và cắt hết.
- Cắt thị thần kinh chưa đủ dài: cần cắt tiếp.

2. Sau phẫu thuật

- Chảy máu: băng ép.
- Nhiễm khuẩn tổ chức hốc mắt: điều trị kháng sinh mạnh.

CẮT U KẾT MẠC- GIÁC MẠC KHÔNG VÁ

I. ĐẠI CƯƠNG

U kết mạc- giác mạc là U dạng bì hoặc u bì mờ là tổn thương lạc chỗ bẩm sinh, hầu như không có khả năng ác tính và thường tiến triển chậm. Có thể thấy u ở bất kỳ vị trí nào trên nhãn cầu nhưng vị trí thường gặp nhất là ở vùng rìa giác mạc và kết mạc, góc 1/4 trên ngoài hoặc ở vùng khe mi góc ngoài.

II. CHỈ ĐỊNH

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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

2. Phương tiện

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

3. Người bệnh

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

4. Hồ sơ bệnh án

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

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

2. Kiểm tra người bệnh

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

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Vô cảm

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

3.2. Kỹ thuật

Cắt kết mạc nhãn cầu xung quanh phần khối u trên kết mạc, cách chân khối u khoảng 1 - 2mm, cầm máu.

- Rạch giác mạc quanh phần khối u trên giác mạc, cách chân khối u khoảng 01 mm, độ sâu tùy theo mức độ xâm lấn sâu của khối u nhưng không quá 1/3 chiều dày giác mạc (nếu khối u xâm lấn quá 1/3 chiều dày giác mạc: cần phải ghép giác mạc lớp).

- Dùng dao tròn hoặc dao lạng mỏng gọt phần tích khối u ra khỏi giác mạc và củng mạc.

- Cầm máu, khâu phủ kết mạc nhãn cầu lên phần khối u đã được cắt bỏ trên củng mạc bằng chỉ tiêu chậm 8-0 hoặc chỉ nylon 9-0.

- Tra thuốc kháng sinh nước và mỡ.

- Băng mắt.

VI. THEO DÕI

1. Trong phẫu thuật

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

2. Sau phẫu thuật

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

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Trong phẫu thuật

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

2. Sau phẫu thuật

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

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

CẮT U KẾT MẠC- GIÁC MẠC CÓ VÁ

I. ĐẠI CƯƠNG

U kết mạc- giác mạc là U dạng bì hoặc u bì mỡ là tổn thương lạc chỗ bẩm sinh, hầu như không có khả năng ác tính và thường tiến triển chậm. Có thể thấy u ở bất kỳ vị trí nào trên nhãn cầu nhưng vị trí thường gặp nhất là ở vùng rìa giác mạc và kết mạc, góc 1/4 trên ngoài hoặc ở vùng khe mi góc ngoài.

II. CHỈ ĐỊNH

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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

2. Phương tiện

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

3. Người bệnh

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

4. Hồ sơ bệnh án

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

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

2. Kiểm tra người bệnh

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

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Vô cảm

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

3.2. Kỹ thuật

- Cắt kết mạc nhãn cầu xung quanh phần khối u trên kết mạc, cách chân khối u khoảng 1 - 2mm, cầm máu kỹ.

- Rạch giác mạc quanh phần khối u trên giác mạc, cách chân khối u khoảng 1mm, độ sâu tùy theo mức độ xâm lấn sâu của khối u nhưng không quá 1/3 chiều dày giác mạc (nếu khối u xâm lấn quá 1/3 chiều dày giác mạc: cần phải ghép giác mạc lớp).

- Dùng dao tròn hoặc dao lạng mỏng gọt phần tích khối u ra khỏi giác mạc và củng mạc.

- Cầm máu, khâu phủ kết mạc nhãn cầu lên phần khối u đã được cắt bỏ trên củng mạc bằng chỉ tiêu chặm 8-0 hoặc chỉ nylon 9-0. Nếu u to mà thiếu kết mạc thì tạo vạt kết mạc và xoay vạt sau đó khâu phủ kết mạc lên chỗ lấy khối u.

- Tra thuốc kháng sinh nước và mỡ.

- Băng mắt.

VI. THEO DÕI

1. Trong phẫu thuật

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

2. Sau phẫu thuật

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

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Trong phẫu thuật

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

2. Sau phẫu thuật

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

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

CẮT BỎ U HỐC MẮT QUA THÀNH NGOÀI HỐC MẮT

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật cắt bỏ u hốc mắt qua thành ngoài hốc mắt là phương pháp phổ biến nhằm lấy các khối u sâu trong hốc mắt ở thành ngoài, trên ngoài hoặc dưới ngoài, những khối u nằm trong chớp cơ và là đường phối hợp với mở thành trong để lấy những khối u lớn ở thành trong.

II. CHỈ ĐỊNH

- U sâu thành ngoài hốc mắt.
- U trong chớp cơ.
- Phối hợp với mở thành trong để lấy những khối u lớn ở thành trong.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Mắt

2. Phương tiện

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

3. Người bệnh

Giải thích cho người bệnh và gia đình cần thận trọng 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 mê toàn thân phối hợp với gây tê tại chỗ để giảm đau và giảm chảy máu.

3.2. Tiến hành phẫu thuật

- Rạch da theo một đường cong, bắt đầu từ ngang cung mày kéo xuống dưới ngang phần giữa hốc mắt rồi ra sau cách góc ngoài 1,5cm, đường rạch có chiều dài khoảng 3cm.
- Phẫu tích xuống dưới đến thành ngoài hốc mắt.
- Tách màng xương thành ngoài và dây chằng mi ngoài, bộc lộ xương thành ngoài hốc mắt.
- Dùng khoan hoặc cưa xương để cắt bờ xương thành ngoài hốc mắt, lấy tạm thời xương thành ngoài ra và bảo quản trong dung dịch sinh lý để phục hồi thành xương sau khi lấy khối u.
- Có thể mở rộng phần sau của xương thành ngoài bằng khoan hoặc kim găm xương tùy thuộc vào vị trí của khối u.

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

- Phục hồi thành xương sau phẫu thuật bằng chỉ 4-0 prolén.
- Khâu phủ màng xương bằng chỉ 5-0 vicryl.
- Khâu lại da bằng chỉ -0 prolén hoặc nilon.
- 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, vận nhãn, tình trạng sung nề của mi, hốc mắt.

2. Toàn thân

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

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

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

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

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

KỸ THUẬT LÀM DÀI THÂN RĂNG LÂM SÀNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật làm trôi răng để có đủ chiều cao thân răng làm phục hình răng.

II. CHỈ ĐỊNH

Răng bị tổn thương mất thân răng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Răng nhiều chân.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện quy trình kỹ thuật

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt đã được đào tạo về Nắn Chỉnh Răng.
- Trợ thủ .

2. Phương tiện

2.1 Phương tiện và dụng cụ

- Bộ khám răng miệng: gương, gập, thám châm...
- Bộ dụng cụ Nắn chỉnh răng: kìm bẻ hook, kìm luồn dây, cây kẹp mắc cài, cây ấn dây cung, thước đo lực, bút đánh dấu.
- Bộ dụng cụ lấy dấu và đổ mẫu.
- Mũi khoan trụ....

2.2. Vật liệu

- Vật liệu lấy dấu và đổ mẫu.
- Chun chuối, dây thép dùng để buộc mắc cài vào dây cung.
- Dây cung 0.017 x 0.025 SS hoặc dây 0.019 x 0.025 TMA.

3. Người bệnh

- Người bệnh và/hoặc người giám hộ Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.
- Răng cần can thiệp làm dài thân răng đã được điều trị tủy tốt.

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Phim Xquang cận chóp đánh giá tình trạng chân răng điều trị.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

3. Các bước tiến hành

3.1. Sửa soạn cho gắn mắc cài

- Lấy dấu cung răng.
- Đổ mẫu hàm bằng thạch cao cứng.
- Đặt chun tách kẽ các răng hàm lớn cần gắn band nếu dùng band.

3.2 Gắn band và mắc cài.

- Gắn mắc cài vào các răng đã lựa chọn, kế bên răng cần kéo trôi.
- Chọn dây cung phù hợp cho việc bẻ loop.
- Bẻ loop trên dây cung đã đánh dấu.
- Đặt dây cung thụ động vào ống band và rãnh mắc cài.

- Cố định dây cung bằng chun tại chỗ hoặc dây thép.
- Làm hook kéo răng: bẻ hook, dùng mũi khoan lấy các chất hàn trong ống tủy, gắn cố định hook vào ống tủy bằng cement.
- Dùng chun chuỗi nối từ móc của răng cần kéo tới loop trên dây cung. Lực kéo khoảng 35-60 g.

3.3. Các lần điều trị tiếp theo

- Thường cách nhau 1 tuần.
- Kiểm tra sự di chuyển của răng cần làm trôi. Yêu cầu mỗi tuần răng di chuyển được khoảng 1mm.
- Thay chun kéo chân răng.
- Điều chỉnh lực kéo nếu cần.

3.4. Điều trị duy trì.

- Khi đã đạt được mức làm trôi răng mong muốn, dừng tác động lực kéo và duy trì kết quả 3-6 tuần:
- Cố định răng bằng dây Ligation với hook và dây cung chính đảm bảo tình trạng thụ động.

3.5. Kết thúc điều trị

- Tháo khí cụ.
- Chuyển người bệnh làm phục hình.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Sang thương niêm mạc lợi do lún band: tháo band và gắn lại.
- Sang thương niêm mạc má do đầu dây cung dài: Điều trị sang thương và điều chỉnh dây cung cho thích hợp.

PHẪU THUẬT CẮT BỎ 1 CHÂN RĂNG ĐỂ BẢO TỒN RĂNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật lấy bỏ chân răng bệnh lý không có khả năng bảo tồn sau điều trị nội nha ở răng nhiều chân nhằm bảo tồn phần còn lại của răng đã được điều trị nội nha thành công.

II. CHỈ ĐỊNH

- Răng có túi lợi bệnh lý độ III ở một chân răng mà không thể điều trị 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...

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh mắc các bệnh toàn thân đang trong giai đoạn tiến triển.
- Răng lung lay độ III.
- Vách xương ổ răng không đảm bảo cho sự vững chắc của chân răng còn lại.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện kỹ thuật

- Bác sỹ răng hàm mặt.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1. Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy răng
- Mũi khoan kim cương các loại, mũi khoan mở xương
- Bộ dụng cụ tiểu phẫu thuật trong miệng

2.2. Thuốc và vật liệu

- Thuốc tê
- Thuốc sát khuẩn
- Dung dịch bơm rửa
- Vật liệu cầm máu
- Bông gạc vô khuẩn

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân, tại chỗ và răng cần điều trị.

3. Các bước kỹ thuật

- Gây tê vùng và tại chỗ.
- Tạo vạt niêm mạc màng xương.
- Bóc tách vạt để bộc lộ xương ổ răng.
- Bộc lộ chân răng cần cắt: dùng mũi khoan lấy đi phần xương phía ngoài còn lại của chân răng cần cắt.
- Chia cắt chân răng và phần thân răng tương ứng: Dùng mũi khoan trụ cắt dọc phần thân răng tới vùng chôn chân răng.
- Dùng bẫy hoặc kim để lấy thân răng và chân răng.
- Dùng mũi khoan hoàn thiện làm nhẵn bề mặt vừa cắt.
- Khâu đóng kín vạt.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu: cầm máu
- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và vệ sinh tại chỗ
- Tình trạng ổn định của chân và thân răng còn lại.

PHẪU THUẬT TẠO HÌNH NHÚ LỢI

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật tạo hình lại nhú lợi trong điều trị các trường hợp biến dạng hoặc mất nhú lợi do các bệnh lý khác nhau.

II. CHỈ ĐỊNH

- Biến dạng nhú lợi
- Mất nhú lợi.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Co lợi loại III, IV theo Miller.
- Thiếu lợi sừng hóa.
- Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật
- Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện quy trình kỹ thuật

- Bác sĩ răng hàm mặt đã được đào tạo về phẫu thuật nha chu.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1. Dụng cụ

Bộ dụng cụ phẫu thuật nha chu....

2.2. Thuốc và vật liệu

- Thuốc tê.
- Dung dịch sát khuẩn.
- Cồn, Oxy già, nước muối sinh lý.
- Kháng sinh.
- Kim, chỉ khâu.
- Xi măng phẫu thuật....

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Các xét nghiệm cơ bản.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh:

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1 Sát khuẩn

3.2 Vô cảm: Gây tê tại chỗ.

3.3 Tạo vạt lợi:

- Rạch đường rạch hình bán nguyệt có độ dày bán phần và bề cong quay về phía cổ răng, cách bờ lợi ít nhất 2 mm.
- Rạch đường rạch trong khe lợi cho đến khi gặp đường rạch bán nguyệt.
- Dùng dao số 15 tạo vạt bán phần.

3.4 Di chuyển vạt

- Kéo vạt về phía thân răng che phủ chân răng vùng co lợi. Chú ý không để vạt ở tình trạng căng quá mức.

- Ép chặt vạt bằng một miếng gạc tẩm dung dịch nước muối sinh lý trong 5 phút.

3.5 Phủ xi măng phẫu thuật vùng phẫu thuật.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong phẫu thuật

Chảy máu: Cầm máu.

2. Sau phẫu thuật

- Chảy máu: Cầm máu.

- Nhiễm trùng: Kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.

KỸ THUẬT LẤY LẠI KHOẢNG BẰNG KHÍ CỤ CỐ ĐỊNH

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật điều trị tạo lại khoảng để đưa các răng lệch lạc về đúng vị trí giải phẫu trên cung hàm.

II. CHỈ ĐỊNH

Thiếu khoảng cho các răng mọc đúng vị trí giải phẫu.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Viêm quanh răng giai đoạn tiến triển.
- Có tình trạng nhiễm khuẩn cấp trong khoang miệng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện quy trình kỹ thuật

- Bác sỹ Răng hàm mặt đã được đào tạo về nắn chỉnh răng
- Trợ thủ

2. Phương tiện

2.1 Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy răng
- Bộ dụng cụ lấy dấu và đổ mẫu.
- Bộ khám: khay, gương, gập, thám châm.
- Bộ dụng cụ nắn chỉnh răng....

2.2 Vật liệu

- Bộ mắc cài cố định
- Dây cung.
- Lò xo tạo khoảng...

3. Người bệnh

Người bệnh và/ hoặc người giám hộ Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo đúng quy định.
- Phim Xquang xác định tình trạng thiếu khoảng.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

3. Các bước tiến hành

3.1 Chuẩn bị cho gắn khí cụ cố định.

- Lấy dấu 2 hàm bằng vật liệu thích hợp.
- Đổ mẫu hàm bằng thạch cao cứng.
- Đặt chun tách kẽ các răng có chỉ định đặt band.

3.2. Đặt gắn các khí cụ cố định.

- Tháo chun tách kẽ.
- Thử và chọn band.
- Gắn band.
- Gắn mắc cài.

3.3 Sắp thẳng răng chuẩn bị cho tạo khoảng.

Đi các dây cung đàn hồi với các kích thước khác nhau từ nhỏ đến lớn.

3.4 Đặt khí cụ tạo khoảng

- Đi dây cung SS 0.016-0.022 hoặc 0.017-0.025
- Đặt lò xo đẩy tại vị trí cần tạo khoảng.

3.5 Các lần điều trị tiếp theo

- Kiểm tra tình trạng các răng cạnh vùng tạo khoảng.
- Đánh giá tình trạng di chuyển răng và khoảng được tạo.
- Duy trì lực đẩy bằng cách điều chỉnh lò xo đẩy cho phù hợp.

3.6. Kết thúc qui trình lấy khoảng.

Khi khoảng đã đủ rộng để đưa các răng lệch lạc về đúng vị trí giải phẫu thì kết thúc giai đoạn tạo khoảng và chuyển sang quy trình điều trị tiếp theo.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Trong quá trình điều trị

- Sang thương niêm mạc miệng: Điều trị sang thương.
- Lung lay quá mức các răng cạnh vùng tạo khoảng: Điều chỉnh lực đẩy.

1901. KỸ THUẬT NONG RỘNG HÀM BẰNG KHÍ CỤ THÁO LẮP

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật điều trị các rối loạn hẹp cung răng bằng khí cụ tháo lắp.

II. CHỈ ĐỊNH

Cung răng hẹp.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Hàm hẹp nguyên nhân do xương.
- Người bệnh ở thời kỳ hết giai đoạn tăng trưởng.
- Có ổ nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện quy trình kỹ thuật

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt đã được đào tạo về Nắn Chỉnh Răng.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1 Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy răng.
- Bộ khám răng miệng: gương, gập, thám châm...
- Bộ dụng cụ Nắn chỉnh răng.
- Dụng cụ lấy dấu, đổ mẫu....

2.2 Vật liệu

- Vật liệu lấy dấu và đổ mẫu.
- Sáp cắn, bút chì...

3. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định
- Phim Panorama và Cephalometric đánh giá tình trạng hẹp cung răng.

4. Người bệnh

Người bệnh và/hoặc người giám hộ Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

3. Các bước tiến hành

3.1. Thiết kế khí cụ

- Lấy dấu 2 hàm bằng vật liệu thích hợp.
- Đổ mẫu hàm bằng thạch cao cứng.
- Thiết kế khí cụ tháo lắp với ốc nong trên mẫu.

3.2 Làm khí cụ nong hàm

Thực hiện tại Labo theo thiết kế.

3.3 Lắp khí cụ điều trị nong hàm trên miệng

- Kiểm tra khí cụ.
- Thử khí cụ trên miệng và điều chỉnh cho phù hợp.
- Lắp khí cụ trên miệng người bệnh.

- Hướng dẫn người bệnh sử dụng:
- + Cách tháo lắp.
- + Vệ sinh và bảo quản khí cụ.
- + Thời gian đeo khí cụ trên miệng.
- + Cách điều chỉnh ốc nong.

3.4 Các lần điều trị tiếp theo:

Hẹn người bệnh khám điều trị định kỳ hàng tuần:

- + Theo dõi tình trạng cung răng và hàm.
- + Điều chỉnh khí cụ cho phù hợp.

3.5 Điều trị duy trì.

- Đánh giá tình trạng cung răng và hàm, nếu cung răng và hàm đã được nong đủ rộng thì ngừng tác dụng lực
- Đeo duy trì khí cụ trong vòng 3-6 tháng.

3.6 Kết thúc điều trị.

Khi cung răng đã ổn định sau giai đoạn duy trì thì kết thúc điều trị và tháo khí cụ.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Sang thương niêm mạc miệng: Điều trị sang thương và chỉnh sửa hoặc làm lại khí cụ khác nếu cần.

1902. NẢN CHỈNH MẮT CÂN XÚNG HÀM CHIỀU TRƯỚC SAU BẰNG KHÍ CỤ THÁO LẮP

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật điều trị sai khớp cắn loại II xương do lùi hàm dưới có sử dụng khí cụ tháo lắp, tạo lập khớp cắn loại I bằng đưa hàm dưới ra trước.

II. CHỈ ĐỊNH

Sai khớp cắn loại II xương do lùi hàm dưới.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh ở giai đoạn hết thời kỳ tăng trưởng.
- Có tình trạng nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện quy trình kỹ thuật

- Bác sỹ răng hàm mặt đã được đào tạo về Nản chỉnh răng.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1 Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy răng.
- Bộ khám răng miệng: khay, gương, gắp, thám châm.
- Bộ dụng cụ lấy dấu, đồ mẫu.
- Kim mổ chim....

2.2 Vật liệu

- Vật liệu lấy dấu và đồ mẫu.
- Sáp lá.
- Giấy cắn.
- Bút chì vẽ mẫu....

3. Người bệnh

Người bệnh và/ hoặc người giám hộ Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo qui định.
- Phim Xquang Panorama, Cephalometry...đánh giá tình trạng lệch lạc xương hàm và răng.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân, tại chỗ và răng cần điều trị.

3. Các bước thực hiện kỹ thuật

3.1. Thiết kế khí cụ

- Lấy dấu 2 hàm bằng vật liệu thích hợp.
- Đồ mẫu 2 hàm bằng thạch cao cứng.
- Lấy khớp sáp ghi tương quan hai hàm khi người bệnh đưa hàm dưới ra trước đạt được tương quan răng nanh là loại I.
 - + Thiết kế khí cụ tháo lắp trên mẫu:
 - + Hàm Monoblock, hoặc hàm Bionator, hoặc hàm Twinblock.

- + Đặt ốc nong ở phần giữa nền hàm trên nếu hàm hẹp.
- + Móc Adams và cung ngoài cho hàm Monoblock hoặc hàm Bionator.

3.2 Làm khí cụ

Thực hiện tại Labo theo thiết kế.

3.3 Lắp hàm trên miệng

- Kiểm tra khí cụ tháo lắp.
- Thử và đặt khí cụ trên miệng.
- Chỉnh sửa khí cụ tháo lắp cho phù hợp.
- Lắp khí cụ trên miệng.
- Hướng dẫn người bệnh và/ hoặc người giám hộ cách sử dụng:
- + Tháo và đeo khí cụ.
- + Vệ sinh và bảo quản.
- + Chỉnh ốc nong hàm nếu có.
- + Thời gian đeo.

3.4 Các lần điều trị tiếp theo

Hẹn người bệnh tái khám hàng tháng:

- Kiểm tra đánh giá tình trạng răng.
- Kiểm tra tình trạng tương quan hai hàm theo chiều trước sau và theo chiều ngang.
- Tác động khí cụ:
- + Nong hàm,
- + Chỉnh dây cung.
- + Mài chỉnh phần nhựa của khí cụ....

3.5 Điều trị duy trì

- Ngừng tác động lực và điều trị duy trì khi tương quan 2 hàm đã đạt mục tiêu điều trị bao gồm:

- + Khớp cắn răng nanh loại I.
- + Tương quan theo chiều ngang có múi ngoài răng hàm trên trùm ra ngoài răng hàm dưới.

Thời gian duy trì 9-12 tháng.

3.6. Kết thúc điều trị

- Kết thúc điều trị duy trì khi tương quan 2 hàm đã ổn định.
- Tháo bỏ khí cụ điều trị và chuyển điều trị giai đoạn tiếp theo.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong quá trình điều trị

- Sang thương niêm mạc miệng: Điều trị sang thương và chỉnh sửa hoặc làm lại khí cụ nếu cần.

- Rối loạn đau khớp thái dương hàm: Điều trị khớp thái dương hàm và tạm ngừng đeo khí cụ, chỉnh sửa hoặc làm lại hàm khác.

2. Sau điều trị

Rối loạn đau khớp thái dương hàm: Điều trị khớp thái dương hàm.

1903. DUY TRÌ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NẮN CHỈNH RĂNG BẰNG KHÍ CỤ THÁO LẮP

I. ĐẠI CƯƠNG

Duy trì kết quả là một giai đoạn rất quan trọng trong quá trình điều trị nắn chỉnh răng nhằm tránh tái phát, được thực hiện sau khi tháo khí cụ nắn chỉnh răng.

Khí cụ duy trì tháo lắp có ưu điểm là dễ vệ sinh nhưng đòi hỏi sự hợp tác của người bệnh trong việc đeo khí cụ.

II. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp sau khi tháo khí cụ nắn chỉnh răng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện quy trình kỹ thuật

- Bác sỹ răng hàm mặt đã được đào tạo về nắn chỉnh răng.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

- Dụng cụ: kim tác dụng hàm, thìa lấy dấu...
- Vật liệu: chất lấy dấu, thạch cao đá...

3. Người bệnh:

- Được giải thích các vấn đề liên quan tới quy trình điều trị.
- Người bệnh đã được tháo khí cụ nắn chỉnh răng.

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân, tại chỗ và răng cần điều trị.

3. Các bước thực hiện kỹ thuật

3.1. Lần hẹn 1

- Lấy dấu.
- Đổ mẫu bằng thạch cao.
- Thiết kế khí cụ duy trì trên mẫu.
- Làm khí cụ duy trì loại tháo lắp tại Labo.

3.2. Lần hẹn 2

- Kiểm tra khí cụ duy trì theo đúng tiêu chuẩn.
- Thử khí cụ trên miệng và điều chỉnh cho phù hợp.
- Lắp khí cụ trên miệng người bệnh.
- Hướng dẫn người bệnh sử dụng:
 - + Cách tháo lắp,
 - + Vệ sinh khí cụ,
 - + Thời gian đeo khí cụ trên miệng.

3.3. Các lần điều trị tiếp theo

Hẹn người bệnh khám định kỳ 2-3 tháng/lần:

- Kiểm tra tình trạng hàm răng xem có tái phát không.
- Kiểm tra tình trạng khí cụ và điều chỉnh nếu cần.

3.4. Kết thúc điều trị duy trì

- Thông thường thời gian điều trị duy trì từ 1-2 năm hoặc lâu hơn.
- Tháo khí cụ và kết thúc quá trình điều trị.

VI. THEO DÕI TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Sang thương niêm mạc miệng do gây khí cụ: điều trị tổn thương, làm lại khí cụ khác.

1907. LÀM LÚN RĂNG CỬA HÀM DƯỚI SỬ DỤNG KHÍ CỤ THÁO LẮP

I. ĐẠI CƯƠNG

- Đây là kỹ thuật trong điều trị nắn chỉnh răng nhằm làm lún các răng cửa hàm dưới.
- Để làm lún các răng cửa hàm dưới có nhiều loại khí cụ, trong bài này chúng tôi giới thiệu kỹ thuật sử dụng khí cụ tháo lắp tấm cắn hoặc mặt phẳng cắn phía trước

II. CHỈ ĐỊNH

Độ cắn trùm lớn, đặc biệt trường hợp răng cửa giữa HT ngả trước nhiều (góc răng cửa HT với mặt phẳng HT nhỏ hơn 70 độ)

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tất cả các trường hợp khác
- Người bệnh không hợp tác.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện quy trình kỹ thuật

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt đã được đào tạo về Nắn Chỉnh Răng.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

- Bộ khám răng miệng: gương, gập, thám châm...
- Bộ dụng cụ Nắn chỉnh răng: kim mổ chim, ...
- Các vật liệu nắn chỉnh răng:
 - + Chất lấy dấu và thạch cao
 - + Sáp lá...

3. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định
- Phim Panorama và Cephalometric.

4. Người bệnh

Người bệnh (hoặc phụ huynh) đã được giải thích về kế hoạch điều trị.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

3. Các bước tiến hành

3.1. Lần hẹn thứ nhất

- Lấy dấu răng
- Lấy dấu sáp cắn độ dày cho mặt phẳng cắn.
- Đổ mẫu hàm bằng thạch cao (thạch cao cứng là tốt nhất).
- Vẽ thiết kế tấm cắn hoặc mặt phẳng cắn trên mẫu
- Gửi mẫu có sáp cắn tới xưởng để sản xuất tấm cắn hoặc mặt phẳng cắn (có thể là một thành phần của khí cụ tháo lắp bao gồm cung môi, dây cung mặt lưỡi, móc Adam...)

3.2. Lần hẹn thứ hai

- Kiểm tra khí cụ tháo lắp trên mẫu, chỉnh sửa nếu cần thiết (kiểm tra gờ sắc, các thành phần của khí cụ, mặt phẳng cắn- độ dày, vị trí...)
- Đeo khí cụ tháo lắp có tấm cắn hoặc mặt phẳng cắn cho BN. Kiểm tra độ sát khít của các thành phần khí cụ đặc biệt là mặt phẳng cắn.
- Hướng dẫn BN cách đeo và bảo quản khí cụ:
 - + Thời gian đeo ít nhất 12h/ngày đeo liên tục
 - + BN phải cắn mạnh sao cho tấm cắn hoặc mặt phẳng cắn phải thấy được vết răng.

*** Chú ý:**

- Sau khi đeo khí cụ tháo lắp, các răng hàm phía sau phải mở khớp (không tiếp xúc cắn)
- Ngoài kết quả làm lún các răng cửa HD, tẩm cắn còn đồng thời làm lún các răng cửa HT và làm trôi các răng hàm lớn và hàm nhỏ, làm ngả môi các răng cửa HT.

3.3. Các lần điều trị tiếp theo (thường cách nhau 2-3 tuần)

- Kiểm tra mức độ lún của răng
- Kiểm tra tẩm cắn hoặc mặt phẳng cắn

3.4. Kết thúc điều trị

- Đánh giá tình trạng các răng: Dừng làm lún răng khi răng đạt vị trí mong muốn.
- Lưu giữ kết quả 4-6 tháng.
- Chuyển giai đoạn điều trị nắn chỉnh răng tiếp theo nếu cần.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Lung lay quá mức (độ 3, 4) răng cửa đang làm lún: điều chỉnh lại lực nhẹ hoặc tạm ngừng làm lún răng chờ tổ chức quanh răng phục hồi, răng hết lung lay độ 3-4.
- Sang thương niêm mạc lợi miệng do gây khí cụ:
 - + Tháo khí cụ
 - + Điều trị sang thương.

1920. NHỔ CHÂN RĂNG VĨNH VIỄN

I. ĐẠI CƯƠNG

Các chân răng còn lại trên cung răng không còn chức năng ăn nhai và còn là ổ nhiễm khuẩn. Các chân răng còn trở ngại cho việc phục hình bằng hàm giả tháo lắp hoặc cố định.

II. CHỈ ĐỊNH

- Các chân răng còn lại do sâu răng
- Các chân răng còn lại do chấn thương không có chỉ định bảo tồn.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có các bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.
- Người bệnh đang có ổ nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện quy trình kỹ thuật

- Bác sĩ Răng hàm mặt .
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1. Dụng cụ

- Ghế máy nha khoa
- Bộ dụng cụ tiểu phẫu thuật trong miệng.

2.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.
- Dung dịch bơm rửa.
- Vật liệu cầm máu.
- Băng, gạc vô khuẩn.

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân, tại chỗ và vùng răng cần điều trị.

3. Thực hiện kỹ thuật

- Sát khuẩn
- Gây tê tại chỗ
- Tách nếp niêm mạc và dây chằng quanh chân răng bằng cây bóc tách.
- Dùng bẫy thích hợp để tách chân răng và làm đứt dây chằng quanh chân răng
- Dùng kim thích hợp lấy chân răng ra khỏi ổ răng.
- Kiểm soát huyết ổ răng.
- Cầm máu.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong khi phẫu thuật

Chảy máu: cầm máu.

2. Sau phẫu thuật

- Nhiễm trùng: dùng kháng sinh và chống viêm.
- Chảy máu: cầm máu

1925. LIÊN KẾT CỐ ĐỊNH RĂNG LUNG LAY BẰNG COMPOSITE

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật điều trị các răng lung lay do các nguyên nhân khác nhau bằng cách liên kết các răng bằng dây kim loại và cố định dây bằng composite.

II. CHỈ ĐỊNH:

- Các răng lung lay do các bệnh quanh răng.
- Các răng lung lay do chấn thương.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.
- Răng lung lay xen kẽ giữa các vùng mất răng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện quy trình kỹ thuật

- Bác sĩ Răng hàm mặt
- Trợ thủ

2. Phương tiện

2.1. Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy nha khoa,
- Tay khoan và mũi khoan các loại.
- Đèn quang trùng hợp....

2.2. Thuốc và vật liệu

- Composite các loại, etching, keo dán.
- Chêm gỗ, dây cung liên kết bằng thép không gỉ.
- Bột đánh bóng, bông gạc...

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo qui định.
- Phim Xquang đánh giá tình trạng răng và quanh răng.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ

3. Thực hiện kỹ thuật

- Làm sạch bề mặt các răng bằng các dụng cụ và vật liệu thích hợp.
- Chọn và sửa soạn dây cung.
- Xoi mòn bề mặt men răng vùng đặt và cố định các dây bằng acid phosphoric 37%.
- Rửa sạch.
- Đặt chêm gỗ vào khoảng giữa các kẽ răng.
- Cách ly các răng và làm khô bề mặt răng.
- Phủ keo dán lên bề mặt răng và chiếu đèn quang trùng hợp.
- Đặt composite lên mặt trong của các răng vùng đã sửa soạn.
- Đặt dây cung vào mặt trong các răng ở vị trí phù hợp.

- Phủ dây cung bằng composite.
- Cố định dây cung bằng chiếu đèn quang trùng hợp.
- Lấy chêm gỗ ra khỏi kẽ răng.
- Chỉnh sửa bề mặt Composite cho phù hợp.
- Hướng dẫn người bệnh kiểm soát mảng bám răng.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Sau quá trình điều trị

Viêm lợi và viêm quanh răng: Điều trị viêm lợi và viêm quanh răng.

1933. CHỤP TỦY BẰNG HYDROXIT CANXI ($\text{Ca}(\text{OH})_2$)

I. ĐẠI CƯƠNG

- Là kỹ thuật che và bảo vệ tủy bằng Hydroxit Canxi $\text{Ca}(\text{OH})_2$, tạo điều kiện cho sự lành thương của tủy.
- Viêm tủy có hồi phục là tình trạng viêm mô tủy nhưng có khả năng hồi phục khi loại bỏ được các yếu tố bệnh nguyên.
- Hydroxit Canxi có khả năng kháng khuẩn, tạo điều kiện lành thương cho mô tủy.

II. CHỈ ĐỊNH

- Răng viêm tủy có hồi phục.
- Răng sâu ngà sâu có nhạy cảm ngà
- Răng bị làm hở tủy trong khi sửa soạn xoang hàn.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Răng có viêm quanh răng nặng.
- Răng viêm tủy có hồi phục mà có hở tủy.
- Răng có mô tủy Canxi hóa cục bộ hoặc toàn bộ.
- Người bệnh có các người bệnh nhiễm trùng toàn thân cấp tính hoặc giai đoạn đang tiến triển.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện quy trình kỹ thuật

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1 Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy nha khoa.
- Tay khoan và mũi khoan các loại.
- Bộ khám: khay, gương, gắp, thám trầm
- Phương tiện cách ly cô lập răng.
- Bộ dụng cụ hàn Hydroxit canxi.
- Bộ dụng cụ hàn răng.

2.2 Thuốc và vật liệu

- Thuốc sát khuẩn.
- Hydroxit canxi.
- Vật liệu hàn vĩnh viễn.

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án theo qui định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân, tại chỗ và răng cần điều trị.

3. Thực hiện kỹ thuật

- Sửa soạn xoang hàn:
- + Mũi khoan thích hợp mở rộng bờ men, bộc lộ rõ xoang sâu.
- + Dùng mũi khoan thích hợp lấy bỏ mô ngà hoại tử.

- + Làm sạch xoang hàn bằng nước muối sinh lý.
- + Làm khô xoang hàn.
- Đặt Hydroxit canxi:
- + Dùng que hàn lấy Hydroxit canxi và đặt phủ kín đáy xoang hàn từng lớp từ 1-2mm.
- + Dùng gòn bông nhỏ lèn nhẹ và làm phẳng bề mặt Hydroxit canxi.
- Hàn phục hồi xoang hàn:
- + Dùng vật liệu thích hợp như Composite, GIC, Amalgam...phục hồi phần còn lại của xoang hàn.
- + Kiểm tra khớp cắn.
- + Hoàn thiện phần phục hồi.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong quá trình điều trị

Chảy máu tủy: tủy trường hợp có thể cầm máu hoặc điều trị tủy.

2. Sau quá trình điều trị

- Viêm tủy không hồi phục: điều trị tủy.
- Tủy hoại tử : điều trị tủy.

1935. MÀI CHỈNH KHỚP CÁN

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật điều trị loại bỏ các điểm chạm sớm và các điểm cản trở khớp cắn để điều trị và dự phòng lệch lạc khớp cắn, các bệnh về răng, quanh răng và khớp thái dương hàm.

II. CHỈ ĐỊNH

- Sai lệch cắn khít trung tâm do có điểm chạm sớm.
- Sai lệch cắn khít trung tâm do cản trở cắn ở hàm răng sữa, hỗn hợp hoặc vĩnh viễn

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Có tình trạng nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện quy trình kỹ thuật:

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt đã được đào tạo về Nắn Chỉnh Răng.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1 Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy răng.
- Bộ khám răng miệng: gương, gập, thám châm.
- Bộ dụng cụ Nắn chỉnh răng.
- Bộ dụng cụ lấy dấu, đổ mẫu.
- Bộ càng nhai, cung mặt, Bút đánh dấu da
- Bút đánh dấu da....

2.2 Vật liệu

- Vật liệu lấy dấu và đổ mẫu.
- Sáp lá hồng, sáp nhôm hoặc silicone đặc
- Giấy thử cắn độ dày 40µm màu đỏ và màu xanh....

3. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định
- Phim Panorama và Cephalometric.

4. Người bệnh

Người bệnh và/hoặc người giám hộ Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

3. Các bước tiến hành

3.1. Chuẩn bị các mẫu hàm.

- Lấy dấu 2 hàm bằng vật liệu thích hợp.
- Đổ mẫu bằng thạch cao siêu cứng.
- Lấy tương quan hàm trên bằng cung mặt
- Ghi tương quan hai hàm ở tương quan tâm

3.2 Xác định mức độ mài chỉnh các mẫu trên càng nhai.

- Vào mẫu trên càng nhai dựa trên các tương quan đã lấy.

- Xác định các điểm cản trở cắn, điểm chạm sớm trên càng nhai.
- Đánh dấu các điểm chạm sớm.
- Dùng mũi khoan mài chỉnh các điểm chạm sớm trên mẫu thạch cao.
- Đánh dấu các vị trí đã mài chỉnh.

3.3. Mài chỉnh các điểm chạm sớm trên miệng.

- Đối chiếu và đánh dấu các điểm cần mài trên răng theo mẫu.
- Dùng mũi khoan kim cương mài chỉnh các điểm chạm sớm đã đánh dấu.
- Hướng dẫn người bệnh cắn khít ở vị trí trung tâm, kiểm tra tình trạng cản trở và chỉnh sửa tiếp nếu cần.
- Kiểm tra lại chức năng khớp cắn động:
- Hướng dẫn người bệnh chuyển động hàm dưới các hướng và chỉnh sửa nếu cần.
- Chống ê buốt các răng mài chỉnh.
- Hướng dẫn người bệnh:
- + Cách ăn nhai đều 2 bên.
- + Loại bỏ thói quen xấu nếu có.

3.4. Kết thúc điều trị

Đánh giá tình trạng khớp cắn, chuyển giai đoạn điều trị nếu cần.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN:

- Sang thương niêm mạc miệng: Điều trị sang thương.
- Ê buốt răng: Điều trị ê buốt.

1937. TRÁM BÍT HỔ RÃNH VỚI GLASS IONOMER CEMENT (GIC) HÓA TRÙNG HỢP

I. ĐẠI CƯƠNG

- Là kỹ thuật hàn phủ các hố rãnh ở các bề mặt răng vĩnh viễn có nguy cơ khởi phát sâu răng hoặc đã có tổn thương sâu răng sớm.
- GIC (Glass Ionomer cement) là vật liệu phục hồi có ưu điểm bám dính tốt vào men, đồng thời có khả năng phóng thích Fluor vì vậy có tác dụng dự phòng sâu răng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Các hố rãnh tự nhiên trên bề mặt răng khó làm sạch và có nguy cơ sâu răng.
- Sâu răng ở các hố rãnh giai đoạn sớm.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Dị ứng với GIC.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện quy trình kỹ thuật

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt
- Trợ thủ .

2. Phương tiện

2.1. Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy nha khoa.
- Tay khoan và mũi khoan các loại
- Bộ khám: khay, gắp, gương, thám trầm.
- Bộ cách ly cô lập răng.
- Bộ dụng cụ hàn GIC....

2.2. Thuốc và vật liệu

- Thuốc sát khuẩn.
- Vật liệu trám bít hố rãnh GIC....

3. Người bệnh

Người bệnh và/ hoặc người giám hộ Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án theo qui định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân, tại chỗ và răng cần điều trị.

3. Thực hiện kỹ thuật

- Sửa soạn bề mặt răng:
 - + Làm sạch mảng bám răng bằng chổi hoặc đài cao su với bột đánh bóng.
 - + Trong một số trường hợp dùng mũi khoan thích hợp mở rộng hố rãnh khó làm sạch.
 - + Rửa sạch hố rãnh và bề mặt răng.
 - + Làm khô.
 - + Đặt dung dịch Conditioner vào hố rãnh trong 10 giây.
 - + Rửa sạch và làm khô.
- Đặt vật liệu trám bít GIC vào hố rãnh:
 - + Đặt GIC vào một phía của hố rãnh, miết nhẹ với lực vừa đủ để GIC tràn đầy hố rãnh.
 - + Tạo hình bề mặt theo hình thể giải phẫu răng.

- + Kiểm tra và điều chỉnh khớp cắn.
- + Phủ dầu cách ly lên bề mặt trám bít.

V. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Không có tai biến cả trong và sau quá trình điều trị.

1941. PHÒNG NGỪA SÂU RĂNG VỚI THUỐC BÔI BỀ MẶT

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật điều trị dự phòng sâu răng bằng Fluor độ tập trung cao sử dụng tại chỗ do thầy thuốc thực hiện.

II. CHỈ ĐỊNH

- Sâu răng sớm.
- Người bệnh có nguy cơ sâu răng cao.
- Sâu răng lan nhanh.
- Nhạy cảm ngà.
- Trẻ em ở khu vực thiếu Fluor cung cấp theo đường toàn thân.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có tình trạng nhiễm fluor răng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện quy trình kỹ thuật

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt
- Trợ thủ

2. Phương tiện

2.1 Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy nha khoa.
- Bộ khám: khay, gắp, gương, thám trầm.
- Bộ dụng cụ làm sạch mặt răng.

2.2 Thuốc và vật liệu

- Tăm bông.
- Vécni Fluor có nồng độ Fluor cao.

3. Người bệnh

Người bệnh và/hoặc người giám hộ Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án theo qui định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ .

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1 Làm sạch bề mặt răng

- Lấy cao răng bằng dụng cụ thích hợp (nếu có).
- Làm sạch răng bằng chổi hoặc đài cao su với bột đánh bóng
- Làm khô răng.

3.2 Đặt Flu

- Cách ly và cô lập răng.
- Dùng tăm bông có Vécni Fluor phủ một lớp mỏng Fluor lên bề mặt răng.
- Hướng dẫn người bệnh không ăn nhai, không đánh răng trong thời gian 2 giờ.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Không có tai biến.

1942. ĐIỀU TRỊ RĂNG SỬA VIÊM TỦY CÓ HỒI PHỤC

I. ĐẠI CƯƠNG.

Là kỹ thuật điều trị bảo tồn tủy răng trong các trường hợp viêm tủy nhẹ có khả năng hồi phục bằng cách loại bỏ các yếu tố bệnh nguyên gây kích thích tủy.

II. CHỈ ĐỊNH.

- Răng viêm tủy nhẹ do sâu có khả năng hồi phục.
- Răng viêm tủy nhẹ do chấn thương có khả năng hồi phục

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH.

- Răng viêm tủy có hở tủy do sâu răng.
- Răng có mô tủy canxi hóa
- Răng có chỉ định nhổ.

IV. CHUẨN BỊ.

1. Người thực hiện quy trình kỹ thuật

- Bác sỹ Răng Hàm Mặt.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện.

2.1 Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy nha khoa.
- Tay khoan và mũi khoan các loại.
- Bộ khám: khay, gắp, gương, thám trầm.
- Bộ cách ly cô lập răng....

2.2 Thuốc và vật liệu

- Thuốc sát khuẩn
- Vật liệu chụp tủy: Canxi hydroxit, hoặc vật liệu chụp tủy khác....
- Vật liệu hàn phục hồi....

3. Người bệnh

Người bệnh và/ hoặc người giám hộ Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án.

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Phim Xquang xác định tình trạng tổn thương răng.

V. CÁC BƯỚC KỸ THUẬT.

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân, tại chỗ và răng cần điều trị.

3. Thực hiện kỹ thuật

- Sửa soạn xoang hàn
- + Dùng mũi khoan thích hợp mở rộng bờ men bộc lộ các thành bên và đáy lỗ sâu.
- + Dùng dụng cụ thích hợp lấy bỏ mô ngà bệnh lý và hoại tử.
- + Làm sạch xoang hàn bằng nước muối sinh lý.
- + Làm khô.
- Đặt vật liệu chụp tủy:
- + Đặt canxi hydroxit hoặc vật liệu chụp tủy khác phủ kín đáy xoang hàn.

- + Dùng viên bông nhỏ lèn nhẹ và làm phẳng bề mặt hydroxit canxi
- Hàn phục hồi xoang hàn:
- + Hàn phục hồi bằng GIC hoặc vật liệu phục hồi khác.
- + Tạo hình khối phục hồi theo bề mặt giải phẫu răng.
- + Kiểm tra và điều chỉnh khớp cắn.

VI.THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong quá trình điều trị

Tổn thương hở tủy: Điều trị tủy.

2. Sau quá trình điều trị

Viêm tủy: Điều trị tủy.

1943. LẤY TỦY BUỒNG RĂNG SỬA

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật lấy bỏ phần tủy răng bị nhiễm trùng hoặc có nguy cơ bị nhiễm trùng ở buồng tủy và bảo tồn phần tủy ở chân răng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Hở tủy do sâu răng mà không có các dấu hiệu viêm tủy.
- Hở tủy do thầy thuốc gây ra trong quá trình sửa soạn xoang hàn điều trị sâu ngà.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Răng có biểu hiện viêm tủy không hồi phục, tủy hoại tử hoặc viêm quanh cuống.
- Răng có chỉ định nhổ.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện quy trình kỹ thuật

- Bác sĩ Răng hàm mặt.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1. Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy nha khoa.
- Bộ khám: Khay, gương, gắp, thám trầm...
- Bộ cách ly cô lập răng.
- Bộ dụng cụ lấy tủy buồng....

2.2. Thuốc và vật liệu

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.
- Vật liệu hàn phục hồi....

3. Người bệnh

Người bệnh và/ hoặc người giám hộ Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Phim Xquang xác định hình thái tủy răng.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân, tại chỗ và răng điều trị.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1 Sát khuẩn

3.2 Vô cảm

Gây tê tại chỗ và/hoặc gây tê vùng.

3.3 Cách ly răng

Sử dụng dam cao su (Rubber dam) cách ly và cô lập răng điều trị.

3.4 Mở tủy

- Dùng mũi khoan thích hợp mở tủy.
- Dùng mũi khoan thích hợp để mở rộng hết trần buồng tủy.

3.5 . Lấy tủy buồng

- Dùng cây nạo ngà sắc cắt lấy bỏ toàn bộ phần tủy buồng.

- Rửa khoang buồng tủy bằng nước muối sinh lý.
- Cầm máu.

3.6. Bảo vệ tủy chân

- Đặt bông tẩm Formocresol vào khoang buồng tủy, sát miệng ống tủy trong khoảng thời gian 5 phút.
- Hàn phủ sàn buồng tủy, che kín mặt cắt tủy chân răng bằng vật liệu MTA hoặc vật liệu thích hợp.

3.7. Phục hồi thân răng

Hàn kín khoang buồng tủy và phục hồi thân răng bằng vật liệu thích hợp..

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong quá trình điều trị

Tổn thương tủy chân: Điều trị tủy toàn bộ

2. Sau điều trị

- Viêm tủy không hồi phục: Điều trị tủy toàn bộ.
- Tủy hoại tủy: Điều trị tủy toàn bộ.
- Viêm quanh cuống răng: Điều trị viêm quanh cuống răng

1946. ĐIỀU TRỊ ĐÓNG CUỐNG RĂNG BẰNG MTA

I. ĐỊNH NGHĨA

- Là kỹ thuật điều trị đóng kín cuống răng ở các răng chưa đóng cuống có bệnh lý tủy răng bằng MTA.

- MTA (Mineral trioxide aggregate) là một hợp chất có khả năng đông cứng trong môi trường ẩm, độ tương hợp sinh học cao, cản quang.

II. CHỈ ĐỊNH

- Răng viêm tủy ở thời kỳ chưa đóng cuống.
- Răng có tủy hoại tử ở thời kỳ chưa đóng cuống
- Răng viêm quanh cuống ở thời kỳ chưa đóng cuống
- Tổn thương tủy do chấn thương ở thời kỳ răng chưa đóng cuống.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Răng có chỉ định nhổ.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện quy trình kỹ thuật

- Bác sĩ Răng hàm mặt
- Trợ thủ

2. Phương tiện

2.1. Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy nha khoa
- Bộ khám: Khay, gương, gắp, thám trầm...
- Bộ cách ly cô lập răng.
- Bộ dụng cụ điều trị tủy
- Bộ dụng cụ đưa chất hàn....

2.2 Thuốc và vật liệu

- Thuốc tê
- Thuốc sát khuẩn
- Dung dịch bơm rửa.
- MTA.
- Vật liệu hàn phục hồi....

3. Người bệnh.

Người bệnh và / hoặc người giám hộ Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án:

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Phim Xquang đánh giá tình trạng cuống răng.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá lại tình trạng toàn thân, tại chỗ và răng điều trị.

3. Các bước tiến hành

3.1. Sát khuẩn

3.2. Vô cảm: Gây tê tại chỗ hoặc/và gây tê vùng nếu cần.

3.3. Cách ly răng

Dùng dam cao su (rubber dam) cách ly, cô lập răng.

3.4. Mở tủy:

- Dùng mũi khoan thích hợp mở tủy.
- Dùng mũi khoan thích hợp mở rộng trần buồng tủy.

3.5. Sửa soạn ống tủy

- Dùng trâm gai lấy tủy buồng và tủy chân.
- Tìm miệng các ống tủy và xác định số lượng ống tủy.
- Xác định chiều dài làm việc của các ống tủy.
- Tạo hình và làm sạch hệ thống ống tủy
- + Sử dụng file thích hợp để tạo hình hệ thống ống tủy.
- + Làm sạch hệ thống ống tủy bằng bơm rửa với dung dịch nước muối sinh lý hoặc oxy già 3 thể tích...

3.6. Đặt vật liệu đóng cuống

- Làm khô hệ thống ống tủy với bông và côn giấy.
- Dùng dụng cụ thích hợp đưa MTA đến vùng chóp răng, tiếp tục lèn MTA cho đến khi đạt độ dày 3-4mm ở phía cuống răng.
- Đặt bông ẩm vào hệ thống ống tủy bên trên.
- Hàn tạm.

3.7. Kiểm tra vùng cuống trên Xquang.

3.8. Hàn kín buồng tủy và phục hồi thân răng.

- Hàn kín hệ thống ống tủy theo quy trình điều trị nội nha.
- Phục hồi thân răng bằng vật liệu thích hợp.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong quá trình điều trị

- Thủng sàn buồng tủy: Hàn phục hồi sàn tủy bằng MTA
- Thủng thành ống tủy: Hàn kín thành ống tủy bằng MTA

2. Sau điều trị:

Viêm quanh cuống răng: Điều trị viêm quanh cuống.

1947. PHÒNG NGỪA SÂU RĂNG BẰNG MÁNG CÓ GEL FLUOR

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật điều trị dự phòng sâu răng bằng fluor có độ tập trung cao do thầy thuốc thực hiện.

II. CHỈ ĐỊNH

- Sâu răng sớm.
- Người bệnh có nguy cơ sâu răng cao.
- Sâu răng lan nhanh.
- Nhạy cảm ngà.
- Trẻ em ở khu vực thiếu Fluor cung cấp theo đường toàn thân.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có tình trạng nhiễm fluor.
- Trẻ em dưới 6 tuổi.
- Người bệnh có rối loạn tâm thần.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện quy trình kỹ thuật

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt
- Trợ thủ

2. Phương tiện

2.1 Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy nha khoa.
- Bộ khám: khay, gắp, gương, thám trầm.
- Bộ máng đặt gel fluor làm sẵn.
- Bộ dụng cụ làm sạch mặt răng.

2.2 Thuốc và vật liệu

- Thuốc sát khuẩn.
- Gel Fluor có độ tập trung cao....

3. Người bệnh

Người bệnh và/ hoặc người giám hộ người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án theo qui định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Làm sạch bề mặt răng

- Lấy cao răng bằng dụng cụ thích hợp (nếu có).
- Làm sạch răng bằng chổi hoặc đài cao su với bột đánh bóng.

3.2. Đặt Fluor lên răng

- Thử và chọn máng phù hợp với cung răng.
- Đặt Gel Fluor có độ tập trung cao vào máng đã chọn với mức độ phù hợp.
- Làm khô mặt răng.
- Đặt máng có Gel Fluor lên các cung răng và ép nhẹ để thuốc dàn đều trên mặt răng.
- Lấy bỏ Gel Fluor thừa.
- Giữ máng trong thời gian khoảng 5 phút.
- Lấy máng ra khỏi hàm răng.

- Để Gel Fluor đọng lại trên bề mặt răng và hướng dẫn người bệnh không nuốt nước bọt, không súc miệng trong khoảng thời gian 30 phút.
- Lấy hết Gel Fluor trên bề mặt răng.

3.3. Các lần điều trị tiếp theo

Lặp lại các bước điều trị trên trong thời gian 5-7 ngày liên tiếp, mỗi ngày 1 lần.

V. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Ngộ độc Fluor: Ngừng điều trị gel fluor và điều trị ngộ độc

1949. TRÁM BÍT HỔ RÃNH BẰNG NHỰA SEALANT

I. ĐẠI CƯƠNG

- Là kỹ thuật hàn phủ các hố rãnh ở các bề mặt răng vĩnh viễn có nguy cơ hơi phát sâu răng hoặc đã có tổn thương sâu răng sớm.
- Nhựa Sealant thường được sử dụng là vật liệu hóa trùng hợp....

II. CHỈ ĐỊNH

- Các hố rãnh tự nhiên trên bề mặt răng khó làm sạch và có nguy cơ sâu răng.
- Sâu răng ở các hố rãnh giai đoạn sớm.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Đi ứng với nhựa trám bít.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện quy trình kỹ thuật

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt
- Trợ thủ .

2. Phương tiện

2.1 Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy nha khoa.
- Tay khoan và mũi khoan các loại
- Bộ khám: khay, gắp, gương, thám trầm.
- Bộ cách ly cô lập răng.
- Bộ dụng cụ hàn

2.2 Thuốc và vật liệu

- Thuốc sát khuẩn.
- Vật liệu trám bít hố rãnh hóa trùng hợp....

3. Người bệnh

Người bệnh và/ hoặc người giám hộ Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án theo qui định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân, tại chỗ và răng cần điều trị.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Sửa soạn bề mặt răng

- Làm sạch mảng bám răng bằng chổi hoặc đài cao su với bột đánh bóng.
- Trong một số trường hợp dùng mũi khoan thích hợp mở rộng hố rãnh khó làm sạch.
- Rửa sạch hố rãnh và bề mặt răng.
- Làm khô.
- Etching men răng bằng axit phosphoric 37% từ 10 đến 20 giây
- Rửa sạch.
- Cách ly và làm khô.

3.2. Trám bít hố rãnh

- Đặt vật liệu trám bít Sealant vào hố rãnh:
- + Đặt Sealant vào một đầu của hố rãnh với 1 lực vừa đủ để Sealant tràn đầy hố rãnh.
- + Chỉnh sửa bề mặt trám bít.
- Kiểm tra và chỉnh sửa khớp cắn.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Không có tai biến cả trong và sau quá trình điều trị.

1951. ĐIỀU TRỊ RĂNG SỮA SÂU NGÀ PHỤC HỒI BẰNG AMALGAM

I. ĐẠI CƯƠNG

- Là kỹ thuật điều trị phục hồi tổn thương mô cứng thân răng sữa do sâu bằng Amalgam.
- Amalgam là vật liệu được sử dụng trong nha khoa phục hồi, có tính chịu lực cao.

II. CHỈ ĐỊNH

Răng sữa sâu ngà.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Răng có chỉ định nhổ
- Răng sữa có bệnh lý viêm tủy, tủy hoại tử, viêm quanh cuống....
- Người bệnh dị ứng với một trong các thành phần của amalgam.
- Răng sâu ngà rộng, mất nhiều thành, khó lưu giữ khối phục hồi
- Sâu răng sữa ở các răng trước

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện quy trình kỹ thuật

- Bác sỹ Răng Hàm Mặt.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1 Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy nha khoa.
- Tay khoan và mũi khoan các loại.
- Bộ khám: khay, gắp, gương, thám trầm.
- Bộ cách ly cô lập răng
- Bộ dụng cụ hàn amalgam: cây đưa amalgam, cây điều khắc, đai hàn, chêm gỗ, các mũi đánh bóng, dụng cụ đánh amalgam....
- Bộ dụng cụ trộn amalgam

2.2 Thuốc và vật liệu

- Thuốc sát khuẩn.
- Amalgam.
- Vật liệu hàn lót....

3. Người bệnh

Người bệnh và / hoặc người giám hộ Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án theo quy định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân, tại chỗ và răng cần điều trị

3. Thực hiện kỹ thuật

- Sửa soạn xoang hàn
- + Dùng mũi khoan thích hợp mở rộng bờ men bộc lộ các thành bên và đáy lỗ sâu.
- + Dùng mũi khoan thích hợp hoặc nạo ngà lấy sạch mô ngà hoại tử.
- + Dùng mũi khoan thích hợp tạo xoang hàn theo Black.
- + Làm sạch xoang hàn bằng nước muối sinh lý.
- + Làm khô
- Hàn lót bảo vệ tủy:

- + Sửa soạn vật liệu hàn lót: Trộn xi măng GIC hoặc các vật liệu hàn lót khác
- + Đưa vật liệu hàn lót đã chuẩn bị phủ lớp mỏng ở đáy xoang hàn để che phủ các ống ngà và bảo vệ tủy răng
- + Sửa soạn đáy xoang hàn sau khi hàn lót
- Hàn Amalgam:
 - + Đặt từng lớp amalgam vào xoang hàn.
 - + Lèn chặt amalgam từng lớp đến khi đầy xoang hàn.
 - + Tạo hình khối phục hồi theo bề mặt giải phẫu răng.
 - + Kiểm tra và điều chỉnh khớp cắn.
 - + Đánh bóng sau 24h bằng mũi hoàn thiện.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong quá trình điều trị

Tổn thương hở tủy: Chụp tủy bằng vật liệu thích hợp.

2. Sau quá trình điều trị

- Ê buốt răng: Hàn lại với chất hàn lót.
- Viêm tủy : Điều trị tủy.

1954. ĐIỀU TRỊ RĂNG SỮA SÂU NGÀ PHỤC HỒI BẰNG GLASS IONOMER CEMENT (GIC)

I. ĐẠI CƯƠNG

- Là kỹ thuật điều trị phục hồi tổn thương mô cứng của răng sữa do sâu.
- Sâu ngà răng là tổn thương mất mô cứng của răng, chưa gây ra bệnh lý ở tủy.
- GIC (Glass Ionomer cement) là vật liệu phục hồi có ưu điểm bám dính tốt vào men ngà, vì vậy có khả năng tiết kiệm tối đa mô cứng của răng.

II. CHỈ ĐỊNH

Răng sữa sâu ngà

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh dị ứng với GIC
- Tổn thương sâu ngà mất nhiều mô cứng khó lưu giữ khối phục hồi.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện quy trình kỹ thuật

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1. Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy nha khoa.
- Tay khoan và mũi khoan các loại.
- Bộ khám: khay, gắp, gương, thám trầm.
- Bộ cách ly cô lập răng.
- Bộ dụng cụ hàn GIC....

2.2. Thuốc và vật liệu

- Thuốc sát khuẩn.
- Glass Ionomer Cement....

3. Người bệnh

Người bệnh và/ hoặc người giám hộ Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án theo qui định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân, tại chỗ và răng điều trị.

3. Thực hiện kỹ thuật

- Sửa soạn xoang hàn:
 - + Dùng mũi khoan thích hợp mở rộng bờ men bộc lộ xoang sâu.
 - + Dùng mũi khoan thích hợp làm sạch mô ngà bệnh lý và hoại tử.
 - + Sửa lại các thành của xoang hàn để dễ làm sạch và đặt vật liệu.
 - + Làm sạch xoang hàn bằng nước muối sinh lý.
 - + Làm khô xoang hàn.
 - + Đặt dung dịch Coditioner vào xoang hàn trong 10 giây.
 - + Rửa sạch và làm khô xoang hàn.
- Hàn phục hồi
 - + Dùng dụng cụ đưa GIC lấp đầy xoang hàn.

- + Đàn nhẹ và sửa bề mặt khối phục hồi trước khi vật liệu đông cứng.
- Kiểm tra và điều chỉnh khớp cắn.
- Phủ dầu cách ly lên bề mặt khối phục hồi.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong quá trình điều trị

Tổn thương hở tủy: Chụp tủy.

2. Sau quá trình điều trị

Viêm tủy: Điều trị tủy.

1959. ĐIỀU TRỊ VIÊM LỢI Ở TRẺ EM

I ĐẠI CƯƠNG

Viêm lợi ở trẻ em có nhiều thể bệnh do nhiều nguyên nhân gây ra. Bài này giới thiệu kỹ thuật điều trị viêm lợi ở trẻ em do mảng bám.

Điều trị viêm lợi trẻ em do mảng bám là kỹ thuật điều trị viêm lợi và loại bỏ các yếu tố kích thích của vi khuẩn ở mảng bám răng.

II. CHỈ ĐỊNH

Viêm lợi trẻ em do mảng bám.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ răng hàm mặt.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1. Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy nha khoa
- Bộ khay khám gồm: gương, gắp, thám trầm.
- Bộ dụng cụ lấy cao răng.
- Bộ dụng cụ làm sạch mảng bám....

2.2. Thuốc và vật liệu

- Bông, gạc vô khuẩn.
- Thuốc tê.
- Dung dịch oxy già 3 thể tích....

3. Người bệnh

Người bệnh và/ hoặc người giám hộ Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

IV CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

3. Thực hiện kỹ thuật

- Sát khuẩn
- Vô cảm: Tê thâm nếu cần.
- Lấy cao răng nếu có bằng dụng cụ thích hợp.
- Làm sạch mảng bám răng.
- Làm nhẵn mặt răng bằng dụng cụ thích hợp.
- Lau rửa vùng lợi viêm bằng dung dịch oxy già 3 thể tích .
- Hướng dẫn người bệnh hoặc người giám hộ cách giữ vệ sinh răng miệng và kiểm soát mảng bám răng.

V- THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Sau điều trị:

Nhiễm trùng: Kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.

1967. ĐIỀU TRỊ NHẠY CẢM NGÀ BẰNG THUỐC BÔI (CÁC LOẠI)

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật điều trị quá cảm ngà với biểu hiện ê buốt răng bằng thuốc chặn các dẫn truyền thần kinh hoặc che phủ các ống ngà.

II. CHỈ ĐỊNH

Răng nhạy cảm ngà.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Răng viêm tủy không hồi phục.
- Người bệnh dị ứng với các thành phần của thuốc.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện quy trình kỹ thuật

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt
- Trợ thủ

2. Phương tiện

2.1 Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy nha khoa
- Bộ dụng cụ khám : gương , gắp ,thăm châm.
- Tay khoan chậm
- Dụng cụ làm sạch răng
- Bộ dụng cụ sử dụng thuốc chống nhạy cảm ngà răng
- Đèn quang trùng hợp....

2.2 Thuốc và vật liệu

- Thuốc chống nhạy cảm
- Các vật liệu làm sạch răng.....

3. Người bệnh: Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị

4. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo qui định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân, tại chỗ và răng cần điều trị

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Sửa soạn các răng điều trị

- Đánh giá tình trạng nhạy cảm ngà
- Xác định các vị trí cần phủ thuốc điều trị
- Làm sạch, đánh bóng răng cần điều trị
- Cách ly cô lập răng

3.2. Điều trị các răng nhạy cảm ngà

- Phủ thuốc chống ê buốt lên bề mặt các vị trí đã xác định và sửa soạn.
- Chiếu đèn quang trùng hợp 30 giây đối với thuốc cần chiếu đèn.
- Lặp lại 2 bước trên nếu cần.
- Đánh giá lại tình trạng ê buốt răng của người bệnh:
 - + Nếu hết ê buốt: kết thúc điều trị.
 - + Nếu còn ê buốt nhẹ: theo dõi và hẹn điều trị tiếp.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Dị ứng với thành phần của thuốc: ngừng sử dụng thuốc và điều trị chống dị ứng.

PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ GỠY LEFORT II BẰNG CHỈ THÉP

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật điều trị gãy xương hàm trên lefort II do chấn thương bằng phẫu thuật sử dụng chỉ thép.

II. CHỈ ĐỊNH

Gãy xương hàm trên lefort II

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Tình trạng toàn thân không cho phép

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên: Bác sỹ Răng hàm mặt đã được đào tạo về phẫu thuật chấn thương Hàm mặt.

- Kíp phẫu thuật.
- Kíp gây mê.

2. Phương tiện

2.1. Phương tiện và dụng cụ

- Bộ phẫu thuật xương.
- Bộ phẫu thuật phần mềm...

2.2. Thuốc và vật liệu

- Chỉ thép treo xương hàm trên.
- Kim, chỉ khâu các loại...

3. Người bệnh

Người bệnh hoặc người giám hộ được giải thích và đồng ý điều trị

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Phim Xquang đánh giá tình trạng gãy xương hàm dưới.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ

3. Các bước kỹ thuật

3.1. Sát khuẩn.

3.2. Vô cảm: Gây mê nội khí quản.

3.3. Các bước thực hiện

- Dùng bút chuyên dụng vẽ thiết kế các đường rạch trên da.
- Rạch da theo đường vẽ thiết kế ở vị trí máu ngoài ổ mắt 2 bên.
- Nắn chỉnh và cố định:
 - + Dùng dụng cụ thích hợp nắn chỉnh các đầu xương gãy về vị trí giải phẫu.
 - + Cố định 2 hàm đúng khớp cắn bằng cung Tigeursted, hoặc nút Ivy, hoặc vít neo chặn.
 - + Treo xương hàm trên vào máu ngoài ổ mắt bằng chỉ thép
- Cầm máu.
- Khâu đóng phần mềm theo các lớp giải phẫu.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong phẫu thuật

Chảy máu: Cầm máu

2. Sau phẫu thuật

- Chảy máu: Cầm máu.
- Tụ máu: Lấy máu tụ.
- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc vết mổ.

11. PHẪU THUẬT GỠY LEFORT II BẰNG NẸP VÍT

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật điều trị gãy xương hàm trên lefort II do chấn thương bằng phẫu thuật sử dụng nẹp vít

II. CHỈ ĐỊNH

Gãy xương hàm trên lefort II

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Tình trạng toàn thân không cho phép phẫu thuật

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên: Bác sỹ Răng hàm mặt đã được đào tạo về phẫu thuật chấn thương Hàm mặt.
- Kíp phẫu thuật.
- Kíp gây mê.

2. Phương tiện

- Bộ phẫu thuật xương.
- Bộ phẫu thuật phần mềm...
- Thuốc và vật liệu
- Nẹp vít cho kết hợp xương hàm trên.
- Kim, chỉ khâu các loại...

2. Người bệnh

Người bệnh hoặc người giám hộ được giải thích và đồng ý điều trị.

3. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Phim Xquang đánh giá tình trạng gãy xương hàm dưới.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

3. Các bước kỹ thuật

3.1. Sát khuẩn.

3.2. Vô cảm: Gây mê nội khí quản.

3.3. Các bước thực hiện

- Dùng bút chuyên dụng vẽ thiết kế các đường rạch trên niêm mạc
- Đường rạch ngách tiền đình hàm trên cách ranh giới lợi dính khoảng 5mm
- Nắn chỉnh và cố định:
 - + Dùng dụng cụ thích hợp nắn chỉnh các đầu xương gãy về vị trí giải phẫu.
 - + Cố định 2 hàm đúng khớp cắn bằng cung Tigeursted, hoặc nút Ivy, hoặc vít neo chặn.
 - + Kết hợp xương hàm trên bằng nẹp vít
- Cầm máu.
- Khâu đóng phần mềm theo các lớp giải phẫu.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong phẫu thuật

Chảy máu: Cầm máu, cố định đường gãy

2. Sau phẫu thuật

- Chảy máu: Cầm máu.
- Tụ máu: Lấy máu tụ.
- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc vết mổ.

PHẪU THUẬT GỠY LEFORT II BẰNG NẸP VÍT TỰ TIÊU

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật điều trị gãy xương hàm trên lefort II do chấn thương bằng phẫu thuật sử dụng nẹp vít tự tiêu

II. CHỈ ĐỊNH

Gãy xương hàm trên lefort II

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Tình trạng toàn thân không cho phép phẫu thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên: Bác sỹ Răng hàm mặt đã được đào tạo về phẫu thuật chấn thương Hàm mặt.
- Kíp phẫu thuật.
- Kíp gây mê.

2. Phương tiện

- Bộ phẫu thuật xương.
- Bộ phẫu thuật phần mềm.
- Nẹp vít tự tiêu cho kết hợp xương hàm trên.
- Kim, chỉ khâu các loại...

3. Người bệnh

Người bệnh hoặc người giám hộ được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Phim Xquang đánh giá tình trạng gãy xương hàm dưới.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

3. Các bước kỹ thuật

3.1. Sát khuẩn.

3.2. Vô cảm

Gây mê nội khí quản.

3.3. Các bước thực hiện

- Dùng bút chuyên dụng vẽ thiết kế các đường rạch trên niêm mạc
- Đường rạch ngách tiền đình hàm trên cách ranh giới lợi dính khoảng 5mm.
- Nắn chỉnh và cố định:
 - + Dùng dụng cụ thích hợp nắn chỉnh các đầu xương gãy về vị trí giải phẫu.
 - + Cố định 2 hàm đúng khớp cắn bằng cung Tigeursted, hoặc nút Ivy, hoặc vít neo chặn.
 - + Kết hợp xương hàm trên bằng nẹp vít tự tiêu
- Cầm máu.
- Khâu đóng phần mềm theo các lớp giải phẫu.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong phẫu thuật

Chảy máu: Cầm máu, cố định đường gãy

2. Sau phẫu thuật

- Chảy máu: Cầm máu.
- Tụ máu: Lấy máu tụ.
- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc vết mổ.

PHẪU THUẬT GỠY LEFORT III BẰNG CHỈ THÉP

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật điều trị gãy xương hàm trên theo Lefort III do chấn thương bằng phẫu thuật sử dụng chỉ thép để kết hợp và treo xương hàm trên.

II. CHỈ ĐỊNH

Gãy xương hàm trên theo Lefort III.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Tình trạng toàn thân không cho phép điều trị

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Phẫu thuật viên: Bác sỹ Răng hàm mặt đã được đào tạo về phẫu thuật chấn thương Hàm mặt.

Kíp phẫu thuật.

Kíp gây mê.

2. Phương tiện

Bộ phẫu thuật xương.

Bộ phẫu thuật phần mềm.

Chỉ thép cho treo xương hàm trên

Kim, chỉ khâu các loại.

3. Người bệnh

Người bệnh hoặc người giám hộ được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.

- Phim Xquang đánh giá tình trạng gãy xương hàm trên.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ

3. Các bước kỹ thuật

3.1. Sát khuẩn

3.2. Vô cảm

Gây mê nội khí quản

3.3. Các bước thực hiện

- Dùng bút chuyên dụng vẽ thiết kế các đường rạch trên da. Tùy trường hợp có thể chọn đường rạch sau

+ Đường đuôi cung mày

+ Đường trên cung tiệp

+ Đường coronal.

- Rạch da và bóc lộ ổ gãy.

+ Rạch da theo đường vẽ thiết kế.

+ Dùng dụng cụ thích hợp tách bóc bóc lộ các ổ gãy.

- Kiểm soát ổ gãy:

+ Lấy bỏ các mảnh vụn xương gãy và dị vật.

+ Bơm rửa ổ gãy bằng nước muối sinh lý.

- Nắn chỉnh và cố định
- + Dùng dụng cụ thích hợp nắn chỉnh các đầu xương gãy về vị trí giải phẫu.
- + Cố định 2 hàm đúng khớp cắn bằng cung Tigeursted, hoặc nút Ivy, hoặc vít neo chặn.
- + Kết hợp xương bằng nẹp vít tự tiêu.
- Cầm máu
- Khâu đóng phần mềm theo các lớp giải

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong phẫu thuật

Chảy máu: Cầm máu

2. Sau phẫu thuật

- Chảy máu: Cầm máu
- Tụ máu: Lấy máu tụ.
- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc vết mổ.

PHẪU THUẬT GỠY LEFORT III BẰNG NẸP VÍT

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật điều trị gãy xương hàm trên theo Lefort III do chấn thương bằng phẫu thuật sử dụng nẹp vít cố định.

II. CHỈ ĐỊNH

Gãy xương hàm trên theo Lefort III.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Tình trạng toàn thân không cho phép điều trị

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên: Bác sỹ Răng hàm mặt đã được đào tạo về phẫu thuật chấn thương Hàm mặt.
- Kíp phẫu thuật.
- Kíp gây mê.

2. Phương tiện

- Bộ phẫu thuật xương.
- Bộ phẫu thuật phần mềm
- Bộ nẹp, vít.
- Kim, chỉ khâu các loại.

3. Người bệnh

Người bệnh và/ hoặc người giám hộ được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Phim Xquang đánh giá tình trạng gãy xương hàm trên.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ

3. Các bước kỹ thuật

3.1. Sát khuẩn.

3.2. Vô cảm: Gây mê nội khí quản.

3.3. Các bước thực hiện

- Dùng bút chuyên dụng vẽ thiết kế các đường rạch trên da. Tùy trường hợp có thể chọn đường rạch sau:

- + Đường đuôi cung mày
- + Đường trên cung tiệp
- + Đường coronal.
- Rạch da và bóc lộ ổ gãy.
- + Rạch da theo đường vẽ thiết kế.
- + Dùng dụng cụ thích hợp tách bóc bóc lộ các ổ gãy.
- Kiểm soát ổ gãy:
- + Lấy bỏ các mảnh vụn xương gãy và dị vật.
- + Bơm rửa ổ gãy bằng nước muối sinh lý.
- Nắn chỉnh và cố định:

- + Dùng dụng cụ thích hợp nắn chỉnh các đầu xương gãy về vị trí giải phẫu.
- + Cố định 2 hàm đúng khớp cắn bằng cung Tigeursted, hoặc nút Ivy, hoặc vít neo chặn.
- + Kết hợp xương bằng nẹp vít tự tiêu.
- Cầm máu
- Khâu đóng phần mềm theo các lớp giải

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong phẫu thuật

Chảy máu: Cầm máu.

2. Sau phẫu thuật

- Chảy máu: Cầm máu.
- Tụ máu: Lấy máu tụ.
- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc vết mổ.

PHẪU THUẬT GỠY LEFORT III BẰNG NẸP VÍT TỰ TIÊU

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật điều trị gãy xương hàm trên theo Lefort III do chấn thương bằng phẫu thuật sử dụng nẹp vít tự tiêu cố định.

II. CHỈ ĐỊNH

Gãy xương hàm trên theo Lefort III.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Tình trạng toàn thân không cho phép điều trị

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên: Bác sỹ Răng hàm mặt đã được đào tạo về phẫu thuật chấn thương Hàm mặt.

- Kíp phẫu thuật.
- Kíp gây mê.

2. Phương tiện

- Bộ phẫu thuật xương.
- Bộ phẫu thuật phần mềm.
- Bộ nẹp, vít tự tiêu
- Kim, chỉ khâu cácl oại.

3. Người bệnh

Người bệnh hoặc người giám hộ được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Phim Xquang đánh giá tình trạng gãy xương hàm trên.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

3. Các bước kỹ thuật

3.1. Sát khuẩn.

3.2. Vô cảm: Gây mê nội khí quản.

3.3. Các bước thực hiện

- Dùng bút chuyên dụng vẽ thiết kế các đường rạch trên da. Tùy trường hợp có thể chọn đường rạch sau:

- + Đường đuôi cung mày
- + Đường trên cung tiệp
- + Đường coronal.
- Rạch da và bóc lộ ổ gãy.
- + Rạch da theo đường vẽ thiết kế.
- + Dùng dụng cụ thích hợp tách bóc bóc lộ các ổ gãy.
- Kiểm soát ổ gãy:
- + Lấy bỏ các mảnh vụn xương gãy và dị vật.
- + Bơm rửa ổ gãy bằng nước muối sinh lý.
- Nắn chỉnh và cố định

- + Dùng dụng cụ thích hợp nắn chỉnh các đầu xương gãy về vị trí giải phẫu.
- + Cố định 2 hàm đúng khớp cắn bằng cung Tigeursted, hoặc nút Ivy, hoặc vít neo chặn.
- + Kết hợp xương bằng nẹp vít tự tiêu.
- Cầm máu
- Khâu đóng phần mềm theo các lớp giải

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong phẫu thuật

Chảy máu: Cầm máu.

2. Sau phẫu thuật

- Chảy máu: Cầm máu.
- Tụ máu: Lấy máu tụ.
- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc vết mổ.

PHẪU THUẬT GỠY LEFORT I BẰNG CHỈ THÉP

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật điều trị gãy xương hàm trên lefort I do chấn thương bằng phẫu thuật sử dụng chỉ thép

II. CHỈ ĐỊNH

Gãy xương hàm trên lefort I

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Tình trạng toàn thân không cho phép

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên: Bác sỹ Răng hàm mặt đã được đào tạo về phẫu thuật chấn thương Hàm mặt.

- Kíp phẫu thuật.
- Kíp gây mê.

2. Phương tiện

- Bộ phẫu thuật xương.
- Bộ phẫu thuật phần mềm...
- Chỉ thép treo xương hàm trên.
- Kim, chỉ khâu các loại...

3. Người bệnh

Người bệnh hoặc người giám hộ được giải thích và đồng ý điều trị

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Phim Xquang đánh giá tình trạng gãy xương hàm dưới.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

3. Các bước kỹ thuật

3.1. Sát khuẩn.

3.2. Vô cảm: Gây mê nội khí quản.

3.3. Các bước thực hiện

- Dùng bút chuyên dụng vẽ thiết kế các đường rạch trên da
- Rạch da đuôi cung mày, bộc lộ máu ngoài ổ mắt 2 bên.
- Kiểm soát ổ gãy:
 - + Lấy bỏ các mảnh vụn xương gãy và dị vật.
 - + Bơm rửa ổ gãy bằng nước muối sinh lý.
- Nắn chỉnh và cố định:
 - + Dùng dụng cụ thích hợp nắn chỉnh các đầu xương gãy về vị trí giải phẫu.
 - + Cố định 2 hàm đúng khớp cắn bằng cung Tigeursted, hoặc nút Ivy, hoặc vít neo chặn.
 - + Treo xương hàm trên vào máu ngoài ổ mắt bằng chỉ thép
- Cầm máu.
- Khâu đóng phần mềm theo các lớp giải phẫu.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong phẫu thuật

Chảy máu: Cầm máu.

2. Sau phẫu thuật

- Chảy máu: Cầm máu.
- Tụ máu: Lấy máu tụ.
- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc vết mổ.

PHẪU THUẬT GỠY LEFORT I BẰNG NẸP VÍT

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật điều trị gãy xương hàm trên lefort I do chấn thương bằng phẫu thuật sử dụng nẹp vít

II. CHỈ ĐỊNH

Gãy xương hàm trên lefort I

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Tình trạng toàn thân không cho phép phẫu thuật

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên: Bác sỹ Răng hàm mặt đã được đào tạo về phẫu thuật chấn thương Hàm mặt.

- Kíp phẫu thuật.

- Kíp gây mê.

2. Phương tiện

- Bộ phẫu thuật xương.

- Bộ phẫu thuật phần mềm...

- Nẹp vít cho kết hợp xương hàm trên.

- Kim, chỉ khâu các loại...

3. Người bệnh

Người bệnh hoặc người giám hộ được giải thích và đồng ý điều trị

4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

Phim Xquang đánh giá tình trạng gãy xương hàm trên.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ

3. Các bước kỹ thuật

3.1. Sát khuẩn.

3.2. Vô cảm: Gây mê nội khí quản.

3.3. Các bước thực hiện

- Dùng bút chuyên dụng vẽ thiết kế các đường rạch trên niêm mạc

- Rạch niêm mạc ngách tiền đình hàm trên cách ranh giới lợi niêm 5mm

- Bóc tách bộc lộ ổ gãy

- Kiểm soát ổ gãy:

+ Lấy bỏ các mảnh vụn xương gãy và dị vật.

+ Bơm rửa ổ gãy bằng nước muối sinh lý.

- Nắn chỉnh và cố định

+ Dùng dụng cụ thích hợp nắn chỉnh các đầu xương gãy về vị trí giải phẫu.

+ Cố định 2 hàm đúng khớp cắn bằng cung Tigeursted, hoặc nút Ivy, hoặc vít neo chặn.

+ Kết hợp xương hàm trên bằng nẹp vít

- Cầm máu.

- Khâu đóng niêm mạc theo đúng vị trí giải phẫu.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong phẫu thuật

Chảy máu: Cầm máu.

2. Sau phẫu thuật

- Chảy máu: Cầm máu.

- Tụ máu: Lấy máu tụ.

- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc vết mổ.

9. PHẪU THUẬT GỠY LEFORT I BẰNG NẸP VÍT TỰ TIÊU

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật điều trị gãy xương hàm trên lefort I do chấn thương bằng phẫu thuật sử dụng nẹp vít tự tiêu

II. CHỈ ĐỊNH

Gãy xương hàm trên lefort I

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Tình trạng toàn thân không cho phép phẫu thuật

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên: Bác sỹ Răng hàm mặt đã được đào tạo về phẫu thuật chấn thương Hàm mặt.

- Kíp phẫu thuật.
- Kíp gây mê.

2. Phương tiện

- Bộ phẫu thuật xương.
- Bộ phẫu thuật phần mềm.
- Nẹp vít tự tiêu cho kết hợp xương hàm trên.
- Kim, chỉ khâu các loại...

3. Người bệnh

Người bệnh hoặc người giám hộ được giải thích và đồng ý điều trị

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Phim Xquang đánh giá tình trạng gãy xương hàm trên.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ

3. Các bước kỹ thuật

3.1. Sát khuẩn.

3.2. Vô cảm

Gây mê nội khí quản.

3.3. Các bước thực hiện

- Dùng bút chuyên dụng vẽ thiết kế các đường rạch trên niêm mạc
- Rạch niêm mạc ngách tiền đình hàm trên cách ranh giới lợi niêm 5mm
- Bóc tách bộc lộ ổ gãy
- Kiểm soát ổ gãy:
 - + Lấy bỏ các mảnh vụn xương gãy và dị vật.
 - + Bơm rửa ổ gãy bằng nước muối sinh lý.
- Nắn chỉnh và cố định:
 - + Dùng dụng cụ thích hợp nắn chỉnh các đầu xương gãy về vị trí giải phẫu.
 - + Cố định 2 hàm đúng khớp cắn bằng cung Tigeursted, hoặc nút Ivy, hoặc vít neo chặn.

- + Kết hợp xương bằng nẹp vít tự tiêu.
- Cầm máu
- Khâu đóng phần mềm theo các lớp giải

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong phẫu thuật

Chảy máu: Cầm máu

2. Sau phẫu thuật

- Chảy máu: Cầm máu.
- Tụ máu: Lấy máu tụ.

NỘI SOI CÀM MÁU MŨI KHÔNG SỬ DỤNG MEROCEL (1 BÊN)

I. ĐỊNH NGHĨA

Là biện pháp cầm máu mũi bằng đông điện (đơn cực hoặc lưỡng cực) dưới nội soi có màn hình.

II. CHỈ ĐỊNH

Chảy máu mũi trước và chảy máu mũi sau.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chỉ định tuyệt đối tuyệt đối.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: bác sỹ chuyên khoa Tai mũi họng

2. Phương tiện

- Bộ nội soi có màn hình
- Bộ đông điện lưỡng cực (tốt nhất là loại không dính) và ống hút có chức năng đông điện
- Kẹp khuỷu
- Pince kẹp blakesley
- Bấc, thuốc co mạch (Oxymetazolin 0.5%)

3. Người bệnh

- Được giải thích rõ ràng về bệnh và cách thức phẫu thuật
- Bồi phụ máu, nước, điện giải trước
- Tìm nguyên nhân chảy máu

4. Hồ sơ bệnh án: đầy đủ, các xét nghiệm cơ bản đánh giá được chức năng tim, gan, thận, phổi, bệnh về máu của người bệnh như: Công thức máu, Đông máu cơ bản, chức năng gan, thận.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án và các xét nghiệm cơ bản đã làm

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Tư thế

- Người bệnh nằm ngửa đầu cao 15-20° so với ngực
- Phẫu thuật viên đứng bên phải của người bệnh

3.2. Vô cảm: Gây mê toàn thân

- Thì 1: Rút bấc trong mũi nếu có
- Thì 2 Đặt thuốc co mạch mũi
- Thì 3:
 - + Dùng ống nội soi 0° kiểm tra toàn bộ hốc mũi bên chảy máu và cả bên không chảy máu.
 - + Đánh giá tình được tình trạng niêm mạc cuốn, vách ngăn, khe-sàn mũi, vòm
 - + Tìm điểm chảy máu hoặc nghi ngờ chảy máu
 - + Đốt điểm chảy máu bằng đông điện lưỡng cực hoặc ống hút đông điện.
- Thì 4:
 - + Kiểm tra lại hốc mũi.
 - + Đặt miếng gelaspon vào hốc mũi để chống dính nếu niêm mạc bị tổn thương nhiều

và đối xứng

VI. THEO DÕI

Nhỏ nước muối sinh lý vào hốc mũi

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu lại
- Nhiễm khuẩn mũi xoang
- Hoại tử niêm mạc mũi nếu diện đốt quá rộng và sâu.

Chú ý tìm nguyên nhân của chảy máu và điều trị nguyên nhân để đề phòng chảy máu tái phát như cao huyết áp, chấn thương....

NỘI SOI CÀM MÁU MŨI CÓ SỬ DỤNG MEROCEL (1 BÊN)

I. ĐỊNH NGHĨA

Là biện pháp cầm máu mũi bằng đông điện (đơn cực hoặc lưỡng cực) dưới nội soi có màn hình, sau đó có đặt merocel.

II. Chỉ định

Chảy máu mũi trước và chảy máu mũi sau.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sỹ chuyên khoa Tai mũi họng

2. Phương tiện

- Bộ nội soi có màn hình
- Bộ đông điện lưỡng cực (tốt nhất là loại không dính) và ống hút có chức năng đông điện
- Kẹp khuỷu
- Pince kẹp blakesley
- Bấc, thuốc co mạch (Oxymetazolin 0.5%)

3. Người bệnh

- Được giải thích rõ ràng về bệnh và cách thức phẫu thuật
- Bồi phụ máu, nước, điện giải trước
- Tìm nguyên nhân chảy máu

4. **Hồ sơ bệnh án:** đầy đủ, các xét nghiệm cơ bản đánh giá được chức năng tim, gan, thận, phổi, bệnh về máu của người bệnh như: Công thức máu, Đông máu cơ bản, Chức năng gan, thận.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án và các xét nghiệm cơ bản đã làm

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Tư thế

- Người bệnh nằm ngửa đầu cao 15-20° so với ngực
- Phẫu thuật viên đứng bên phải của người bệnh

3.2. Vô cảm: gây mê toàn thân

- Thì 1: Rút bấc trong mũi nếu có
- Thì 2: Đặt thuốc co mạch
- Thì 3:
 - + Dùng ống nội soi 0° kiểm tra toàn bộ hốc mũi bên chảy máu và cả bên không chảy máu.
 - + Đánh giá tình trạng niêm mạc cuốn, vách ngăn, khe-sàn mũi, vòm
 - + Tìm điểm chảy máu hoặc nghi ngờ chảy máu
 - + Đốt điểm chảy máu bằng đông điện lưỡng cực hoặc ống hủ đông điện có hút
- Thì 4:
 - + Kiểm tra lại hốc mũi.

+ Đặt merocel vào hốc mũi để chống dính nếu niêm mạc hoặc người bệnh có nguy cơ chảy máu mũi lại.

VI. THEO DÕI

- Bơm rửa hoặc nhỏ nước muối sinh lý nhiều lần vào hốc mũi
- Rút merocel sau 3-6 ngày tùy từng người bệnh

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu lại
- Nhiễm khuẩn mũi xoang
- Hoại tử niêm mạc đường thở nếu diện đốt quá rộng và sâu.

Chú ý tìm nguyên nhân của chảy máu và điều trị nguyên nhân để đề phòng chảy máu tái phát như cao huyết áp, chấn thương....

VÁ NHĨ ĐƠN THUẦN

I. ĐẠI CƯƠNG

- Vá nhĩ là phẫu thuật chỉnh hình màng nhĩ, dùng vật liệu tự thân như màng sụn, cân cơ thái dương hoặc màng tai đồng chủng ghép lên vị trí màng nhĩ bị thủng.
- Vá nhĩ đơn thuần chỉ thực hiện khi chuỗi xương con không bị tổn thương.

II. CHỈ ĐỊNH

- Lỗ thủng màng nhĩ trung tâm, khô, nhỏ <1/2 diện tích, hoặc lỗ thủng to nhưng đường kính thường dưới 4mm, hiện tượng viêm đã ổn định, tai không chảy nước trên 3 tháng.
- Vòi nhĩ thông thoáng.
- Người bệnh có điếc dẫn truyền nhẹ (ABG < 30dB).

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Chảy tai kéo dài.
- Nghi ngờ có cholesteatoma xâm lấn vào trung nhĩ.
- Nghi ngờ có tổn thương chuỗi xương con.
- Có dấu hiệu lâm sàng và Xquang nghi ngờ có viêm nhiễm ở xương chũm và thượng nhĩ.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa cấp I Tai Mũi Họng có kinh nghiệm phẫu thuật tai.

2. Phương tiện

- Kính hiển vi phẫu thuật hoặc đèn phẫu thuật có khuếch đại
- Dụng cụ vi phẫu thuật tai.

3. Người bệnh

- Làm sạch tai sạch và cắt tóc cao trên và sau vành tai, cách đường chân tóc 2cm.
- Phát hiện các bệnh ở mũi xoang.
- Hồ sơ bệnh án: theo quy định chung. Chụp phim phổi, xương chũm. Xét nghiệm: công thức máu, máu chảy, máu đông, đường máu, ure máu, đường niệu, protein niệu và đo thính lực.

4. Hồ sơ bệnh án: đầy đủ, các xét nghiệm cơ bản

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án và các xét nghiệm cơ bản đã làm

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Kỹ thuật đi trong ống tai

- Áp dụng với những người bệnh có ống tai rộng rãi, lỗ thủng không quá rộng.
- Gây tê da ống tai: tiêm thấm medicain 2%.
- Gỡ viên xơ lỗ thủng bằng que nhọn.
- Rạch da ống tai: Tùy vị trí lỗ thủng, có thể rạch da ống tai ở thành sau, thành trước ống tai, cách khung nhĩ 5mm
- Bóc tách da ống tai, phần màng nhĩ còn lại khỏi khung nhĩ.
- Đặt Gelaspon khô làm giá đỡ trong hòm nhĩ.
- Dùng mảnh cân cơ thái dương luồn dưới vạt da, trên giá đỡ bằng gelaspon.
- Đặt lại vạt da, chèn gelaspon và merocel.

3.2. Kỹ thuật rạch da sau tai

- Rạch da sau tai cách rãnh sau tai 2mm.
- Rạch cốt mạc, tách màng xương khỏi mặt xương chũm.
- Rạch ngang da ống tai từ 6 - 12h bộc lộ toàn bộ ống tai.
- Gõ viền xơ quanh lỗ thủng.
- Bóc tách da ống tai và màng nhĩ còn lại theo kiểu 1 lớp hoặc 2 lớp.
- Dùng mảnh vá bằng cân cơ thái dương luồn dưới vạt da ống tai, phía trước ra sát khung nhĩ.
- Kiểm tra mảnh vá không được rời khỏi cán búa.
- Đặt lại vạt da ống tai.
- Kiểm tra mép màng nhĩ cũ không bị cuộn.
- Chèn Gelaspon, merocel.
- Đóng da theo các lớp giải phẫu.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Mép màng nhĩ cũ bị cuộn sẽ tạo cholesteatoma.
- Mảnh vá không tiếp xúc cán búa.
- Chảy máu ở mép da ống tai bị rạch.

THÔNG VÒI NHĨ

I. ĐẠI CƯƠNG

Thông vòĩ nhĩ là thủ thuật bơm không khí qua vòĩ nhĩ để làm thông vòĩ nhĩ.

II. CHỈ ĐỊNH

Tắc hoặc bán tắc vòĩ nhĩ (vòĩ Eustachi)

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Đang có viêm mũi họng cấp, viêm VA, viêm mũi xoang mũ.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng

2. Phương tiện

2.1. Dụng cụ: bộ bơm hơi vòĩ nhĩ

- Một quả bóng cao su Politzer nối với 1 ống cao su có 1 đầu khít lỗ mũi.
- Một ống thông Itard, 1 ống cao su dài 50cm 2 đầu có núm nhựa.
- Que tăm bông cong, bông

2.2. Thuốc

Thuốc tê tại chỗ xylocain 3%.

3. Người bệnh

Được nghe giải thích về thủ thuật để an tâm và hợp tác.

4. Hồ sơ bệnh án: Theo qui định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án và các xét nghiệm cơ bản đã làm

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật: Có hai cách

3.1. Dùng bóng cao su: đơn giản, thường làm ở người lớn.

- Cho người bệnh ngậm 1 ngụm nước và chỉ nuốt khi có lệnh của thầy thuốc.
- Đặt đầu ống cao su ở bóng Politzer khít vào lỗ mũi bên vòĩ tai bị tắc, lấy tay bít kín lỗ mũi còn lại.
- Ra lệnh cho người bệnh nuốt nước đồng thời bóp mạnh bóng.
- Cần làm vài lần để duy trì.

3.2. Dùng ống thông Itard

- Dùng que bông cong thấm xylocain 3 - 6% gây tê ở loa vòĩ trong 5 - 10 phút.
- Đặt đầu cong của ống Itard sát sàn mũi từ từ đẩy ống từ trước ra sau tới sát thành sau họng thì rút lại ống về phía thầy thuốc 1,5cm đồng thời quay ống thông 90⁰ lên phía trên và ra ngoài. Đầu ống lướt qua loa vòĩ để rơi vào hố miệng vòĩ.
- Bơm hơi và kiểm tra.
- Rút ống Itard theo chiều ngược lại.
- Nếu bơm không kết quả chuyển sang thủ thuật nong.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu: cầm máu
- Thủng màng nhĩ: vá nhĩ
- Tràn khí: ngừng thông và theo dõi, không khí sẽ hết nhanh.
- Viêm tai giữa cấp: điều trị viêm tai giữa.

CHÍCH NHỌT ỐNG TAI NGOÀI

I. ĐẠI CƯƠNG

Là thủ thuật trích nhọt ở ống tai ngoài ở giai đoạn đã hoá mũ.

II. CHỈ ĐỊNH

Nhọt ống tai ngoài đã hoá mũ

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Nhọt giai đoạn viêm tấy, chưa hoá mũ.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ khám tai mũi họng.
- Dao nhọn số 11.
- Kim lấy thuốc

3. Người bệnh

- Người lớn và trẻ lớn: Ngồi quay tai bệnh về phía thầy thuốc.
- Trẻ bé: Dùng khăn quấn chặt, 1 người bế và một người giữ.

4. Hồ sơ bệnh án: đầy đủ, các xét nghiệm cơ bản

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án và các xét nghiệm cơ bản đã làm

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- Lau sạch ống tai bằng dung dịch sát khuẩn.
- Tay trái kéo vành tai hoặc đặt ống soi tai xác định rõ vị trí phòng nhát hoặc có đầu mũ.
- Tay phải cầm dao nhọn rạch vào vị trí đã xác định 2 -3 cm, rạch xong có mũ trào ra, hút sạch mũ. Ở trẻ bé, ống tai nhỏ, có thể dùng kim lấy thuốc để rạch.
- Đặt 1 tente tẩm dung dịch sát khuẩn (Betadin) vào ống tai ngoài. Rút tente sau 6 – 12 giờ, nếu còn dịch mũ thì đặt tiếp 1 tente khác để dẫn lưu cho tốt. Nếu thành ống tai bị chít hẹp thì sau khi trích nhọt, đặt merocel tai, sau đó nhỏ dung dịch kháng sinh làm phòng miết merocel. Rút merocel sau 24- 48 giờ

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ

Chảy máu: đặt tente hoặc merocel tai.

Viêm tấy lan toả ống tai: kháng sinh toàn thân

LÀM THUỐC TAI

I. ĐẠI CƯƠNG

Vệ sinh ống tai ngoài, tai giữa trong trường hợp thủng màng nhĩ có chảy mủ tai

II. CHỈ ĐỊNH

- Viêm ống tai ngoài
- Viêm tai giữa có chảy mủ tai

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng

2. Phương tiện

2.1. Dụng cụ

- Que tăm bông cong, bông.
- Ống hút tai, máy hút
- Dung dịch sát khuẩn Povidine
- Bấc hoặc tenne

2.2. Thuốc

Mỡ kháng sinh hoặc dung dịch kháng sinh nhỏ tai thích hợp cho viêm ống tai ngoài hoặc viêm tai giữa có thủng màng nhĩ.

3. Người bệnh

Được nghe giải thích về thủ thuật để an tâm và hợp tác.

4. Hồ sơ bệnh án: Theo qui định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án và các xét nghiệm cơ bản đã làm

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- Nếu ống tai ngoài nhiều dịch mủ, dùng ống hút đã nối với máy hút, hút sạch mủ.
- Dùng que tăm bông thấm dung dịch povidine iod, lau sạch ống tai.
- Nếu viêm ống tai ngoài, bôi mỡ kháng sinh bằng que tăm bông
- Nếu viêm tai giữa có thủng màng nhĩ hoặc đặt ống thông khí, đặt bấc hoặc tenne đã tẩm dung dịch kháng sinh để dẫn lưu mủ. Rút tenne sau 12-24 giờ

ĐÓT CUỐN MŨI

I. ĐẠI CƯƠNG

Đốt cuốn mũi là một thủ thuật nhằm thu nhỏ cuốn mũi dưới bằng đông điện, giải quyết vấn đề lưu thông không khí qua mũi.

II. CHỈ ĐỊNH

Cuốn mũi dưới quá sần to không còn đáp ứng với thuốc co mạch.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Cuốn mũi quá phát vẫn còn đáp ứng tốt với thuốc co mạch.
- Dị hình vách ngăn chạm đến cuốn.
- Đang viêm cấp (xung huyết, xuất tiết hay đang bội nhiễm).

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng

2. Phương tiện

2.1. Dụng cụ

- Đông điện
- Banh mũi.
- Nguồn sáng đeo trán (Đèn Clar, đèn trán ...).
- Que bông, bắc, bông y tế.

2.2. Thuốc

Tê niêm mạc (Xylocain 6 - 10%) (có thể pha adrenalin 0,1%).

3. Người bệnh

- Được giải thích về thủ thuật.
- Có thể ngồi hoặc nằm.
- Thăm khám kỹ người bệnh (tìm nguyên nhân). Đặt thuốc co mạch đánh giá sự co hồi của niêm mạc, khe giữa, vách ngăn.

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định chung.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án và các xét nghiệm cơ bản đã làm

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Vô cảm

Gây tê toàn bộ cuốn dưới bằng thuốc tê niêm mạc (xylocain 6 - 10%), bôi nhiều lần bằng que bông khắp bề mặt cuốn, khe giữa và dưới hoặc đặt bắc tẩm xylocain 10%.

3.2. Kỹ thuật

- Tay trái cầm banh mũi banh rộng cánh mũi ra.
- Tay phải cầm đông điện ngưỡi đưa dọc theo cuốn dưới đến tận thành sau họng rồi kéo ngược trở ra khoảng 2cm (đuôi cuốn).
- Cạnh sắc của đông điện thẳng góc với niêm mạc rồi bấm nút cho đông điện đỏ và kéo đông điện lùi ra từ từ nhẹ nhàng ra ngoài đến tận đầu cuốn dưới nhưng không để chạm vào vách ngăn. Có thể đốt nhiều đường song song với nhau ở lưng cuốn, một ở bờ tự do cuốn.

- Khi hốc mũi hẹp buộc phải di mặt bằng của mũi đông điện nằm sát vào mặt cuốn mũi dưới để tránh làm hỏng vách ngăn và như vậy đường đốt sẽ rộng hơn và chỉ nên đốt 1 lần.

- Có thể đốt một hoặc hai bên cùng một lúc.

VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC.

- Khám lại sau 24 giờ.

- Nhỏ thuốc co mạch 4 giờ/1 lần trong 6 ngày liền để tránh dính niêm mạc.

- Có thể dùng thuốc chống viêm, chống phù nề, chống dị ứng nếu cần, tìm và điều trị nguyên nhân gây quá phát cuốn.

- Theo dõi kết quả trong 6 tháng.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Tồn thương vách ngăn: Cho 1 đoạn bác (tẩm mỡ kháng sinh) vào, rút sau 02 ngày.

- Chảy máu: nhét bác và dùng thuốc cầm máu.

- Sốc, ngất do thuốc tê, sợ hãi: chống sốc.

BẺ CUỐN MŨI DƯỚI

I. ĐẠI CƯƠNG

Bẻ cuốn mũi là thủ thuật nhằm ép cuốn dưới vào sát vách mũi xoang (khe dưới) giải quyết vấn đề lưu thông không khí qua đường mũi đối với người bệnh bị ngạt nhiều nhưng niêm mạc cuốn còn co hồi với thuốc co mạch.

II. CHỈ ĐỊNH

Cuốn mũi gò vào trong.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Dị hình vách ngăn làm hốc mũi quá hẹp không có đường đưa dụng cụ vào.
- Đang viêm mũi xoang cấp.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng

2. Phương tiện

2.1. Dụng cụ

- Kéo cong to bản đầu tù hoặc tay to bản.
- Bánh mũi.
- Nguồn sáng đeo trán (Đèn Clar, đèn trán ...)
- Que bông, bác, bông y tế.

2.2. Thuốc

Thuốc tê niêm mạc (Xylocain 6 - 10%) có thể pha thuốc co mạch (adrenalin tỷ lệ 1:20.000).

3. Người bệnh

- Được giải thích kỹ về bệnh và các bước tiến hành thủ thuật.
- Có thể ngồi, nhưng tốt hơn là nằm (có tiền mê)

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định chung.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án và các xét nghiệm cơ bản đã làm

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Vô cảm

- Đây là một thủ thuật khá đau, người bệnh có thể được tiền mê.
- Gây tê tại chỗ (xylocain 6-10%) khắp bề mặt cuốn dưới, ngách dưới (đặt bắc 15 phút).

3.2. Kỹ thuật

- Dùng kéo cong dày, đưa đầu kéo vào sát thành sau họng, bờ cong của kéo ôm lấy lưng cuốn và bờ tự do của cuốn, kéo lùi ra trước khoảng 1- 2cm.
- Bẻ từ từ, từ đuôi cuốn đến đầu cuốn nghe như tiếng bánh đa vỡ là được.

VI. THEO DÕI

- Chảy máu.
- Sốc do thuốc, do đau.
- Nhiễm khuẩn.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Sốc: chống sốc.
- Chảy máu: Tùy theo mức độ có thể nhét bấc và dùng thuốc cầm máu.

LÀM 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 cán bộ điều dưỡng học định hướng Tai mũi họng.

2. Phương tiện

2.1. Dụng cụ

- Kẹp khuỷu
- 2 bơm tiêm (5 ml để lấy thuốc, và bơm tiêm 10 để lấy nước muối sinh lý)
- Máy hút
- Ampu

2.2. Thuốc

Thuốc co mạch (Oxymetazolin hay naphazolin)

3. Người bệnh

Được nghe giải thích kỹ về thủ thuật để an tâm và hợp tác.

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định chung.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án và các xét nghiệm cơ bản đã làm

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- 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... để buồm hàm dẩy 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.

CHÍCH ÁP XE THÀNH SAU HỌNG

I. ĐỊNH NGHĨA

Chích rạch dẫn lưu ổ mủ thành sau họng, khoang 1 của Henke, 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 chống chỉ định tuyệt đối

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 mỏng
- Hồ sơ bệnh án: chuyên khoa tai - mũi - họng
- Xét nghiệm cơ bản: công thức máu, máu chảy, máu đông.

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định chung.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án và các xét nghiệm cơ bản đã làm

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Vô cảm

Tùy theo tình trạng người bệnh có thể gây tê hoặc mê.

3.2. 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).

3.3. Kỹ thuật

- Tay trái đè lưỡi nhẹ nhàng bộc lộ thành sau họng.
- Dùng bơm tiêm chọc dò vào nơi phồng nhất sâu độ 5mm, 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 5mm.
- 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 lý

- Đè lưỡi quá thô bạo gây nên ngừng thở đột ngột: bỏ đè lưỡi, hỗ trợ hô hấp cho cháu thở lại, sau đó đè lưỡi nhẹ nhàng và chọc hút bớt mủ.
- Khi chích mủ trào ra nhiều trào vào đường thở: hút mủ thật nhanh, cầm chân đốc ngược đầu xuống.

CẮT U NANG HẠ HỌNG - THANH QUẢN

I. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật lấy bỏ khối u nang qua soi treo thanh quản trực tiếp.

II. CHỈ ĐỊNH

Khối u nang nằm ở vùng hố lưỡi thanh thiệt.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định đặc biệt.
- Chống chỉ định chung như các phẫu thuật gây mê khác.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng từ chuyên khoa I trở lên có kinh nghiệm.

2. Phương tiện

- Bàn mổ có bộ phận thay đổi tư thế đầu (nếu có).
- Bộ dụng cụ soi thanh quản treo.
- Bộ dụng cụ vi phẫu thuật thanh quản.
- Đông điện.
- Máy hút và ống hút nhỏ dài.

3. Người bệnh

- Được khám để xác định vị trí kích thích khối u nang.
- Được giải thích về phẫu thuật.

4. Hồ sơ bệnh án

- Các xét nghiệm cơ bản cho phẫu thuật.
- Chụp phim cổ nghiêng, cổ thẳng.
- Siêu âm tuyến giáp, chụp xạ hình tuyến giáp nếu nghi ngờ tuyến giáp lạc chỗ.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án và các xét nghiệm cơ bản đã làm

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Vô cảm : Gây mê nội khí quản, trường hợp khối u nhỏ, đáy lưỡi không quá dày có thể gây tê tại chỗ. Nếu u to, có khó thở, cần chọc hút giảm thể tích trước khi gây mê.

3.2. Tư thế người bệnh : Người bệnh được đặt theo tư thế nằm, đầu ngửa, có kê gối dưới vai.

3.3. Kỹ thuật

- Dùng bộ soi thanh quản treo bộc lộ rõ hố lưỡi thanh thiệt.
- Dùng dụng cụ vi phẫu lấy bỏ khối u.
- Kiểm tra và cầm máu kỹ bằng đông điện đơn cực hoặc lưỡng cực.

VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC

- Cho kháng sinh 5 ngày.
- Chú ý điều trị hiện tượng trào ngược dạ dày nếu có.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Nhiễm khuẩn vết mổ
- Chảy máu: nếu chỉ chảy máu các mạch nhỏ, cho các thuốc cầm máu, ngâm đá lạnh, nếu chảy nhiều phải gây mê cầm máu.

CHÍCH ÁP XE QUANH AMIDAN

I. ĐẠI CƯƠNG

Chích rạch dẫn lưu mủ khoảng quanh amidan qua đường miệng.

II. CHỈ ĐỊNH

Áp xe quanh amidan.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Viêm tấy quanh amidan chưa hoá 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 - 10ml 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.
- Hồ sơ bệnh án: Bệnh án chuyên khoa Tai Mũi Họng.
- Xét nghiệm cơ bản: Công thức máu, máu chảy, máu đông.

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định chung.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án và các xét nghiệm cơ bản đã làm

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Vô cảm

Gây tê niêm mạc họng bằng phun dung dịch tê niêm mạc.

3.2. Tư thế

Người bệnh ngồi, tựa lưng, đầu hơi ngửa, há miệng rộng.

3.3. Kỹ thuật

- Chọc thăm dò bằng bơm tiêm và kim to: chọc nơi phồng nhất ở trụ trước, sâu khoảng 1cm.
- Nếu có mủ, dùng dao nhọn chích 1 đường song song với trụ trước, đi qua điểm chọc, dài khoảng 1cm, sâu 1cm 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 lý

- 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.

LẤY DỊ VẬT HỌNG MIỆNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Là thủ thuật lấy bỏ dị vật ra khỏi họng miệng

II. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp dị vật mắc lại trong họng miệng

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định đặc biệt nào.
- Cần lưu ý hỏi kỹ tiền sử dị ứng trước khi vô cảm.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ chuyên khoa tai mũi họng
- 1 điều dưỡng chuyên khoa trợ giúp

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ khám tai mũi họng thông thường
- Kẹp khuỷu hoặc pince gấp dị vật họng miệng

3. Người bệnh

Được thăm khám và giải thích về qui trình

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định chung.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.2. Tư thế người bệnh

Người bệnh ngồi theo tư thế khám thông thường tai mũi họng. Trẻ nhỏ có người lớn giữ.

3.2. Kỹ thuật

- Người bệnh ngồi, há miệng
- Dùng đèn lưỡi bộc lộ họng miệng.
- Quan sát họng miệng, thường dị vật cắm ở amidan.
- Dùng kẹp khuỷu hoặc pince, cặp chặt dị vật và đưa ra ngoài

PHẪU THUẬT CHẤN THƯƠNG THANH KHÍ QUẢN

I. ĐẠI CƯƠNG

Chấn thương thanh khí quản là bệnh lý nguy hiểm đe dọa đến tính mạng người bệnh. Vấn đề điều trị bao gồm xử lý cấp cứu để bảo đảm thông khí tại đường thở nhằm cứu sống người bệnh ngay sau khi chấn thương. Vấn đề điều trị chuyên khoa cần phải làm sớm bao gồm điều trị nội khoa đơn thuần hoặc phẫu thuật. Bài viết này chúng tôi trình bày qui trình phẫu thuật chấn thương thanh khí quản.

II. CHỈ ĐỊNH

- Bằng chứng rõ ràng qua nội soi hay chụp cắt lớp vi tính có tổn thương rách niêm mạc, hở sụn, bất động dây thanh hay vỡ phức tạp.

- Những tổn thương nặng nề như rách rộng niêm mạc lan đến mép trước, vỡ sụn vụn nát, trật khớp sụn phễu.

- Vết thương thanh khí quản hở

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Trong các chống chỉ định vì lý do gây mê hồi sức, tuy nhiên không có chống chỉ định tuyệt đối. Nếu tổn thương đe dọa tính mạng người bệnh thì vẫn phải thực hiện phẫu thuật cấp cứu.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng

2. Phương tiện

- Bộ nội soi thanh khí quản, ống cứng và optic
- Bộ nội soi thực quản ống cứng
- Dao mổ lưỡi 15
- Kéo thẳng, kéo sim
- Pince cầm máu các loại
- Farabeauf nhỏ 2 chiếc
- Farabeauf lớn 2 chiếc
- Bay bóc tách cỡ to và nhỏ
- Kẹp phẫu tích có máu và không máu
- Bờ cào 2 răng đầu tròn
- Chỉ khâu vicryl từ 1.0 đến 6.0
- Chỉ thép hoặc chỉ không tiêu từ 1.0 đến 2.0
- Ống nối thanh quản

3. Người bệnh

Được giải thích kỹ về phẫu 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. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Tư thế người bệnh

- Người bệnh nằm ngửa, kê gối dưới vai.
- Phẫu thuật viên đứng bên phải người bệnh
- Người phụ đứng bên đối diện

3.2. Vô cảm: Gây mê toàn thân.

3.3. Kỹ thuật

3.3.1. Thì 1

Mở khí quản (nếu chưa được xử trí mở khí quản cấp cứu)

3.3.2. Thì 2

Soi thanh khí phế quản và thực quản trực tiếp bằng ống cứng và optic có gắn camera để đánh giá tổn thương một cách chính xác

3.3.3. Thì 3

Phẫu thuật mở chỉnh hình thanh khí quản

- Rạch da theo đường nếp lằn cổ ở mức ngang giáp nhẫn hoặc thấp hơn tùy tổn thương
- Bóc tách vạt da kéo lên ngang mức xương móng, phía dưới ngang mức sụn nhẫn hoặc thấp hơn xuống dưới lỗ mở khí quản
- Tách nhóm cơ dưới móng bộc lộ trực tiếp thanh khí quản và các đường vỡ
- Rạch sụn giáp ở giữa xuyên qua màng giáp nhẫn hoặc sụn khí quản để bộc lộ lòng thanh khí quản
- Đánh giá tổn thương trong lòng thanh khí quản:
 - + Khâu phục hồi các phần cơ dây thanh bị đứt, niêm mạc bị rách
 - + Nối lại các mảnh tổn thương của thanh quản và khí quản bị đứt bằng vicryl 2.0 đến 4.0
 - + Cố định đường vỡ bằng chỉ thép, chỉ không tiêu hay kết hợp bằng nếp vít
 - + Ghép tổ chức niêm mạc hoặc da trong trường hợp có tổn thương mất chất
- Đóng lại đường mở sụn giáp bằng chỉ thép, chỉ không tiêu hay kết hợp bằng nếp vít
- Đóng lại màng sụn, cân, cơ và da
- Đặt nong khi cần thiết

V. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1.Theo dõi

- Đặt sonde dạ dày để tránh hiện tượng ản sặc vào đường thở sau phẫu thuật
- Nghe phổi, chụp phổi theo định kỳ
- Thuốc kháng sinh, chống viêm, chống trào ngược
- Thay băng hàng ngày
- Rút ống nong sau 7 ngày, 2 tuần, hoặc 6 đến 8 tuần tùy theo từng loại ống nong hoặc tình trạng tổn thương của người bệnh
- Nội soi kiểm tra cắt tổ chức hạt sau khi rút ống nong
- Rút ống thở sau khi người bệnh đã được nút ống thở mà thở tốt qua đường tự nhiên hoặc soi thanh khí quản kiểm tra, đánh giá lòng đường thở đã đủ rộng.

2. Xử trí tai biến

- Chảy máu vào đường thở hoặc vết mổ: tiến hành mở lại hốc mổ cầm máu
- Tắc ống thở: Thay ống thở hoặc hút rửa ống thở
- Nhiễm trùng: dùng loại kháng sinh phù hợp
- Tổ chức hạt che lấp lòng đường thở: tiến hành nội soi cắt tổ chức hạt
- Sẹo hẹp thanh khí quản: mổ chỉnh hình thanh khí quản

PHẪU THUẬT CẮT AMIDAN BẰNG COBLATOR

I. ĐẠI CƯƠNG

Cắt Amidan bằng Coblator là phương pháp dùng sóng năng lượng tần số radio cao tần để phá hủy mô Amidan. Cắt Amidan bằng máy Coblator II có ưu điểm lớn là vừa cắt, vừa hút, vừa vảy nước, bóc tách Amidan bằng đốt điện, bằng sóng radio cao tần ở nhiệt độ 67⁰C nên không gây bỏng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Có nhiều đợt viêm cấp: 5 đợt/ 1 năm, trong 2 năm liên.
- Amidan quá to ảnh hưởng tới chức năng: thở, ăn, phát âm
- Amidan viêm mãn tiềm tàng. Đã có biến chứng tại chỗ, gần và xa.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Tạm thời

- Đang viêm cấp, nhiễm khuẩn cục bộ hay toàn thân
- Đang có bệnh mạn tính, chưa ổn định
- Đang có dịch ở địa phương.
- Phụ nữ đang thời gian có thai, có kinh nguyệt.

2. Tuyệt đối

Trong các bệnh: tim mạch, rối loạn về máu, suy giảm miễn dịch toàn thân, đái đường, hen, lao đang tiến triển, cường tuyến giáp

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng

2. Phương tiện

- Máy Coblator II với chức năng cắt Amidan, nạo V.A
- Đầy đủ dụng cụ và các thiết bị đi kèm.

3. Người bệnh

- Được giải thích rõ ràng về bệnh và cách thức phẫu thuật
- Nhịn ăn, uống ít nhất 6 giờ trước khi phẫu thuật.

4. Hồ sơ bệnh án

Làm đầy đủ các xét nghiệm cơ bản đánh giá được chức năng tim, gan, thận, phổi, bệnh về máu của người bệnh như: công thức máu, máu chảy máu đông, chức năng gan, thận, X quang phổi, điện tâm đồ, siêu âm tim...

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Tư thế

- Người bệnh nằm ngửa, đầu cao 15-20⁰ so với ngực
- Máy Coblator II và dụng cụ mổ đặt bên phải của người bệnh
- Máy gây mê đặt bên trái của người bệnh
- Phẫu thuật viên và trợ thủ viên đứng hoặc ngồi phía trên đầu của người bệnh.

3.2. Vô cảm

- Gây mê toàn thân

- Thì 1: Đặt banh miệng tự hãm
- Thì 2: Dùng đầu dò chuyên dụng cắt Amidan bằng nhiệt vừa tưới nước và hút dịch cùng với mảnh vụn, đồng thời đốt các điểm chảy máu.
- Thì 3: Kiểm tra lại hốc Amidan đã cắt.
- Thì 3: Kiểm tra lại hốc Amidan đã cắt xem còn sót Amidan hoặc chảy máu hay không, nếu cần có thể tiến hành khâu điểm hoặc khâu ép 2 trụ để ngăn nguy cơ chảy máu sau phẫu thuật

VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC SAU PHẪU THUẬT

- Người bệnh không được la hét lớn và nằm viện thêm nửa ngày để theo dõi
- Ngoài ra, trẻ cần có chế độ ăn uống đặc biệt: kiêng các thức ăn cứng, nóng, chua, cay. Nên ăn các thức ăn: lỏng, nguội, mềm trong vòng 15 ngày đầu để tránh chảy máu sau mổ
- Người bệnh có thể về nhà trong ngày làm việc và học tập trở lại bình thường sau một tuần.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu là biến chứng thường gặp nhất. Dùng kẹp dài và spongel đè ép lên hố Amidan đang chảy máu. Nhúng spongel vào Epinephrine hoặc bột Thrombine có thể đem lại hiệu quả. Nếu thất bại, người bệnh cần được đưa vào phòng mổ để cầm máu
- Đau (ví dụ: viêm họng, đau tai).
- Mất nước, sụt cân (thường gặp ở trẻ em do đau nên bỏ ăn).
- Sốt (ít gặp, thường do nhiễm trùng tại chỗ).
- Tắc nghẽn đường thở sau phẫu thuật (do phù nề lưỡi gà, tụ máu, sặc hít).
- Amidan còn sót lại sau cắt.
- Tùy thuộc vào từng loại biến chứng, thầy thuốc tai mũi họng và gây mê sẽ có biện pháp xử trí thích hợp và hiệu quả nhất.

PHẪU THUẬT NỘI SOI VÁ NHĨ ĐƠN THUẦN

I ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật tái tạo lại màng nhĩ thủng dưới nội soi

II CHỈ ĐỊNH

Lý tưởng nhất là thủng nhĩ nhỏ, khô và ống tai rộng.

III CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Đang viêm mũi họng, chảy mủ tai.

IV CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng, được đào tạo sâu về phẫu thuật nội soi tai.

2. Phương tiện

- Ống nội soi cứng O⁰
- Dao vi phẫu để rạch vạt da ống tai
- Bóc tách, que nhọn vi phẫu
- Panh và kéo vi phẫu
- Ống hút vi phẫu
- Thuốc gây tê

3. Người bệnh

- Người bệnh và người nhà người bệnh được giải thích rõ những tai biến có thể xảy ra trong và sau phẫu thuật.
- Làm các xét nghiệm thông thường

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định chung.

V CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Tư thế người bệnh

Người bệnh nằm đầu nghiêng sang bên đối diện và đặt đầu sao cho mặt xương chũm nằm ngang để có thể thao tác dễ dàng. Sát khuẩn tai và vùng quanh tai mổ.

3.2. Vô cảm

Người bệnh được gây mê toàn thân. Ống tai ngoài được gây tê bằng dung dịch Xylocain % với khoảng 1 ml thuốc, tiêm ở vị trí 9 giờ cách khung nhĩ khoảng 5 mm đồng thời sử dụng loa soi tai khi tiêm để thuốc tê có thể khuếch tán đều trong ống tai và màng nhĩ. Không nên gây tê nhiều điểm trong ống tai để gây chảy máu và rách vạt da.

3.3. Kỹ thuật

- Trước tiên, lấy cân cơ thái dương qua đường sau tai hay đường ngang trên vành tai và làm khô. Tiếp theo, một tay giữ cố định ống nội soi 0 độ và tay kia thao tác theo các bước sau :

- **Bước 1:** làm tươi rìa lỗ thủng phải được tiến hành hệ thống bằng cách sử dụng que nhọn lấy viền lỗ thủng. Bước này rất quan trọng vì nó loại bỏ vùng biểu bì của rìa lỗ thủng nối với lớp niêm mạc để giúp cho quá trình đóng lỗ thủng được nhanh chóng.

- **Bước 2:** bóc tách và nâng vạt da ống tai- màng nhĩ. Sử dụng dao tròn vi phẫu rạch da ống tai theo hình vòng cung cách vòng xơ 3 mm, Lý tưởng, đường rạch đi từ vị trí 12h -3h-6h

ở tai trái và 12h-9h-6h ở tai phải, Bóc tách da từ từ ra khỏi ống tai xương, sao cho tránh chảy máu nhiều và tránh rách vạt da. Bước này kết thúc khi vạt da được bóc tách sát vòng xơ.

- **Bước 3:** nâng vòng xơ và rạch niêm mạc tai giữa. Toàn bộ vạt da ống tai và màng nhĩ được nâng khỏi khung nhĩ.

- **Bước 4:** giải phóng vạt da ống tai- màng nhĩ khỏi cán búa bằng bóc tách nhọn, đôi khi cán búa dính vào ụ nhô,

- **Bước 5:** đặt mảnh vá theo kỹ thuật trong lớp xơ. Cân cơ thái dương với kích thước thích hợp được đưa vào ống tai. Với que nhọn, mảnh ghép được trượt vào trong hòm nhĩ dưới vạt da ống tai và màng nhĩ đã được nâng trước. Mảnh ghép được đặt dưới cán búa và sử dụng Gelaspon làm giá đỡ đặt trong hòm nhĩ. Đặt lại vạt da, chèn Gelaspon quanh bờ lỗ thủng và đặt mèche hoặc merocel ống tai.

VI – THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC SAU MỔ

- Đau sau mổ: thường đau mức độ vừa, có thể cho thuốc giảm đau trong khoảng 2- 3 ngày. Nếu đau dữ dội, phải đề phòng tụ máu hay nhiễm trùng.

- Kháng sinh dự phòng: đường tiêm hay đường uống với thời hạn 5 ngày.

- Thay băng trong 24 giờ: quan sát tình trạng vành tai và quanh tai phát hiện tụ máu và nhiễm khuẩn sớm.

- Rút mèche và cắt chỉ sau 7 ngày.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Tụ máu: cắt vài mũi chỉ, hút máu đọng, tiêm thuốc cầm máu và băng ép.

- Nhiễm khuẩn: nếu vết mổ sưng nề nên rửa sạch, dùng kháng sinh, chống viêm, chống phù nề.

- Sẹo phì đại: theo dõi và tiêm corticoid trong sẹo (2 hay 3 lần).

PHẪU THUẬT NỘI SOI VÁ NHỖ

I. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật tái tạo lại màng nhĩ thủng dưới nội soi.

II. CHỈ ĐỊNH

Lý tưởng nhất là thủng nhĩ nhỏ, khô và ống tai rộng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Đang viêm mũi họng, chảy mủ tai.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng, được đào tạo sâu về phẫu thuật nội soi tai.

2. Phương tiện

- Ống nội soi cứng O^0
- Dao vi phẫu để rạch vạt da ống tai
- Bóc tách, que nhọn vi phẫu
- Panh và kéo vi phẫu
- Ống hút vi phẫu
- Thuốc gây tê

3. Người bệnh

- Người bệnh và người nhà người bệnh được giải thích rõ những tai biến có thể xảy ra trong và sau phẫu thuật.
- Làm các xét nghiệm thông thường

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định chung.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Tư thế người bệnh

Người bệnh nằm đầu nghiêng sang bên đối diện và đặt đầu sao cho mặt xương chũm nằm ngang để có thể thao tác dễ dàng. Sát khuẩn tai và vùng quanh tai mổ.

3.2. Vô cảm

Người bệnh được gây mê toàn thân. Ống tai ngoài được gây tê bằng dung dịch Xylocain % với khoảng 1 ml thuốc, tiêm ở vị trí 9 giờ cách khung nhĩ khoảng 5 mm đồng thời sử dụng loa soi tai khi tiêm để thuốc tê có thể khuếch tán đều trong ống tai và màng nhĩ. Không nên gây tê nhiều điểm trong ống tai để gây chảy máu và rách vạt da.

3.3. Kỹ thuật

- Trước tiên, lấy cân cơ thái dương qua đường sau tai hay đường ngang trên vành tai và làm khô. Tiếp theo, một tay giữ cố định ống nội soi 0 độ và tay kia thao tác theo các bước sau

- **Bước 1:** làm tươi rìa lỗ thủng phải được tiến hành hệ thống bằng cách sử dụng que nhọn lấy viền lỗ thủng. Bước này rất quan trọng vì nó loại bỏ vùng biểu bì của rìa lỗ thủng nối với lớp niêm mạc để giúp cho quá trình đóng lỗ thủng được nhanh chóng.

- **Bước 2:** bóc tách và nâng vạt da ống tai- màng nhĩ. Sử dụng dao tròn vi phẫu rạch da ống tai theo hình vòng cung cách vòng xơ 3 mm, Lý tưởng, đường rạch đi từ vị trí 12h -3h-6h

ở tai trái và 12h-9h-6h ở tai phải, Bóc tách da từ từ ra khỏi ống tai xương, sao cho tránh chảy máu nhiều và tránh rách vạt da. Bước này kết thúc khi vạt da được bóc tách sát vòng xơ.

- **Bước 3:** nâng vòng xơ và rạch niêm mạc tai giữa. Toàn bộ vạt da ống tai và màng nhĩ được nâng khỏi khung nhĩ.

- **Bước 4:** giải phóng vạt da ống tai- màng nhĩ khỏi cán búa bằng bóc tách nhọn, đôi khi cán búa dính vào ụ nhô,

- **Bước 5:** đặt mảnh vá theo kỹ thuật trong lớp xơ. Cân cơ thái dương với kích thước thích hợp được đưa vào ống tai. Với que nhọn, mảnh ghép được trượt vào trong hòm nhĩ dưới vạt da ống tai và màng nhĩ đã được nâng trước. Mảnh ghép được đặt dưới cán búa và sử dụng Gelaspon làm giá đỡ đặt trong hòm nhĩ. Đặt lại vạt da, chèn Gelaspon quanh bờ lỗ thủng và đặt mèche hoặc merocel ống tai.

VI – THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC SAU MỔ

- Đau sau mổ: thường đau mức độ vừa, có thể cho thuốc giảm đau trong khoảng 2- 3 ngày. Nếu đau dữ dội, phải đề phòng tụ máu hay nhiễm trùng.

- Kháng sinh dự phòng: đường tiêm hay đường uống với thời hạn 5 ngày.

- Thay băng trong 24 giờ: quan sát tình trạng vành tai và quanh tai phát hiện tụ máu và nhiễm khuẩn sớm.

- Rút mèche và cắt chỉ sau 7 ngày.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Tụ máu: cắt vài mũi chỉ, hút máu đọng, tiêm thuốc cầm máu và băng ép.

- Nhiễm khuẩn: nếu vết mổ sưng nề nên rửa sạch, dùng kháng sinh, chống viêm, chống phù nề.

- Sẹo phì đại: theo dõi và tiêm corticoid trong sẹo (2 hay 3 lần).

PHẪU THUẬT CẮT U BẠCH MẠCH ĐƯỜNG KÍNH BẰNG VÀ TRÊN 10CM

I. ĐẠI CƯƠNG

- U bạch mạch(*Lymphangioma*) là một dị tật bẩm sinh của mạch bạch huyết lành tính, có kích thước bằng và trên 10 cm.
- Thường gặp ở đầu mặt cổ hoặc chi thể của trẻ em.

II. CHỈ ĐỊNH

- U chèn ép đường thở, mạch máu, thần kinh vùng đầu mặt cổ
- Khối u to nhanh, gây đau, ảnh hưởng thẩm mỹ.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Bệnh lý phối hợp toàn thân nặng không cho phép phẫu thuật: Bệnh lý tim mạch, rối loạn đông máu, suy kiệt.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện quy trình kỹ thuật

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

2. Phương tiện

Bộ dụng cụ phẫu thuật thông thường.

3. Người bệnh

- Chuẩn bị đầy đủ hồ sơ bệnh án, xét nghiệm, giấy cam đoan mổ.
- Giải thích cho gia đình người bệnh về những khó khăn ca mổ sắp làm.

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định chung.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Vô cảm người bệnh

Gây tê vùng hoặc gây mê Nội khí quản.

3.2. Kỹ thuật

- **Bước 1:** Sát trùng vùng mổ bằng Betadin
- **Bước 2:** Phẫu thuật viên tiến hành phẫu tích cắt u theo từng lớp giải phẫu đến tận đáy của khối u. Cầm máu, đặt sonde dẫn lưu.
- **Bước 3:** Khâu đóng lại vết mổ theo đúng bình diện giải phẫu, băng ép vết mổ.

VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỔ

- Theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở, sonde dẫn lưu.
- Kháng sinh đường tiêm 10 - 14 ngày.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu vết mổ: Băng ép nếu máu không cầm phải mổ lại cầm máu.
- Nhiễm trùng vết mổ: Cắt chỉ cách quãng, tách dịch, thay băng hàng ngày.

PHẪU THUẬT CẮT U LÀNH PHẦN MỀM TRÊN 10 CM

I. ĐẠI CƯƠNG

U lành phần mềm bao gồm tổ chức u là mô bào sợi, u sợi bì, u dạng mỡ, u đại bào màng gân, u mỡ, u máu, u vỏ bao thần kinh(*bao Schwann*), u sợi thần kinh, u lành mạch lympho có kích thước trên 10 cm.

II. CHỈ ĐỊNH

U ảnh hưởng thẩm mỹ, gây đau hoặc to nhanh

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Bệnh lý phối hợp toàn thân nặng không cho phép phẫu thuật: Bệnh lý tim mạch, rối loạn đông máu, suy kiệt.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện quy trình kỹ thuật

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

2. Phương tiện

Bộ dụng cụ phẫu thuật thông thường

3. Người bệnh

Giải thích cho gia đình người bệnh và người bệnh về ca mổ sắp làm

4. Hồ sơ bệnh án

Chuẩn bị đầy đủ hồ sơ bệnh án, xét nghiệm, giấy cam đoan mổ

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Vô cảm người bệnh

Gây tê vùng hoặc gây tê tại chỗ

3.2. Kỹ thuật

- **Bước 1:** Sát trùng vùng mổ bằng Betadin
- **Bước 2:** Phẫu thuật viên tiến hành phẫu tích cắt u theo từng lớp giải phẫu đến tận đáy của khối u. Cầm máu, đặt lam hoặc sonde dẫn lưu.
- **Bước 3:** Khâu đóng lại vết mổ theo đúng bình diện giải phẫu, băng ép vết mổ.

VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỔ

- Theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở, sonde dẫn lưu.
- Kháng sinh đường tiêm 5 - 7 ngày.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Chảy máu vết mổ: Băng ép nếu máu không cầm phải mổ lại cầm máu.

Nhiễm trùng vết mổ: Cắt chỉ cách quãng, tách dịch, thay băng hàng ngày.

PHẪU THUẬT CẮT U BẠCH MẠCH ĐƯỜNG KÍNH DƯỚI 10 CM

I. ĐẠI CƯƠNG

- U bạch mạch (*Lymphangioma*) là một dị tật bẩm sinh của mạch bạch huyết lành tính, có kích thước nhỏ hơn 10 cm.

- Thường gặp ở đầu mặt cổ hoặc chi thể của trẻ em.

II. CHỈ ĐỊNH

- U chèn ép đường thở, mạch máu, thần kinh vùng đầu mặt cổ

- Khối u to nhanh, gây đau, ảnh hưởng thẩm mỹ.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Bệnh lý phối hợp toàn thân nặng không cho phép phẫu thuật: Bệnh lý tim mạch, rối loạn đông máu, suy kiệt.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện quy trình kỹ thuật

- Phẫu thuật viên Chấn thương Chỉnh hình.

- 1 PTV phụ mổ.

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ phẫu thuật thông thường.

3. Người bệnh

- Chuẩn bị đầy đủ hồ sơ bệnh án, xét nghiệm, giấy cam đoan mổ.

- Giải thích cho gia đình người bệnh về những khó khăn ca mổ sắp làm.

4. Hồ sơ bệnh án

Chuẩn bị đầy đủ hồ sơ bệnh án, xét nghiệm, giấy cam đoan mổ

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Vô cảm người bệnh

Gây tê vùng hoặc gây mê Nội khí quản.

3.2. Kỹ thuật

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

- **Bước 2:** Phẫu thuật viên tiến hành phẫu tích cắt u theo từng lớp giải phẫu đến tận đáy của khối u. Cầm máu, đặt sonde dẫn lưu.

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

VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỔ

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

- Kháng sinh đường tiêm 7 - 10 ngày.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu vết mổ: Băng ép nếu máu không cầm phải mổ lại cầm máu.

- Nhiễm trùng vết mổ: Cắt chỉ cách quãng, tách dịch, thay băng hàng ngày.

PHẪU THUẬT CẮT U LÀNH PHẦN MỀM DƯỚI 10 CM

I. ĐẠI CƯƠNG

U lành phần mềm bao gồm tổ chức u là mô bào sợi, u sợi bì, u dạng mỡ, u đại bào màng gân, u mỡ, u máu, u vỏ bao thần kinh (*bao Schwann*), u sợi thần kinh, u lành mạch lympho có kích thước dưới 10 cm.

II. CHỈ ĐỊNH

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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Bệnh lý phối hợp toàn thân nặng không cho phép phẫu thuật: Bệnh lý tim mạch, rối loạn đông máu, suy kiệt.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện quy trình kỹ thuật

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

2. Phương tiện

Bộ dụng cụ phẫu thuật thông thường

3. Người bệnh

- Chuẩn bị đầy đủ hồ sơ bệnh án, xét nghiệm, giấy cam đoan mổ
- Giải thích cho gia đình người bệnh và người bệnh về ca mổ sắp làm

4. Hồ sơ bệnh án

Chuẩn bị đầy đủ hồ sơ bệnh án, xét nghiệm, giấy cam đoan mổ

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Vô cảm người bệnh

Gây tê vùng hoặc gây tê tại chỗ

3.2. Kỹ thuật

- **Bước 1:** Sát trùng vùng mổ bằng Betadin
- **Bước 2:** Phẫu thuật viên tiến hành phẫu tích cắt u theo từng lớp giải phẫu đến tận đáy của khối u. Cầm máu và sát trùng lại vùng mổ.
- **Bước 3:** Khâu đóng lại vết mổ theo đúng bình diện giải phẫu, băng ép vết mổ.

VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỔ

- Theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở
- Kháng sinh đường tiêm 3 - 5 ngày

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu vết mổ: Băng ép nếu máu không cầm phải mổ lại cầm máu.
- Nhiễm trùng vết mổ: Cắt chỉ cách quãng, tách dịch, thay băng hàng ngày.

PHẪU THUẬT CẮT U MÁU KHU TRÚ ĐƯỜNG KÍNH DƯỚI 5 CM

I. ĐẠI CƯƠNG

- U máu là một bệnh lý mạch máu thường gặp ở trẻ em.
- Cần phân biệt U máu(*Hemangioma*) với Dị dạng mạch(*Vascular Malformation*). Để chẩn đoán đúng và điều trị thích hợp.

II. CHỈ ĐỊNH

- U chèn ép đường thở, mạch máu, thần kinh vùng đầu mặt cổ
- Điều trị nội khoa thất bại.
- U máu to nhanh.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- U máu đang thoái triển mờ dần.
- Điều trị nội khoa u máu nhỏ mờ dần.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện quy trình kỹ thuật

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

2. Phương tiện

Bộ dụng cụ phẫu thuật thông thường.

3. Người bệnh

- Chuẩn bị đầy đủ hồ sơ bệnh án, xét nghiệm, giấy cam đoan mổ.
- Giải thích cho gia đình người bệnh và người bệnh về ca mổ sắp làm.

4. Hồ sơ bệnh án

Chuẩn bị đầy đủ hồ sơ bệnh án, xét nghiệm, giấy cam đoan mổ

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Vô cảm người bệnh

Gây tê vùng hoặc gây mê Nội khí quản.

3.2. Kỹ thuật

- **Bước 1:** Sát trùng vùng mổ bằng Betadin
- **Bước 2:** Phẫu thuật viên tiến hành phẫu tích cắt u máu theo từng lớp giải phẫu đến tận đáy của khối u máu. Cầm máu và sát trùng lại vùng mổ.
- **Bước 3:** Khâu đóng lại vết mổ theo đúng bình diện giải phẫu, băng ép vết mổ.

VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỔ

- Theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở .
- Kháng sinh đường tiêm 3 - 5 ngày.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu vết mổ: Băng ép nếu máu không cầm phải mổ lại cầm máu.
- Nhiễm trùng vết mổ: Cắt chỉ cách quãng, tách dịch, thay băng hàng ngày.

PHẪU THUẬT CẮT U XƯƠNG SỤN LÀNH TÍNH

I. ĐẠI CƯƠNG

- U xương sụn là sự quá phát của xương và sụn ở các đầu xương, gần với sụn phát triển của xương.
- Hay gặp ở các xương dài, tuổi phát triển của trẻ em.

II. CHỈ ĐỊNH

- U to nhanh bất thường, gây đau.
- U to chèn ép thần kinh, mạch máu, hạn chế tầm vận động của khớp.
- Ảnh hưởng thẩm mỹ.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Bệnh lý phối hợp toàn thân nặng không cho phép phẫu thuật: Bệnh lý tim mạch, rối loạn đông máu, suy kiệt.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện quy trình kỹ thuật

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

2. Phương tiện

Bộ dụng cụ phẫu thuật xương thông thường.

3. Người bệnh

- Chuẩn bị đầy đủ hồ sơ bệnh án, xét nghiệm, giấy cam đoan mổ.
- Giải thích cho gia đình người bệnh về ca mổ sắp làm.

4. Hồ sơ bệnh án

Chuẩn bị đầy đủ hồ sơ bệnh án, xét nghiệm, giấy cam đoan mổ

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Vô cảm người bệnh

Gây tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc gây tê tủy sống.

3.2. Kỹ thuật

- **Bước 1:** Sát trùng vùng mổ bằng Betadin
- **Bước 2:** Phẫu thuật viên tiến hành rạch da, phẫu tích bóc lộ màng xương, u xương. Sau đó dùng búa đục cắt u đến tận đáy của khối u.
 - + Làm xét nghiệm giải phẫu bệnh.
 - + Cầm máu, Sát trùng lại vết mổ.
- **Bước 3:** Khâu đóng lại màng xương, vết mổ theo đúng bình diện giải phẫu, băng ép vết mổ.

VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỔ

- Theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở.
- Kháng sinh đường tiêm 7 - 10 ngày.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu vết mổ: Băng ép nếu máu không cầm phải mổ lại cầm máu.
- Nhiễm trùng vết mổ: Cắt chỉ cách quãng, tách dịch, thay băng hàng ngày.

LẤY BỎ TỔ CHỨC U ĐIỀU TRỊ U XƯƠNG

I. ĐẠI CƯƠNG

- U xương lành tính (U xương, u dạng xương, u xơ xương, u sụn, u sụn xương, u hủy cốt bào, nang xương đơn độc tuổi thiếu nhi, u huyết quản xương) có hình thái chung rất khác biệt với u xương ác tính:

- Không đau hoặc chỉ cảm thấy khó chịu hoặc đau nhẹ ở khu vực có u.
- Tốc độ phát triển chậm (sau nhiều năm mới có thể nhìn thấy sờ thấy)
- Ranh giới bờ rõ, bề mặt nhẵn, không xâm lấn vào tổ chức xung quanh.
- Da bề mặt khối u nhẵn không có tuần hoàn bàng hệ.
- Không có di bào và hạch gốc chi.
- Giải phẫu bệnh: tổ chức u gồm những tế bào bình thường, không có tế bào nhân quái nhân chia.

- XQ không có hình ảnh phá hủy xương.

II. CHỈ ĐỊNH

- U to nhanh bất thường, đau. (Dễ ung thư hóa)
- U to chèn ép thần kinh, mạch máu, hạn chế tầm vận động của khớp.
- Ảnh hưởng thẩm mỹ.
- Chẩn đoán phân biệt:
 - + Viêm xương tủy xương.
 - + Lao xương.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Bệnh lý phối hợp toàn thân nặng không cho phép phẫu thuật: Bệnh lý tim mạch, rối loạn đông máu, suy kiệt.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện quy trình

- Bác sỹ: Thăm khám người bệnh một cách toàn diện để chẩn đoán bệnh đồng thời cho các y lệnh về thuốc điều trị và các chỉ định cận lâm sàng phù hợp. Hoàn thành hồ sơ bệnh án.
- Điều dưỡng: hướng dẫn người bệnh và gia đình người bệnh thực hiện nội quy bệnh viện và khoa phòng. Thực hiện các y lệnh của bác sỹ.

2. Phương tiện

- Thuốc: kháng sinh, giảm đau.
- Dụng cụ phẫu thuật: dụng cụ về phẫu thuật xương, khoan xương, dẫn lưu...

3. Người bệnh

Phải giải thích rõ cho người bệnh và gia đình người bệnh tình trạng bệnh và nhưng khó khăn và thuận lợi trong và sau khi phẫu thuật, hướng điều trị sau phẫu thuật...

4. Hồ sơ bệnh án

Chuẩn bị đầy đủ hồ sơ bệnh án, xét nghiệm, giấy cam đoan mổ

VI. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ: thực hiện y lệnh, kiểm tra các xét nghiệm lâm sàng và cận lâm sàng.

2. Kiểm tra người bệnh.

3. Thực hiện kỹ thuật

Nguyên tắc điều trị trong u xương lành tính:

- Có thể cắt bỏ triệt để khối u.

- Chỉ định mổ tuyệt đối khi u phát triển to, chèn ép mạch máu, thần kinh hoặc ảnh hưởng nhiều đến thẩm mỹ và chức năng của người bệnh.

3.1. Vô cảm người bệnh

Gây tê đám rối thần kinh cánh tay, gây tê tủy sống hoặc gây mê toàn thân tùy theo vị trí khối u.

3.2. Kỹ thuật

- Bước 1: Sát trùng vùng mổ bằng Betadin
- Bước 2: Phẫu thuật viên tiến hành rạch da, phẫu tích bóc lộ màng xương, u xương. Sau đó dùng đục hoặc cưa cắt u đến tận đáy của khối u.
 - + Làm xét nghiệm giải phẫu bệnh.
 - + Cầm máu, Sát trùng lại vết mổ.
- Bước 3: Khâu đóng lại màng xương, vết mổ theo đúng bình diện giải phẫu, băng ép vết mổ.

VII. THEO DÕI

- Các chỉ số sinh tồn sau mổ.
- Tình trạng chi sau mổ: màu sắc, vận động, cảm giác...

VIII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Tai biến do gây mê.
- Tai biến do phẫu thuật: Chảy máu
 - + Băng ép.
 - + Phẫu thuật cầm máu.

CỔ ĐỊNH NGOÀI VI TRONG ĐIỀU TRỊ GỠY HỠ XƯƠNG ĐÙI

I. ĐẠI CƯƠNG

- Gãy xương hở là tình trạng gãy xương có sự phá vỡ lớp da và mô mềm dưới da, thông trực tiếp vào ổ gãy và ổ máu tụ quanh ổ gãy.

- Phân loại gãy hở theo Gustilo & Anderson

+ I: Năng lượng gây chấn thương thấp, tổn thương mô mềm ít, vết thương < 1 cm

+ II: Năng lượng gây chấn thương cao, rách da > 1 cm, vậy bẩn ít

+ IIIA: Năng lượng gây chấn thương cao, còn đủ mô mềm che phủ

+ IIIB: Năng lượng gây chấn thương cao, bóc tách mô mềm rộng lớn, không đủ mô mềm để che phủ, vậy bẩn nặng

+ IIIC: Tổn thương mạch máu cần được phẫu thuật sửa chữa

II. CHỈ ĐỊNH

- Chỉ định cố định ngoài trong điều trị gãy xương đùi hở

- Gãy hở nặng (Gustilo 2, 3^a, 3b, 3c)

- Gãy kín kèm tổn thương phần mềm nặng

- Gãy hở kèm mất xương

- Hội chứng chèn ép khoang sau mổ giải ép cân mạc khoang

- Phối hợp với kết hợp xương bên trong

- Kéo dài chi hoặc chuyển dịch một đoạn xương

- Gãy hở mà tổ chức phần mềm bị vậy bẩn nhiều

- Trật khớp hay gãy xương kèm trật khớp

- Gãy phức tạp quanh khớp

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Bệnh lý phối hợp toàn thân nặng không cho phép phẫu thuật: Bệnh lý tim mạch, rối loạn đông máu, suy kiệt.

IV. CHUẨN BỊ

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

2. Người thực hiện: Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình và hai người phụ

3. Phương tiện trang thiết bị: Bộ dụng cụ phẫu thuật chấn thương chung, khung cố định ngoài các loại

4. Hồ sơ bệnh án

Chuẩn bị đầy đủ hồ sơ bệnh án, xét nghiệm, giấy cam đoan mổ

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ: thực hiện y lệnh, kiểm tra các xét nghiệm lâm sàng và cận lâm sàng.

2. Kiểm tra người bệnh.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Tư thế

- Người bệnh nằm ngửa độn gối mông bên bệnh hoặc nằm nghiêng về bên chân lành
- Phẫu thuật viên đứng sao cho tay trái hướng về gốc chi người bệnh.
- Người phụ đứng đối diện.

3.2. Vô cảm: Tùy từng người bệnh có thể gây mê nội khí quản hoặc gây tê tủy sống

3.3. Các bước tiến hành

- Làm sạch ổ gãy, loại bỏ các thành phần vấy bẩn, ngăn ngừa hoặc làm giảm các biến chứng nhiễm trùng, tổn thương mô mềm thêm:

- + Lấy bỏ các mảnh xương vấy bẩn, không còn mạch máu nuôi
- + Bảo vệ các mô mềm còn dính vào mảnh xương
- + Giữ lại các mảnh xương chính
- + Bằng mọi giá, phải giữ lại các mảnh xương của mặt khớp
- + Tránh: khoảng chết, vết thương căng
- + Cắt lọc kỹ càng các tổ chức cơ độn dập, giữ lại cơ còn phản xạ, còn máu nuôi

dưỡng

- Đặt lại xương về giải phẫu
- Sử dụng khung cố định ngoài phải đạt được các yêu cầu
 - + Các đinh cách xa nhau
 - + Các thanh dọc nằm gần xương
 - + Đinh được dự ứng lực
 - + Số thanh dọc: hai tốt hơn một
 - + Phải bảo đảm đinh xuyên qua được vỏ xương đối diện:

. Đo chiều dài đinh bằng cảm giác chạm vỏ xương đối diện

. Nếu dùng loại đinh tự khoan, mũi đinh chỉ vừa thủng vỏ đối diện

. Dùng khoan đinh xuyên qua vỏ đối diện, mũi đinh chỉ vừa thủng vỏ đối diện

- Che phủ lại được các thành phần quan trọng như thần kinh, mạch máu, gân, xương còn sống.

VI. ĐIỀU TRỊ SAU PHẪU THUẬT

- Sử dụng kháng sinh toàn thân tùy thuộc tác nhân gây bệnh phổ biến
- Sau khi tháo khung cố định ngoài, nên cẩn thận bó bột hoặc mang nẹp bảo vệ thêm một thời gian.

VII. BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu do khoan vào mạch máu: Mở rộng vết thương tìm thương tổn xử trí theo thương tổn.

- Nhiễm trùng chân đinh: Chăm sóc chân đinh hàng ngày nếu có nguy cơ nhiễm trùng lan rộng có thể phải tháo dụng cụ sớm

PHẪU THUẬT KHX GÂY XƯƠNG ĐÓT BÀN VÀ ĐÓT NGÓN CHÂN

I. ĐẠI CƯƠNG

- Gãy đốt bàn chân hay gãy do chấn thương trực tiếp.
- Với cấu trúc 3 trụ chịu lực tại bàn chân nên cần xem xét kỹ thương tổn đưa ra phương pháp điều trị thích hợp.

II. CHỈ ĐỊNH

- Gãy đốt bàn di lệch.
- Gãy hở.
- Gãy cả 5 xương.
- Gãy kín có dấu hiệu chèn ép khoang

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Khi tình trạng phần mềm bàn chân chưa ổn định

IV. CHUẨN BỊ

1. **Người thực hiện:** Phẫu thuật viên chuyên ngành chấn thương chỉnh hình.
2. **Người bệnh:** Chuẩn bị tâm lý, hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính.
3. **Phương tiện:** Bộ dụng cụ KHX bàn chân
4. **Hồ sơ bệnh án**

Chuẩn bị đầy đủ hồ sơ bệnh án, xét nghiệm, giấy cam đoan mổ

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. **Kiểm tra hồ sơ:** thực hiện y lệnh, kiểm tra các xét nghiệm lâm sàng và cận lâm sàng.
2. **Kiểm tra người bệnh.**
3. **Thực hiện kỹ thuật**
 - 3.1. **Tư thế:** Người bệnh nằm ngửa, duỗi căng chân.
 - 3.2. **Vô cảm:** Tê tủy sống hoặc mê khí quản.
 - 3.3. **Kỹ thuật**
 - Garo gốc chi bằng garo hơi hoặc garo chun
 - Sát trùng chi chấn thương.
 - Rửa da mặt mu chân.
 - Đặt lại diện gãy.
 - KHX bằng K.Wire hoặc nẹp vis.
 - Làm sạch.
 - Đóng da.
 - Tháo garo.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi

- 3 ngày đầu sau mổ: Dấu hiệu sinh tồn, vận động cảm giác chi thể, tình trạng vết thương
- Những ngày sau: Tình trạng nhiễm trùng, rối loạn dinh dưỡng

2. Xử trí tai biến

- Chảy máu vết mổ: băng ép hoặc khâu tăng cường.
- Nhiễm trùng: phân biệt nhiễm trùng nông hay sâu để xử trí.
- Rối loạn dinh dưỡng: gác cao chân, chườm lạnh, thuốc chống phù nề.

PHẪU THUẬT CHỈNH BÀN CHÂN KHOÈO

I. ĐẠI CƯƠNG

Bàn chân khoèo bẩm sinh là một phức hợp các biến dạng phức tạp ở vùng cổ chân và bàn chân theo khoảng gian ba chiều gồm: Biến dạng thuồng và vẹo trong của nửa sau bàn chân, biến dạng khép ngửa của nửa trước bàn chân và biến dạng lõm gan chân.

II. CHỈ ĐỊNH

- Không có chỉ định bó bột
- Bảo tồn thất bại

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bàn chân đang nhiễm trùng
- Các bệnh toàn thân không đủ điều kiện phẫu thuật

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình, người phụ
- 2 PTV phụ mổ.

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

3. Phương tiện trang thiết bị: Bộ dụng cụ phẫu thuật xương thông thường

4. Hồ sơ bệnh án

Chuẩn bị đầy đủ hồ sơ bệnh án, xét nghiệm, giấy cam đoan mổ

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ: thực hiện y lệnh, kiểm tra các xét nghiệm lâm sàng và cận lâm sàng.

2. Kiểm tra người bệnh.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Vô cảm người bệnh: Băng tê tùy sống hoặc gây mê

3.2. Kỹ thuật

Bước 1: Sát khuẩn vùng mổ bằng Bêtađine hoặc cồn 70°

Bước 2: Can thiệp vào phần mềm: Kéo dài gân Achilles, giải phóng bao khớp chày sên và sên gót, kéo dài gân gấp ngón cái, cắt gân gấp các ngón, cắt cân gan chân, chuyển gân

Bước 3: Can thiệp vào phần xương: Nạo xương xốp ở xương sên, đục hình chêm cổ xương sên, đục hình chêm mắt cá ngoài và xương gót, đục hình chêm nền các đốt bàn, đục hình chêm qua khớp gót hộp và sên thuyền, đục xương chữa xoay xương chày

Bước 4: Sau đục xương cố định bằng đinh Kirschner, và bó bột trong vòng 4-6 tuần.

Bước 5: Khâu lại dây chằng bao khớp

Bước 6: Khâu vết mổ

VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỔ

- Theo dõi mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở, vận động, cảm giác, màu sắc ngón chân để phát hiện sớm các biến chứng sau mổ
- Hướng dẫn tập phục hồi chức năng sau mổ
- Kháng sinh đường tiêm 5 - 7 ngày

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu sau mổ: Băng ép cầm máu nếu không được phải mở lại cầm máu
- Nhiễm trùng: Tách chỉ vết mổ, thay băng hàng ngày, lấy dịch làm kháng sinh đồ, bù dịch và điện giải cho người bệnh
- Lở loét hoặc hồng bột: Bó lại bột
- Teo cơ cứng khớp: Hướng dẫn tập phục hồi chức năng

PHẪU THUẬT THÁO BỎ CÁC NGÓN CHÂN

I. ĐẠI CƯƠNG

- Là phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ ngón chân đến gốc ngón chân, cắt bỏ xương đốt bàn ngón chân, giữ lại hệ thống xương chêm.

- Trong trường hợp tháo bỏ toàn bộ xương bàn ngón chân, toàn bộ chức năng bàn ngón chân mất hết, cần giải thích kỹ người bệnh và gia đình trước khi tiến hành phẫu thuật.

II. CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý mạch máu chi: tắc mạch, loét do đái tháo đường.
- Cụt chân thương, dập nát các ngón không có khả năng bảo tồn.
- Bỏng làm hoại tử ngón.
- Nhiễm trùng làm hoại tử tổ chức các ngón.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Tổn thương dập nát, hoại tử cấp máu kém, xâm lấn đến khối xương chêm.

IV. CHUẨN BỊ

1. **Người thực hiện:** Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình, phụ phẫu thuật.
2. **Người bệnh:** Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh, hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính.
3. **Phương tiện:** Bộ dụng cụ phẫu thuật bàn tay.
4. **Hồ sơ bệnh án**

Chuẩn bị đầy đủ hồ sơ bệnh án, xét nghiệm, giấy cam đoan mổ

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. **Kiểm tra hồ sơ:** thực hiện y lệnh, kiểm tra các xét nghiệm lâm sàng và cận lâm sàng.

2. **Kiểm tra người bệnh.**

3. **Thực hiện kỹ thuật**

3.1. **Tư thế:** Người bệnh nằm ngửa, chân phẫu thuật để trên bàn phẫu thuật.

3.2. **Vô cảm:** tê gốc ngón, tê cụt, tê tủy sống hoặc gây mê.

3.3. **Kỹ thuật**

- Garo gốc ngón hoặc garo 1/3 dưới đùi bằng garo hơi hoặc garo chun.
- Sát trùng vùng mổ bằng betadine hoặc cồn 70 độ.
- Làm mòm cụt ngón.
- + Rạch da ngang nền đốt 1 các ngón.
- + Cắt bỏ hệ thống gân gấp, duỗi.
- + Cầm máu bó mạch 2 bên.
- + Khi bị cụt các ngón giữa thì cần tháo bỏ đốt bàn và khâu khếp 2 đốt bàn lân cận lại.
- + Bóc tách tạo hình vạt da mòm cụt.
- + Khâu vết mổ.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. **Theo dõi**

- Dấu hiệu sinh tồn, tình trạng băng vết mổ, vận động cảm giác đầu ngón không tổn thương.

- Hướng dẫn vận động, tập phục hồi chức năng sớm.

- Kháng sinh đường tiêm 3-5 ngày.

2. **Xử trí tai biến**

- Chảy máu mòm cụt: Băng ép nhẹ nhàng, không hết có thể khâu tăng cường vị trí mòm cụt.

- Nhiễm trùng: Thay băng hàng ngày, cắt chỉ khi tự dịch, nguy cơ nhiễm trùng sâu, lấy dịch cấy vi khuẩn làm kháng sinh đồ, thay kháng sinh khi có kháng sinh đồ.
- Hoại tử mủm cụt: Lộ xương cần cắt cao hơn hoặc chuyển vạt che xương.

PHẪU THUẬT CHUYỂN VẬT CHE PHỦ PHẦN MỀM CUỐNG MẠCH LIỀN

I. ĐẠI CƯƠNG

- Là phẫu thuật lấy một vật tổ chức bao gồm da-cân được nuôi dưỡng bằng nguồn mạch, xoay chuyển để điều trị khuyết hồng phần mềm ở chi

- Có nhiều dạng vật:
- Vật cơ
- Vật da cân
- Vật da cơ

II. CHỈ ĐỊNH

Khuyết hồng phần mềm vùng chi lân cận vật được chuyển

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Vết thương phần mềm còn viêm nhiễm
- Còn rối loạn dinh dưỡng như phù nề nhiều, nhiều nốt phỏng
- Lộ xương nhưng còn viêm nhiễm
- Có các bệnh toàn thân như đái tháo đường, tim mạch... cần điều trị ổn định trước khi tiến hành.

IV. CHUẨN BỊ

1. **Người bệnh:** Tâm lý cho người bệnh, hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính và các xét nghiệm.
2. **Người thực hiện:** Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình và hai người phụ
3. **Phương tiện trang thiết bị:** Bộ dụng cụ phẫu thuật chấn thương chung
4. **Hồ sơ bệnh án**

Chuẩn bị đầy đủ hồ sơ bệnh án, xét nghiệm, giấy cam đoan mổ

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. **Kiểm tra hồ sơ:** thực hiện y lệnh, kiểm tra các xét nghiệm lâm sàng và cận lâm sàng.

2. **Kiểm tra người bệnh.**

3. **Thực hiện kỹ thuật**

3.1. **Vô cảm:** Gây mê nội khí quản hoặc gây tê tủy sống

3.2. **Kỹ thuật bóc vật**

- Thiết kế vật
- + Đánh dấu vị trí lấy vật
- + Vẽ đảo da và trục của vật da,
- + Cuống vật là tổ chức cân mỡ chứa thần kinh và mạch máu
- + Chiều dài của vật da đo từ điểm xoay đến bờ xa nhất của tổn khuyết
- + Chiều dài của cuống vật: Đo từ điểm xoay tới bờ gần nhất của tổn khuyết.
- + Tư thế người bệnh
- + Garo hoặc không.

Thì 1: Xử trí thương tổn

+ Cắt lọc mép tổn thương, cắt lọc tổ chức hoại tử từ nông vào sâu đảm bảo không còn tổ chức hoại tử.

- + Rửa nhiều lần bằng oxy già, nước muối, Betadin.
- + Đục bạt bề mặt xương lộ nếu bị viêm.
- + Cầm máu kỹ tổn thương.

+ Kiểm tra lại vật đã thiết kế xem có phù hợp với thương tổn vừa cắt lọc không. Đắp gạc ẩm vào vùng thương tổn để chuyển sang thì bóc vật.

Thì 2: Bóc vật

+ Phẫu tích tìm TM và TK

+ Rạch da xung quanh đảo da đến hết lớp cân để lại phần nối với cuống vật. Khâu cố định lớp cân với lớp da xung quanh đảo da để không làm bóc tách giữa chúng gây tổn thương các mạch máu từ lớp cân lên nuôi da.

+ Phẫu tích cuống vật

+ Nâng vật từ trên xuống dưới với một đảo da cân và cuống vật thì chỉ có lớp mỡ dưới da và cân.

+ Tháo garo kiểm tra tình trạng tưới máu của vật, cầm máu kỹ, lựa chọn góc xoay vật để không làm xoắn vặn cuống vật.

+ Tạo đường hầm hoặc rạch da để đưa vật đến che phủ vùng khuyết hổng.

+ Khâu cố định vật vào vùng khuyết hổng, đặt dẫn lưu dưới vật (hoặc không).

+ Khâu 2 mép da dày nơi lấy cuống vật

+ Khâu khép bớt nơi cho vật, vá da mỏng hoặc ghép da Wolf- Krause nơi cho vật.

+ Băng ép nhẹ nhàng, để hở một phần vật da để theo dõi sát tình trạng tưới máu của vật, kịp thời phát hiện tình trạng chèn ép cuống vật để xử trí.

+ Đặt nẹp bột

VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỔ

- Điều trị kháng sinh 5-7 ngày

- Thuốc chống phù nề, chống đông

- Ghép da mỏng lên vật nếu vật sống tốt (thông thường sau 5-7 ngày)- Rút dẫn lưu sau 48h, thay băng hàng ngày, phát hiện các biến chứng chảy máu, nhiễm khuẩn

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Cắt đứt cuống vật: ngừng cuộc mổ thay bằng kỹ thuật khác ở cuộc mổ khác

- Chảy máu: Cần tìm nguyên nhân và xử trí theo nguyên nhân

Theo dõi vật; Nếu vật có màu hồng tươi chứng tỏ vật được tưới máu tốt, nếu vật có màu tím, phù nề là có cản trở máu tĩnh mạch, có thể cắt bớt chỉ để giảm sức căng của vật, nếu vật nhợt màu, khô, chứng tỏ vật được cấp máu kém, dễ hoại tử. Nếu vật hoại tử cần cắt lọc làm sạch và chọn kỹ thuật khác cho phù hợp

PHẪU THUẬT VIÊM XƯƠNG CẰNG CHÂN LẤY XƯƠNG CHẾT NẠO VIÊM DẪN LƯU

I. ĐẠI CƯƠNG

- Viêm tủy xương là người bệnh nhiễm trùng trong xương, nhiễm trùng có thể từ đường máu hoặc có thể do chấn thương lộ xương tiếp xúc với vi khuẩn
- Phẫu thuật để loại bỏ tổ chức hoại tử lấy bỏ phần xương chết

II. CHỈ ĐỊNH

- Viêm xương đường máu
- Viêm xương sau chấn thương thường gặp sau gãy xương hở, sau mổ kết hợp xương

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh mắc các bệnh lý về rối loạn đông máu có thể gây chảy máu không cầm

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình, người phụ
- 2 PTV phụ mổ.

2. Người bệnh

- Được giải thích về tình trạng bệnh tật, lợi ích, rủi ro và các biến chứng có thể xảy ra
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính và xét nghiệm

3. Phương tiện

Bộ dụng cụ kết hợp xương thông thường

4. Hồ sơ bệnh án

Chuẩn bị đầy đủ hồ sơ bệnh án, xét nghiệm, giấy cam đoan mổ

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ: thực hiện y lệnh, kiểm tra các xét nghiệm lâm sàng và cận lâm sàng.

2. Kiểm tra người bệnh.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Vô cảm

- Gây tê cùng cụt, tê tủy sống
- Gây mê nội khí quản

3.2. Kỹ thuật

- Bước 1: Sát trùng toàn bộ chi bằng Bêtaadin hoặc cồn 70° Bước 2: Ga rô cầm máu đối với những vị trí có thể được
- Bước 3: Lấy bỏ tổ chức hoại tử
- Bước 4: Tháo dụng cụ kết hợp xương nếu có
- Bước 5: Đục bỏ xương viêm, mở cửa sổ xương, bơm rửa ống tủy, lấy xương chết
- Bước 6: Tìm các đường dò để mổ lấy hết đường dò
- Bước 7: Nếu xương không vững cố định xương bằng khung cố định ngoài hoặc bột
- Bước 8: Dẫn lưu

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi

- Theo dõi mạch, huyết áp, nhiệt độ, dẫn lưu, vận động cảm giác chi thể... để phát hiện các biến chứng sau mổ
- Hướng dẫn tập phục hồi chức năng sau mổ

2. Tai biến và xử trí

- Chảy máu: Băng ép cầm máu nếu không được thì mổ lại cầm máu
- Nhiễm trùng: Thay kháng sinh, điều trị theo kháng sinh đồ, bù nước và điện giải cho người bệnh
- Xương không liền: Mổ lại khi hết nhiễm trùng
- Cal lệch: Mổ chỉnh trục khi hết nhiễm trùng

BỘT CRAVATE

I. ĐẠI CƯƠNG

- Bột Cravate là loại bột như dạng 1 khăn quàng cổ, người ta hay dùng vào mùa lạnh ở các nước phương Tây. Chính vì vậy, bột Cravate còn có tên là bột Phu - la.
- Bột Cravate được quấn quanh cổ, phủ sang 2 bên vai, phía trước che phủ thành ngực trước bao gồm xương ức ở giữa và cung trước của các xương sườn ở 2 bên. Ở trên, bột Cravate đỡ lấy cằm và 2 góc hàm, 2 bên đỡ xương chũm, mục đích làm cổ không xoay được, qua đó không gây tổn thương thêm cho cổ.
- Bột Cravate được sử dụng trong các trường hợp tổn thương nhẹ, ở các đốt sống cổ thấp.
- Bột Cravate hiện nay ít được sử dụng, nếu bị nhẹ thì dùng các loại nẹp chỉnh hình (Collier), nặng thì người ta chọn phương pháp điều trị là phẫu thuật.

II. CHỈ ĐỊNH

- Gãy hoặc chấn thương nhẹ, gãy vững các đốt sống cổ thấp (C6 - C7, vài trường hợp khác là C5).
- Các trường hợp nghi ngờ có tổn thương cột sống cổ nhưng chưa có điều kiện chụp xác định chính xác bằng cộng hưởng từ (MRI).
- Các trường hợp bất động tạm để vận chuyển lên tuyến trên.
- Bỏ bột tạm thời trong các trường hợp tổn thương cột sống cổ nhưng có chấn thương phối hợp, trong tình trạng toàn thân nặng chưa thể xử trí phẫu thuật hoặc chưa thể bỏ bột Minerve được.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Gãy nặng (di lệch, mất vững), hoặc trật cột sống.
- Gãy cột sống cổ cao.
- Người bệnh hôn mê.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Như trên đã nói, bột Cravate không bỏ cho người bệnh hôn mê, nên ta chỉ bỏ bột này cho người bệnh nhẹ, tỉnh táo, chính vì vậy, người thực hiện chỉ cần chuyên khoa xương: 3 người (1 chính, 2 trợ thủ).

2. Phương tiện

- Các phương tiện tối thiểu và cần thiết (tương tự như bỏ các loại bột khác): tất lốt Stockinette, bơm tiêm, dây truyền dịch, dịch truyền, nước ngâm bột, dụng cụ hồi sức...
- Ngoài ra cần 1 bàn bỏ bột đặc dụng. Bàn này ngoài phần để người bệnh nằm, còn có 1 bộ phận kê đầu (vùng gáy), bộ phận kê đầu là 1 bản kim loại hình cánh cung, bên dưới được liên kết với bàn để người bệnh nằm. Khoảng cách giữa bàn nằm và bộ phận kê đầu được để trống, nơi sẽ tiến hành việc bỏ bột được dễ dàng.
- Bột thạch cao: cần 6 - 8 cuộn cỡ 15 cm.

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 bỏ bột (chấn thương sọ não, chấn thương ngực, vỡ tạng đặc, vỡ tạng rỗng...).
- Được giải thích kỹ mục đích của thủ thuật, quá trình tiến hành làm thủ thuật, để người bệnh khỏi bị bất ngờ, động viên để họ yên tâm, hợp tác tốt với thầy thuốc. Với người bệnh, cần giải thích cho bố mẹ hoặc người thân.

- Được vệ sinh sạch sẽ vùng cổ, ngực, nách. Cởi bỏ hoàn toàn áo.

4. Hồ sơ

Cần ghi rõ ngày giờ bị tai nạn, ngày giờ bó bột, tình trạng thăm khám toàn thân, cách xử trí, những điều dặn dò và hẹn khám lại.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH BÓ BỘT CRAVATE.

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Người bệnh

- Nằm ngửa, cởi bỏ áo, vai trở xuống nằm trên bàn.
- Đầu vùng gáy kê trên bản kim loại hình cánh cung (khung đỡ) đã mô tả ở trên.
- 2 tay giang ngang trên giá đỡ.

3.2. Các bước tiến hành bó bột

- Quần giấy vệ sinh hoặc lông tất lót Stockinette toàn bộ gáy, cổ, 2 vai và thành trước ngực (lưu ý che kín vùng có tóc, để bột không dính vào tóc gây đau khi tháo bột).

- Trợ thủ 1 đứng bên cạnh đầu 2 tay giữ đầu người bệnh.
- Trợ thủ 2: ngâm bột, vớt bột, giúp việc.
- Kỹ thuật viên chính bó bột

+ Rải và đặt 1 nẹp bột to bản dài chừng 70 - 80 cm, đặt phần chính giữa của nẹp bột ở sau cổ, bắt chéo về phía trước ngực, gối chéo 2 đầu nẹp lên nhau.

+ Rải và đặt mỗi bên cạnh cổ 1 nẹp bột nhỏ, đặt nẹp bột từ sau xương chũm sang trên bờ vai và tận cùng ở khớp cùng đòn mỗi bên.

+ Quần bột quanh cổ và các nẹp bột. Rải bột hình Zích - Zắc tăng cường bột ở vùng dưới xương chũm, góc hàm và vùng trước ngực, quần bột đến đầu xoa vuốt đều cho bột liên kết tốt và nhẵn. Vùng trước ngực, bột rải từ 2 bờ vai chéo xuống tạo 1 mảng bột hình tam giác mà đáy ở trên tương ứng với 2 bờ vai, đỉnh tam giác ở mũi xương ức. Cắt sửa bột cho nhẵn, gọn và khỏi bị chèn ép vào các mạch xương (xương chũm, góc hàm, xương đòn) và phần mềm dưới cằm.

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Gần như bột Cravate không gây tai biến gì nặng nề, có chăng chỉ là bột quá ngắn, quá lỏng, bột sẽ không có tác dụng nữa, nếu bột quá lỏng hoặc ngắn, lấy bông hoặc gạc chèn thêm vào vùng xương chũm và dưới góc hàm, hoặc chèn thêm bìa cát 2 bên mang tai khi người bệnh nằm để cổ khỏi lắc đi lắc lại.

BỘT MINERVE

I. ĐẠI CƯƠNG

- Bột Minerve (còn gọi bột mũ phi công) là 1 loại bột ôm toàn bộ phần đầu (trừ khuôn mặt), cổ, và lồng ngực.
- Bột Minerve được sử dụng bất động gãy hoặc trật đốt sống cổ nói chung, không kể vị trí nào.
- Bột Minerve ngày nay rất ít được sử dụng, vì người bệnh phải mang nó rất nặng trong 1 thời gian dài gây ra rất nhiều phiền toái. Và lại, việc phẫu thuật cột sống hiện nay đã có rất nhiều tiến bộ, trở thành thường quy ở các bệnh viện và các trung tâm chấn thương chỉnh hình, ngay tại Việt nam chúng ta cũng vậy.

II. CHỈ ĐỊNH

- Gãy cột sống cổ ở mọi vị trí (gãy mỏm nha, trật mỏm nha, gãy hoặc trật đốt sống cổ từ C1 đến C7).
- Sau mổ chỉnh sửa bệnh vẹo cổ (torticolie) do xơ cứng cơ ức - đòn - chũm.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh hôn mê.
- Có chấn thương sọ não, chấn thương ngực, đa chấn thương.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện (4 người)

- Chuyên khoa xương: 3 (1 kỹ thuật viên chính có thể là bác sỹ hoặc kỹ thuật viên, 2 trợ thủ là kỹ thuật viên trong đó 1 phụ bó, 1 chạy ngoài giúp việc).
- Chuyên khoa gây mê hồi sức: 1 (ở đây không phải để gây mê mà để sẵn sàng hồi sức khi cần thiết, vì trong quá trình tiến hành thao tác bó bột có thể xảy ra sự cố như người bệnh bị ngừng thở, ngừng tim...).

2. Phương tiện

- Các dụng cụ thông thường tương tự như bó các loại bột khác: tất lót Stockinette, cồn tiêm, dụng cụ hồi sức, dịch truyền, nước ngâm bột...
- Bột thạch cao: 10 - 12 cuộn bột cỡ 15 cm. Trẻ em dùng cỡ nhỏ hơn, tùy tuổi.
- Cần 1 bàn bó bột đặc dụng. Bàn này ngoài phần để người bệnh nằm, còn có 1 bộ phận kê đầu (vùng gáy), bộ phận kê đầu là 1 bản kim loại hình cánh cung, bên dưới được liên kết với bàn để người bệnh nằm. Khoảng cách giữa bàn nằm và bộ phận kê đầu được để trống, nơi sẽ tiến hành việc bó bột được dễ dàng.
- Lưu ý: đây là trường hợp gãy cột sống cổ, nên rất hay xảy ra biến chứng ngừng thở ngừng tim đột ngột. Cần phải chuẩn bị đầy đủ thuốc và dụng cụ cấp cứu cần thiết thì việc xử trí mới kịp thời được.

3. Người bệnh

- Được thăm khám toàn diện, tránh bỏ sót tổn thương, nhất là những tổn thương lớn có thể gây tử vong trong quá trình nắn bó bột (chấn thương sọ não, chấn thương ngực, vỡ tạng đặc, vỡ tạng rỗng...). Vì người bệnh bó bột kín hoàn toàn lồng ngực, nên việc này đặc biệt quan trọng. Nếu cố bó bột bằng được, rất có thể xảy ra tai biến đáng tiếc.
- Được giải thích kỹ mục đích của thủ thuật, quá trình tiến hành làm thủ thuật, để người bệnh khỏi bị bất ngờ, động viên để họ yên tâm, hợp tác tốt với thầy thuốc. Với người bệnh, cần giải thích cho bố mẹ hoặc người thân.
- Được vệ sinh sạch sẽ vùng đầu, mặt, cổ, nách và lồng ngực một cách nhanh chóng nhưng nhẹ nhàng. Cởi bỏ hoàn toàn áo.
- Phải cạo trọc đầu để bột khít dính vào tóc, với người bệnh nữ để tóc dài ngoài bất lợi tóc bị dính vào bột, không cạo đầu tóc bồng nhùng còn gây rất nhiều khó khăn khi bó bột.

4. Hồ sơ

Cần ghi rõ ngày giờ bị tai nạn, ngày giờ bó bột, tình trạng thăm khám toàn thân, cách xử trí, những điều dặn dò và hẹn khám lại.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH BÓ BỘT MINERVE

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Người bệnh

- Nằm ngửa, tư thế như để bó bột Cravate: vai trở xuống nằm ngửa trên bàn, đầu kê trên khung đỡ (đai kim loại hình cánh cung đã mô tả ở bài bó bột Cravate).

- Cho cắn 1 cuộn băng nhỏ giữa 2 hàm răng, bó bột xong sẽ rút bỏ (nhằm bột không bị quá chặt, ăn uống trong quá trình mang bột sẽ thuận lợi hơn).

- 2 tay giang ngang, cố định trên giá đỡ.

3.2. Các bước tiến hành bó bột Minerve

- Bước 1: quấn giấy vệ sinh hoặc lòng tất lót Stockinette toàn bộ trán, phần vừa cao đầu, cổ và lồng ngực (chỉ chừa khuôn mặt và hở 2 tai). Chú ý quấn lót kỹ vùng tóc vừa cao, vì thời gian mang bột kéo dài hàng tháng, đến khi tháo bột thì tóc đã mọc dài, đâm dính vào bột, tháo bỏ bột sẽ gây đau.

- Bước 2: đặt các nẹp bột (tổng số 7 nẹp). Đây tuy là thì chỉ rải và đặt các nẹp bột, nhưng lại là 1 thì rất quan trọng.

+ 1 nẹp bột to bản như 1 đai bột vòng quanh lồng ngực, trên ngang mức 1/3 trên xương ức, dưới ngang mức bờ sườn (giữa mũi ức và rốn).

+ 1 nẹp bột tương tự nẹp bột để bó bột Cravate, dài chừng 70 - 80 cm, đặt phần chính giữa của nẹp bột ở sau cổ, bắt chéo về phía trước ngực, gối chéo 2 đầu nẹp, đè lên nẹp bột to bản vừa đặt ở trên.

+ 1 nẹp bột quấn vòng tròn qua trán, ngang ra sau vùng chẩm.

+ 1 nẹp bột dài phủ dọc từ giữa đỉnh đầu xuống qua trước 2 tai (như kiểu dây nón, dây mũ, nhưng to bản).

+ 1 nẹp đặt dọc chính giữa phía sau, từ đỉnh đầu, qua gáy để xuống lưng.

+ 2 nẹp vắt phủ qua 2 vai, như kiểu quai áo may-ô 3 lỗ vậy.

- Bước 3: quấn bột. Dùng bột to bản, quấn bột theo các nẹp bột và các mốc định hướng ban đầu (đầu, cổ, vai, ngực). Chú ý chừa 2 tai để người bệnh nghe, không bị phiền toái trong thời gian mang bột.

- Bước 4: lấy bỏ cuộn băng đặt ở miệng ra, sửa sang, lau sạch bột dính ở da, chỉnh trang lần cuối.

VI. THEO DÕI

- Nếu không liệt tủy: theo dõi điều trị ngoại trú.

- Nếu có liệt tủy: như trên đã nói, tổn thương tủy cổ là một tổn thương rất nặng, hay có biến chứng ngừng thở, ngừng tim và rối loạn trung tâm điều hòa thân nhiệt, người bệnh hay tử vong đột ngột, nên cần thiết phải cho điều trị nội trú, ít nhất trong một vài tuần đầu.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Khó thở: tháo ngay bột.

- Ngừng thở, ngừng tim: tháo bột càng nhanh càng tốt, đặt nội khí quản, mở khí quản để hô hấp hỗ trợ, hô hấp chỉ huy, bóp tim ngoài lồng ngực, chuyển ngay đến cơ sở cấp cứu.

- Nhiều khi người bệnh tử vong đột ngột, thầy thuốc biết trước, có chuẩn bị, có can thiệp nhưng cũng không đem lại kết quả.

NẤN CHỈNH HÌNH KIỂU GIAI ĐOẠN TRONG ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG VOLKMANN

I. ĐẠI CƯƠNG

- Volkmann là một hội chứng co rút các cơ gấp cẳng tay, biểu hiện trên lâm sàng là khi cổ tay để ở tư thế duỗi hoặc tư thế cơ năng thì các ngón của bàn tay co gấp lại như bàn tay khi, nếu để cổ tay gấp lại thì các ngón tay mới duỗi thẳng ra được.

- Nguyên nhân của hội chứng Volkmann là do hội chứng chèn ép khoang bán cấp ở khu trước cẳng tay gây ra. Sự thiếu máu bán cấp không đủ gây hoại tử tay, nhưng gây ra sự thiếu máu trường diễn, sự thiếu máu ấy đủ để làm xơ hóa các cơ gấp, làm cho các cơ này không còn độ chun giãn, đàn hồi nữa. Một nguyên nhân chủ quan có thể xảy ra: khi bó bột, thầy thuốc không tuân thủ nghiêm ngặt nguyên tắc bắt buộc được quy định từ lâu đời, đó là việc phải rạch dọc bột trong bó bột cấp cứu, gây ra hậu quả chèn ép bột.

- Điều trị hội chứng Volkmann cực kỳ gian nan, kể cả bằng phương pháp phẫu thuật (mở để giải phóng chỗ bám của các cơ gấp, đánh trượt chỗ bám của cơ xuống thấp nhằm làm chùng các cơ). Điều trị nắn chỉnh kiểu giai đoạn cũng có mang lại kết quả nhất định, nhưng lại tốn nhiều thời gian và công sức.

- Nắn bó bột kiểu giai đoạn là một kiểu bó bột để chỉnh sửa dần dần một tư thế xấu của chân hoặc tay (ở chân như nắn chỉnh hình tật chân khoèo bẩm sinh hoặc tật co gân Achilles... chẳng hạn).

II. CHỈ ĐỊNH

Tất cả các trường hợp Volkmann.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối, cần cân nhắc những trường hợp Volkmann đã quá lâu (hàng năm trở lên), vì kết quả nắn chỉnh hình thường không có kết quả, hoặc kết quả hạn chế.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

03 người chuyên khoa chấn thương chỉnh hình. Không phải gây mê nên không cần chuyên khoa gây mê hồi sức.

2. Phương tiện

- 1 bàn nắn thông thường.
- 1 đai vải to bản, đủ dài để cố định tay người bệnh vào bàn làm đối lực khi nắn.
- Thuốc gây mê hoặc gây tê.
- Bột thạch cao 3 - 4 cuộn khổ 10 cm.

3. Người bệnh

Như bài Bột Cẳng - bàn tay, nhưng cần giải thích cho người bệnh cũng như người nhà của họ về mục đích và quá trình nắn bó kiểu giai đoạn để điều trị hội chứng Volkmann là cả một quá trình lâu dài, nhưng kết quả thì không phải khi nào cũng được theo ý muốn; để người bệnh yên tâm, hợp tác tốt với thầy thuốc trong suốt quá trình điều trị.

4. Hồ sơ

Cần làm giấy cam kết chấp nhận thủ thuật có ký nhận của bố hoặc mẹ.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Người bệnh

- Nằm ngửa, cởi bỏ áo bên tay tổn thương, đai đối lực đặt ở trên khuỷu.
- Được nắn bằng tay cho mềm mại tất cả các khớp: cổ tay, liên đốt ngón tay.

3.2. Các bước tiến hành

3.2.1. Bó bột lần đầu: tương tự như bó bột Cẳng - bàn tay. Khác là:

- Trợ thủ 1: giữ 1 tay ở trước cổ tay, 1 tay giữ đầu của ngón 2 - 3 - 4 kéo thẳng, sao cho duỗi thẳng toàn bộ các khớp: bàn ngón, khớp liên đốt gần, khớp liên đốt xa. Trong lúc này, cổ tay người bệnh được duỗi tối đa nhất (tất nhiên cổ tay người bệnh lúc này duỗi chưa được nhiều).

- Kỹ thuật viên chính: bó bột (như bó bột Cẳng - bàn tay thông thường).

- Trợ thủ 2: ngâm bột, vót bột, chạy ngoài...

- Trong thời gian chờ bột khô, luôn luôn áp gan tay vào phần bột ở phía mu tay người bệnh, để làm duỗi thẳng các khớp của bàn tay, ngón tay.

- Một bột Cẳng - bàn tay để chữa hội chứng Volkmann, khi bó xong sẽ có hình chữ L (hay hình thước thợ, hình ke). Mục đích của chúng ta là sau những lần thay bột và nắn chỉnh, cổ tay người bệnh dần dần được duỗi ra thêm, nghĩa là góc được tạo ra bởi 2 cạnh của chữ L ấy càng lớn dần càng tốt. Với trường hợp Volkmann thể trung bình và nhẹ, sau vài tháng điều trị, góc ấy có thể bằng hoặc lớn hơn 180^0 , tương ứng với lâm sàng là người bệnh có thể duỗi được hết cổ tay và bàn tay.

3.2.2. Bó bột các lần sau: có 2 cách

- Ngày xưa, người ta hay dùng cách “cắt múi cam” để sửa góc. Nghĩa là, cứ 1 tuần lễ người ta lại dùng dao cắt xẻ bỏ đi 1 phần bột nhỏ ở mu cổ tay “cắt múi cam”. Sau khi “cắt múi cam”, bột ở sau cổ tay sẽ bị khuyết 1 phần nhỏ, bẻ cho gãy bột ở phía trước cổ tay, ép cho 2 mép của khuyết bột sát vào nhau, việc đó đồng nghĩa với việc nắn cho khớp cổ tay được duỗi ra thêm. Dùng bột quấn phủ bên ngoài cho chắc. Nhưng chỉ sau 1 vài lần chỉnh sửa kiểu “cắt múi cam” như trên, bột ở vùng cổ tay sẽ bị dày lên, cộm lên, trông rất xấu. Cách này ngày nay ít nơi còn sử dụng nữa.

- Ngày nay, cách người ta hay dùng, đó là thay bột.

+ Trong 1 - 2 tháng đầu, cứ mỗi tuần thay bột 1 lần, cách thay bột không có gì đặc biệt, chỉ lưu ý: trước khi bó lại bột cần nắn cho các khớp mềm mại, bó bột lần sau phải duỗi thêm cổ tay 1 chút so với lần trước, nắn chỉnh phải từ từ, kiên trì (tương tự như nắn chỉnh tật chân khoèo bẩm sinh).

+ Các tháng sau, có thể 2 tuần thay bột 1 lần cũng được.

+ Quá trình nắn chỉnh hội chứng Volkmann kiểu giai đoạn thường kéo dài trung bình 3 - 4 tháng. Có người chủ trương kéo dài quá trình điều trị lên hàng năm, nhưng điều kiện và lòng kiên nhẫn của con người thì có hạn.

VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỔ

- Theo dõi mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở, vận động, cảm giác, màu sắc ngón chân để phát hiện sớm các biến chứng sau mổ

- Hướng dẫn tập phục hồi chức năng sau mổ

- Kháng sinh đường tiêm 5 - 7 ngày

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu sau mổ: Băng ép cầm máu nếu không được phải mở lại cầm máu

- Nhiễm trùng: Tách chỉ vết mổ, thay băng hàng ngày, lấy dịch làm kháng sinh đồ, bù dịch và điện giải cho người bệnh

- Lở loét hoặc hồng bột: Bó lại bột

- Teo cơ cứng khớp: Hướng dẫn tập phục hồi chức năng

NẮN BÓ BỐT CHỈNH HÌNH CHÂN CHỮ O

I. ĐẠI CƯƠNG

- Tật chân chữ O, dân gian thường gọi là chân vòng kiềng (hoặc chân chữ “bát”), là một tật lệch trục của chân theo chiều trong - ngoài. Để người bệnh nằm trong tư thế gối duỗi, nếu chúng ta chụm 2 cổ chân người bệnh vào sát nhau thì 2 đầu gối ở xa nhau với nhiều mức độ khác nhau. Nếu không được điều trị sớm, đến tuổi lớn hoặc trưởng thành muốn sửa tật này bắt buộc phải mổ. Nếu không điều trị gì, sẽ để lại hậu quả rất xấu đến dáng đi và thẩm mỹ. Về lâu dài có thể ảnh hưởng tới chức năng các khớp lân cận.

- Có thể gặp tật này ở 1 chân hoặc ở cả 2 chân. Nhưng thường gặp là tật ở cả 2 chân, đây là trường hợp điển hình, tạo chữ O điển hình. Cũng có thể gặp trường hợp tật chân chữ O ở 2 chân nhưng với 2 mức độ khác nhau.

- Nguyên nhân hay gặp là do còi xương, nhưng cũng có thể gặp ở trẻ phát triển hoàn toàn bình thường. Bệnh không có tính di truyền, nhưng có tính gia đình và dịch tễ theo địa danh, chủng tộc.

- Trên lâm sàng còn gặp một kiểu “chân chữ O” khác: đó là hậu quả của gãy xương không được bất động tốt. Thực chất đây là trường hợp can lệch góc, góc này mở vào trong, nhưng thường thì có sự tự điều chỉnh rất tốt, ít khi phải nắn chỉnh hoặc phẫu thuật, trẻ càng nhỏ sự tự điều chỉnh càng tốt. Điều đó khác biệt cơ bản với tật chân chữ O bệnh lý. Với tật chân chữ O bệnh lý trục xương không thể tự điều chỉnh được mà trẻ càng lớn lên thì chân có thể càng biến dạng và lệch trục đi hơn.

- Tật chân chữ O phải nắn chỉnh hình hoặc mổ chỉnh hình khi góc mở quá 15^0 .

- Về vị trí, hay gặp cong ở cẳng chân, ở đùi ít bị và nếu có thì thường kín đáo. Nên việc nắn chỉnh người ta thường nắn chỉnh ở cẳng chân. Hiếm khi phải nắn chỉnh ở cả cẳng chân và ở đùi.

II. CHỈ ĐỊNH

- Xương phát triển bình thường.

- Tuổi: từ 24 - 36 tháng (tốt nhất là từ 24 - 30 tháng). Tuổi này chỉ có tính chất tương đối, nó còn phụ thuộc vào thể trạng cụ thể của từng người bệnh.

- Đủ điều kiện để gây mê.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Có bệnh rối loạn phát triển xương, bệnh ròn xương (bệnh xương thủy tinh).

- Có u tiêu xương ở nơi xương định nắn.

- Có bệnh viêm xương hoặc có vết thương nhiễm trùng ở chân định nắn chỉnh.

- Có bệnh toàn thân nặng (di chứng bại não, thiếu năng trí tuệ, bệnh về máu, suy dinh dưỡng nặng...).

- Đang có bệnh cấp tính (viêm đường hô hấp, nhiễm virus, tiêu chảy...).

- Tuổi nhỏ quá (dưới 18 tháng), hoặc tuổi lớn quá (trên 48 tháng).

- Vị trí định nắn chỉnh gần khớp (nếu nắn ở vị trí gần khớp, có thể không bẻ gãy được xương mà có thể làm bở khớp, đứt dây chằng bên trong của khớp).

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Kỹ thuật viên chấn thương chỉnh hình: 3 (kỹ thuật viên chính là bác sỹ hoặc kỹ thuật viên, 2 trợ thủ viên).

- Gây mê hồi sức: 2 (1 bác sỹ gây mê, 1 phụ mê). Vì nắn chỉnh bao giờ cũng phải gây mê, nên bắt buộc phải có chuyên khoa gây mê.

2. Phương tiện

- 1 bàn nắn thông thường.

- 1 độn gỗ để kê chân khi làm động tác nắn, độn gỗ này được bọc hoặc lót cho êm, tránh loét khi nắn.

- Bột thạch cao: 2 - 3 cuộn bột cỡ 15 cm, 1 - 2 cuộn bột cỡ 10 cm.

- Giấy vệ sinh, bông cuộn lót: 1 cuộn (cho 1 chân), dây rạch dọc, dao rạch dọc bột, nước ngâm bột.

- Các dụng cụ cho gây mê hồi sức, thuốc gây mê hồi sức (do bác sỹ gây mê hồi sức chuẩn bị).

3. Người bệnh

- Được thăm khám kỹ toàn thân, khai thác tiền sử bệnh, đặc biệt những bệnh đã nói trong phần chống chỉ định. Bác sỹ gây mê thăm khám kỹ tình trạng sức khỏe chung, tai mũi họng và các điều kiện gây mê khác. Cần bó bột chuẩn bị, ít nhất 2 tuần với mục đích cho trẻ làm quen với bột, khi nắn bó bột chúng đỡ quấy khóc.

- Được dặn nhịn ăn uống ít nhất 5 - 6 giờ, có người thân đi cùng (phải là cha hoặc mẹ, hoặc với trẻ không có cha mẹ thì phải có người đủ tư cách pháp nhân bảo hộ như cô bảo mẫu của trại mồ côi, lãnh đạo của cô nhi viện). Cần cân trọng lượng trẻ để tính lượng thuốc mê phù hợp.

- Cần giải thích kỹ cho cha mẹ người bệnh về mục đích và những việc sẽ tiến hành làm thủ thuật. (Thực tế cho thấy đã từng xảy ra thắc mắc, kiện cáo của người nhà người bệnh về việc thầy thuốc “bẻ gãy chân người bệnh” mà không giải thích cho họ hiểu rằng muốn nắn chỉnh tật chân chữ O thì phải làm như vậy).

- Phải làm tờ cam kết và chấp nhận những rủi ro có thể xảy ra (như cam kết chấp nhận phẫu thuật).

4. Hồ sơ

Cần làm giấy cam kết chấp nhận thủ thuật có ký nhận của bố hoặc mẹ.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH THỦ THUẬT

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Người bệnh

Chúng tôi không mô tả bó bột chuẩn bị, phần này xem bài Bột Đùi - cẳng bàn chân. Ở đây chúng tôi chỉ mô tả từ khi thực sự nắn chỉnh trở đi.

- Người bệnh nằm ngửa để gây mê, khi thuốc mê đã có hiệu lực, đặt người bệnh nằm nghiêng về phía chân định nắn. Vai người bệnh ở tư thế nửa nghiêng, nửa sấp cho trẻ được nằm trong tư thế vững để nắn.

- Cởi bỏ quần bên định nắn (nếu nắn chỉnh cả 2 chân thì cởi bỏ hoàn toàn quần). Vệ sinh chân trẻ sạch sẽ.

3.2. Các bước tiến hành

- Bước 1: Kê chân người bệnh lên độn gỗ, độn gỗ đặt vào vị trí định nắn ở mặt ngoài cẳng chân (thường nắn vào vị trí cong nhất của chân (thường thì vị trí này rơi vào chính giữa cẳng chân hoặc chỗ nối của 1/3 giữa và 1/3 trên cẳng chân). Nghĩa là, muốn nắn cho xương gãy ở chỗ nào thì kê độn gỗ ở chỗ đó.

- Bước 2: nắn. Người nắn chính đứng bên chân định nắn, đứng trên bục cao một chút để có lực hơn, 1 tay nắm vào mặt trong đầu trên cẳng chân, 1 tay nắm vào mặt trong đầu dưới cẳng chân, dùng độn gỗ kê ở dưới, ép mạnh xuống nhằm bẻ gãy 2 xương cẳng chân. Động tác nắn gãy xương nên dứt khoát, vì màng xương ở trẻ em rất dày nên không lo xương gãy bị di lệch nhiều, thường chỉ tạo gãy kiểu cành tươi mà thôi. Chú ý không đặt 2 tay ra quá vùng khớp, vì có thể nắn xương thì không gãy mà lại gây tổn thương dây chằng và bao khớp của trẻ như đã nói ở phần trên. Nếu nắn mà cảm thấy xương cứng khó gãy thì dừng lại, không nắn

bằng được, nếu cố nắn có thể gây tổn thương đáng tiếc cho xương và phần mềm. Trường hợp này có thể chuyển điều trị phẫu thuật sau.

- Bước 3: bó bột. Sau khi 2 xương cẳng chân đã được nắn gãy, lật người bệnh nằm ngửa để bó bột Đùi - cẳng - bàn chân rạch dọc. Nếu nắn 2 chân một lần, việc nắn và bó bột chân còn lại tương tự như nắn chân thứ nhất vừa mô tả (ở các viện hoặc trung tâm lớn, thường nắn chỉnh đồng thời cả 2 chân, với các cơ sở tuyến dưới nên nắn chỉnh từng chân một). Chụp kiểm tra sau khi bó bột (phim kiểm tra thường thấy xương mác bị bẻ cong ra ngoài nhiều hơn, rõ hơn xương chày). Sau 7 - 10 ngày, thay bột tròn, nếu cần thì sửa góc thêm, chủ yếu sửa góc dựa vào quan sát trực tiếp trực của chân trên lâm sàng là chính, phim chỉ có tác dụng tham khảo.

Thời gian bất động cả thấy từ 5 - 7 tuần (tùy theo tuổi người bệnh).

VI. THEO DÕI

Nên theo dõi nội trú, nhất là trường hợp nắn chỉnh 2 chân đồng thời, vì trẻ rất đau, quấy khóc nhiều.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Tai biến do nắn chỉnh ít gặp, có thể gặp nắn gãy xương ở vị trí không mong muốn, hoặc gây toác khớp (đứt dây chằng): cần chú ý kỹ thuật nắn mô tả ở trên. Nếu gãy vào vị trí gây hậu quả xấu thì mổ để xử trí theo tổn thương.

- Tai biến do gây mê: cần phát hiện sớm các dấu hiệu rối loạn nhịp thở, màu sắc môi và da, mạch, nôn mửa...để một mặt sơ cứu, một mặt báo bác sỹ gây mê hồi sức xử trí kịp thời.

- Nếu trẻ quấy khóc nhiều, nên nới rộng bột, kê cao chân, dùng thuốc giảm đau.

NĂN BÓ BỘT CHỈNH HÌNH CHÂN CHỮ X

I. ĐẠI CƯƠNG

- Tật chân chữ X đối ngược với tật chân chữ O cơ bản là về hình thái học. Với tật chân chữ X, khi người bệnh nằm ngửa và duỗi gối, nếu ta khép 2 chân vào nhau, để 2 đầu gối chạm sát vào nhau thì 2 cổ chân choãi ra 2 bên, không áp vào nhau được. Ở thể nặng, khi đi lại đôi khi khó khăn do 2 đầu gối va vào nhau.

- Giống như tật chân chữ O, tật chân chữ X cũng có thể gặp ở 1 chân hoặc 2 chân, với các mức độ nặng nhẹ khác nhau.

- Nguyên nhân không có gì rõ ràng, nhiều khi người ta cho rằng có thể do chấn thương từ tuổi sơ sinh, phần bên ngoài của sụn phát triển của đầu dưới xương đùi hoặc đầu trên xương chày bị dồn nén lại (gây hiện tượng dính sụn, còn gọi là hiện tượng épiphysiodèse sau gãy xương kiểu Salter-Harris tuýp V). Gãy xương kiểu này rất nặng nhưng lại kín đáo nên thường bỏ sót, chỉ phát hiện khi có để lại di chứng cong xương, chỉ có tính chất hồi cứu.

- Về vị trí, thường gặp chỗ cong nhất của xương là ở vùng gối (đầu dưới xương đùi hoặc đầu trên xương chày), nên chủ yếu điều trị bằng phẫu thuật. Việc nắn chỉnh hình ở vùng khớp khó thực hiện được, vì khi ta nắn gãy xương chưa chắc xương đã gãy, mà chỉ có thể làm bừa khớp, đứt dây chằng bên ngoài của khớp gối mà thôi. Cho nên chỉ định nắn chỉnh hình tật chân chữ X rất hạn chế.

- Nếu không được điều trị, về lâu dài ngoài ảnh hưởng thẩm mỹ, còn bị ảnh hưởng chức năng của các khớp lân cận.

II. CHỈ ĐỊNH

- Xương phát triển bình thường.

- Chân chữ X mà vị trí định nắn chỉnh ở xa khớp gối.

- Chân chữ X do chấn thương (can lệch góc ở thân xương đùi, xương cẳng chân).

- Có đủ điều kiện để gây mê.

- Tuổi: lứa tuổi mở rộng hơn so với nắn chỉnh chân chữ O, vì hầu hết là do can lệch góc, với loại này có thể nắn chỉnh ở mọi lứa tuổi. Tật chân chữ X không phải là do can lệch, chỉ định về tuổi giống như với chân chữ O.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Có bệnh lý rối loạn phát triển xương, bệnh ròn xương (xương thủy tinh)...

- Có u tiêu xương nơi định nắn (u nang, u xơ trong xương, sarcome...).

- Đang bị viêm xương hoặc có vết thương nhiễm trùng ở chân định nắn.

- Có bệnh lý toàn thân nặng (như với nắn chỉnh chân chữ O).

- Đang có bệnh cấp tính (như với nắn chỉnh chân chữ O).

- Vị trí định nắn chỉnh ở vùng khớp gối (đầu dưới xương đùi, đầu trên xương chày).

- Tuổi: với tật chân chữ X (giống như với chân chữ O), với chân chữ X do can lệch góc (có thể nắn chỉnh cho mọi lứa tuổi, nhưng với trường hợp can xương lệch góc sau 6 tuần thì không nắn mà nên chuyển mổ).

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: tương tự như nắn chỉnh hình chân chữ O

- Kỹ thuật viên chấn thương: 3 người, nếu bó bột Chậu - lưng - chân: 4 người.

- Chuyên khoa gây mê: 2 người (mọi trường hợp đều cần phải gây mê).

2. Phương tiện

2.1. Nếu nắn chỉnh ở xương cẳng chân: tương tự nắn chỉnh hình tật chân chữ O.

2.2. Nếu nắn chỉnh ở xương đùi

- Bột thạch cao: cần bó bột Chậu - lưng - chân. Tùy tuổi, hình thể người bệnh to hay nhỏ mà chuẩn bị bao nhiêu cuộn bột, kích cỡ bột...
- Bàn nắn: cần có bàn chỉnh hình (bàn Pelvie) để bó bột Chậu - lưng - chân.

3. Người bệnh

- Thăm khám kỹ toàn thân, đặc biệt là các bệnh rối loạn phát triển xương, các bệnh không thể tiến hành gây mê được.
- Cần bó bột chuẩn bị, ít nhất 2 tuần với mục đích cho trẻ làm quen với bột, khi nắn bó bột chúng đỡ quấy khóc.

Được dặn nhịn ăn uống ít nhất 5 - 6 giờ, có người thân đi cùng (phải là cha hoặc mẹ, hoặc với trẻ không có cha mẹ thì phải có người đủ tư cách pháp nhân bảo hộ như cô bảo mẫu của trại mồ côi, lãnh đạo của cô nhi viện). Cần cân trọng lượng trẻ để tính lượng thuốc mê phù hợp.

- Cần giải thích kỹ cho cha mẹ người bệnh về mục đích và những việc sẽ tiến hành làm thủ thuật. (Thực tế cho thấy đã từng xảy ra thắc mắc, kiện cáo của người nhà người bệnh về việc thầy thuốc “bẻ gãy chân người bệnh” mà không giải thích cho họ hiểu rằng muốn nắn chỉnh tật chân chữ X thì phải làm như vậy).

4. Hồ sơ

- Cần làm giấy cam kết chấp nhận thủ thuật có ký nhận của bố hoặc mẹ.
- Nếu trẻ không có bố mẹ (trẻ mồ côi ở các chùa hoặc nhà thờ nuôi dưỡng, cô nhi viện...) thì người bảo hộ hợp pháp ký.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH NẮN CHỈNH TẬT CHÂN CHỮ X

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Người bệnh

- Người bệnh nằm ngửa để gây mê, khi thuốc mê đã có hiệu lực, đặt người bệnh nằm nghiêng về phía chân định nắn. Vai người bệnh ở tư thế nửa nghiêng, nửa sấp cho trẻ được nằm trong tư thế vững để nắn.
- Cởi bỏ quần bên định nắn (nếu nắn chỉnh cả 2 chân thì cởi bỏ hoàn toàn quần). Vệ sinh chân trẻ sạch sẽ.

3.2. Các bước tiến hành nắn và bất động tật chân chữ X

3.2.1. Cách nắn: tương tự nắn chỉnh tật chân chữ O. Lưu ý những điểm khác là

- Khi nắn chỉnh ở xương cẳng chân: kê độn gỗ ở mặt trong cẳng chân. Kỹ thuật viên 1 tay đặt vào mặt ngoài đầu trên cẳng chân, 1 tay đặt vào mặt ngoài đầu dưới cẳng chân để nắn. Ở các bệnh viện lớn và các trung tâm lớn, có thể nắn chỉnh hình đồng thời cả 2 chân một lần như với chân chữ O. Bó bột cẳng bàn chân rạch dọc.
- Khi nắn chỉnh ở xương đùi: độn gỗ kê ở mặt trong đùi. Kỹ thuật viên: 1 tay đặt ở vùng mấu chuyển lớn xương đùi, 1 tay đặt ở mặt ngoài đầu dưới xương đùi để nắn. Với trường hợp này, khi nắn xong, phải đưa người bệnh lên bàn chỉnh hình để bó bột Chậu - lưng - chân - đùi (bó bột Chậu - lưng - chân bên nắn và bó thêm đùi bên không nắn). Nếu nắn chỉnh ở cả 2 đùi: đùi thứ 2 làm tương tự đùi thứ nhất, sau đó cũng đưa người bệnh lên bàn chỉnh hình để bó bột Chậu - lưng - chân 2 bên.

3.2.2. Bất động

3.2.2.1. Nắn ở xương đùi: bó bột Chậu - lưng - chân: gồm 2 thì

- Thì 1: Sau khi gây mê, cố định trẻ trên bàn chỉnh hình, để tiếp tục
- + Lồng tất lót Stockinette vùng sẽ bó bột, đặt dây rạch dọc mặt trước đùi - cẳng - bàn chân.

+ Đặt 1 nẹp bột to bản quanh bụng và khung chậu, đặt 2 nẹp bột tương tự song song nhau hoặc chéo nhau qua trước háng bên chân nắn chỉnh.

+ Quấn bột từ trên xuống dưới, từ dưới lên trên theo móc đã định, đến gối hoặc đến giữa cẳng chân. Quấn tăng cường bột vùng bụng, háng. Xoa cho mịn và đẹp. Đợi bột khô, đỡ người bệnh xuống bàn thường để bó nết bột ở thì 2.

- Thì 2: bó nết bột xuống hết cẳng - bàn chân, chú ý tăng cường bột chỗ nết bột của 2 thì để tránh lỏng bột. Rạch dọc bột từ bẹn trở xuống, lau chùi sạch bột dính ở ngón chân để theo dõi tình trạng dinh dưỡng của chân.

3.2.2.2. Nếu nắn chỉnh ở cẳng chân: bó bột Đùi - cẳng - bàn chân.

3.2.2.3. Thời gian bất động: tùy theo tuổi, trung bình từ 5 - 8 tuần.

Cả 2 vị trí nắn trên bó bột xong đều chụp kiểm tra. Sau 10 - 14 ngày lại chụp phim kiểm tra lần nữa, thay bột tròn, nếu cần thiết thì sửa thêm trực.

VI. THEO DÕI

- Nên theo dõi nội trú, nhất là trường hợp nắn chỉnh 2 chân đồng thời, vì trẻ rất đau, quấy khóc nhiều.

- Những ngày đầu nên cho trẻ uống (hoặc đặt hậu môn) thuốc giảm đau.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Tai biến do nắn chỉnh ít gặp, có thể gặp nắn gãy xương ở vị trí không mong muốn, hoặc gây toác khớp (đứt dây chằng): cần chú ý kỹ thuật nắn mô tả ở trên. Nếu gãy chẳng may vào vị trí gây hậu quả xấu thì mổ để xử trí theo tổn thương.

- Tai biến do gây mê: cần phát hiện sớm các dấu hiệu rối loạn nhịp thở, màu sắc môi và da, mạch, nôn mửa...để một mặt sơ cứu, một mặt báo bác sỹ gây mê hồi sức xử trí kịp thời.

- Trẻ quấy khóc nhiều: nói rộng bột. Với bột Đùi - cẳng - bàn chân: kê cao chân.

NẮN, BÓ BỘT TRẬT KHỚP VAI

I. ĐẠI CƯƠNG

- Khớp vai là 1 khớp chỏm (có chỏm khớp và ổ khớp), chỏm khớp thì to, ổ khớp lại nhỏ và nông nên khớp vai rất dễ bị trật (chiếm 50 - 60%, hay gặp nhất trong tất cả các loại trật khớp). Bao khớp và dây chằng rộng và yếu ở phía trước và phía trước trong, nên hay gặp trật khớp vai kiểu ra trước và vào trong.

- Người ta phân loại trật khớp vai ra nhiều loại, theo kiểu trật và theo thời gian đến sớm hay muộn. Về kiểu trật, hầu hết gặp kiểu trật ra trước và vào trong.

- Nguyên nhân thường là lực tác động gián tiếp (ngã chống tay).

- Nếu đến sớm việc nắn rất đơn giản và hiệu quả, nếu đến muộn (vài tuần trở lên) việc điều trị trở nên rất khó khăn, kể cả bằng điều trị bằng phẫu thuật.

II. CHỈ ĐỊNH NẮN BẢO TỒN TRẬT KHỚP VAI

- Trật khớp kín.

- Trật khớp vai đến sớm (3 tuần trở lại).

- Trật khớp vai đơn thuần (không có kèm gãy xương vùng vai).

- Trật khớp vai có kèm gãy xương vùng vai nhưng không di lệch, ít di lệch.

- Trật khớp vai kèm gãy xương vùng vai di lệch, có chỉ định mổ kết hợp xương nhưng chưa thể mổ được, hoặc người bệnh không đủ điều kiện mổ, không chấp nhận mổ... Trường hợp này cần phải nắn khớp vai vào đã, việc mổ xương tính sau (mổ kết hợp xương có chuẩn bị).

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Trật khớp hở chưa xử trí phẫu thuật.

- Trật khớp vai đến quá muộn (trên 01 tháng).

- Không phải chống chỉ định tuyệt đối, nhưng cần cân nhắc trong các trường hợp trật khớp vai kèm gãy các xương vùng vai có di lệch (gãy cổ xương cánh tay, gãy xương bả vai...).

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Chuyên khoa chấn thương: 3 người (1 chính, 2 trợ thủ viên). Nếu gây mê: thêm 2 chuyên khoa gây mê (1 gây mê, 1 phụ mê).

2. Phương tiện

- 01 bàn nắn thông thường (tốt nhất là bàn kiểu bàn mổ), bàn bằng chất liệu gì thì cũng đòi hỏi phải nặng, được cố định chắc chắn xuống sàn nhà, để khi kéo nắn bàn không bị trôi theo lực kéo. Bàn có 1 mẫu ngang để giữ đai đối lực khi kéo nắn.

- Bột thạch cao: cần 4 - 5 cuộn cỡ lớn (10 - 15 cm).

- Giấy vệ sinh hoặc lông tất lót Stockinette: 02 cuộn.

- Các dụng cụ cho gây tê hoặc gây mê: bơm tiêm, bông cồn 70⁰, nếu gây tê, thuốc tê 3 - 4 ống Lidocaine 1% (hoặc Xylocaine), pha loãng trong khoảng 10ml nước cất (hoặc huyết thanh mặn 0,9%).

- Nước ngâm bột: đủ để ngâm chìm các cuộn bột, không dùng nước đã dùng ngâm bột quá nhiều lần, nước quánh đặc sẽ khó ngâm đều trong bột. Mùa đông phải dùng nước ấm ngâm bột, vì trong quá trình bó bột, bột sẽ hấp thu 1 nhiệt lượng đáng kể; nếu dùng nước lạnh, người bệnh dễ bị cảm lạnh.

3. Người bệnh

- Được thăm khám toàn diện, tránh bỏ sót tổn thương, nhất là những tổn thương lớn có thể gây tử vong trong quá trình nắn bó bột.

- Được giải thích kỹ mục đích của thủ thuật, quá trình tiến hành làm thủ thuật, để người bệnh khỏi bị bất ngờ, động viên để họ yên tâm, hợp tác tốt với thầy thuốc. Với người bệnh, cần giải thích cho bố mẹ hoặc người thân.

- Được vệ sinh sạch sẽ vùng vai và nách, cởi hoặc cắt bỏ tay áo bên tay trật.

- Với người bệnh gây mê, cần nhịn ăn uống ít nhất 5 - 6 giờ, tránh nôn hoặc hiện tượng trào ngược (nước hoặc thức ăn từ dạ dày tràn sang đường thở gây tắc thở).

4. Hồ sơ

- Cần ghi rõ ngày giờ bị tai nạn, ngày giờ bó bột, tình trạng thăm khám toàn thân, hướng xử trí, những điều dặn dò và hẹn khám lại.

- Với người bệnh gây mê, cần có tờ cam kết chấp nhận thủ thuật.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH NẮN BÓ BỘT TRẬT KHỚP VAI

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Người bệnh: với người bệnh gây tê và gây mê cũng giống nhau.

- Tư thế người bệnh: nằm ngửa.

- Được giải thích kỹ mục đích và quá trình tiến hành thủ thuật để họ yên tâm, phối hợp tốt với thầy thuốc trong quá trình làm thủ thuật.

- Được vệ sinh sạch sẽ vùng vai bằng xà phòng, đặc biệt vùng nách.

- Cởi bỏ áo (trời lạnh nên phủ ấm ngực, chỉ để bộc lộ vai và tay bên tổn thương).

- Với người bệnh gây mê: cần nhịn ăn uống ít nhất 5 - 6 giờ, có tờ cam kết chấp nhận thủ thuật (tương tự cam kết chấp nhận phẫu thuật).

3.2. Các bước tiến hành nắn bó bột trật khớp vai

Trật khớp vai hầu hết là ra trước và vào trong. Kỹ thuật này chỉ nói cách nắn kiểu trật khớp vai ra trước và vào trong. Các kiểu trật khác có vỡ xương, nên thường phải mổ.

3.2.1 Nắn: Có rất nhiều cách nắn, tùy trường phái. Ở đây chúng tôi chỉ nói 2 phương pháp nắn hay dùng nhất:

3.2.1.1. Phương pháp Hypocrates (còn gọi là *phương pháp gót chân*): là một trong những phương pháp kinh điển nhất, đơn giản, an toàn, lại hiệu quả, là phương pháp đang được rất nhiều bệnh viện sử dụng. Mô tả:

- Người bệnh nằm ngửa trên ván cứng đặt dưới sàn hoặc trên bàn, người nắn ngồi hoặc đứng cùng bên tổn thương (ví dụ người bệnh bị trật khớp vai bên trái thì người nắn ở về bên trái người bệnh, người bệnh nằm trên sàn thì người nắn ngồi, người bệnh nằm trên bàn thì người nắn đứng). Người nắn cho gót chân cùng bên (ví dụ người bệnh trật khớp vai trái thì người nắn dùng gót chân trái) vào hõm nách người bệnh làm đối lực, 2 tay cầm cổ tay người bệnh kéo theo trục tay người bệnh, hơi dẹt (khoảng 20-25°). Kéo từ từ và mạnh dần khoảng 5-7 phút, dùng gót chân bẩy nhẹ chỏm xương cánh tay ra ngoài, từ từ xoay cánh tay ra ngoài và khép cánh tay lại, đồng thời rút gót chân ra. Lúc này sẽ có cảm giác nghe thấy tiếng “khục”, có thể cảm nhận được tiếng “khục” truyền vào tay người nắn, nếu người nắn có kinh nghiệm, thế là khớp đã được nắn xong. Nếu thấy còn khó khăn, xoay nhẹ cánh tay theo trục vài lần trong quá trình kéo nắn, khớp sẽ vào dễ hơn.

- Nếu có vỡ máu động lớn xương cánh tay kèm theo, chỉ cần nắn khớp, máu động lớn trong hầu hết các trường hợp sẽ tự vào theo (nhiều khi chụp phim kiểm tra, máu xương vào hoàn toàn, thậm chí có thể không trông thấy vết gãy).

- Sau khi nắn xong, đỡ người bệnh ngồi dậy (nếu người bệnh gãy tê), băng bất động tạm cánh tay và cẳng tay người bệnh vào thân người, khuỷu để 90^0 , chụp kiểm tra trước khi bó bột (hoặc bó bột xong mới cho chụp kiểm tra cũng được).

3.2.1.2. Phương pháp Kocher: người bệnh cũng nằm ngửa, nắn qua 4 thì

- **Thì 1:** Kéo thẳng cánh tay (tương tự cách nắn của Hyppocrates).
- **Thì 2:** Ép khuỷu và cánh tay vào thân người.
- **Thì 3:** Xoay cánh tay ra ngoài (có thể gấp khuỷu và đưa cổ tay ra ngoài để xoay ngoài cánh tay dễ hơn).
- **Thì 4:** Đưa cánh tay lên trên và vào trong (có thể lúc này bàn tay người bệnh sờ được vào tai bên đối diện).

Phương pháp này không nên dùng khi trật khớp lần đầu vì có thể gây tổn thương phần mềm, tuy nắn cách này đỡ tốn nhiều lực nhưng dễ gây gãy xương do lực đòn bẩy. Thường nắn trong trật khớp vai tái diễn với kiểu trật vai ra trước và vào trong. Vì có thể xảy ra tai biến, nên người ít kinh nghiệm không nên áp dụng phương pháp này.

3.2.2. Bất động: thời gian bất động trung bình là 3 tuần.

- Với người trẻ, khỏe: bó bột Desault, với 2 tình huống gãy tê và gãy mê.

VI. THEO DÕI (thường là theo dõi ngoại trú)

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Gần như hiếm gặp tai biến, nếu có thì cũng chủ yếu là tai biến của gãy mê.

NẮN, BÓ GỠ XƯƠNG ĐÒN

I. ĐẠI CƯƠNG

- Xương đòn là 1 xương dài nằm ngang, hơi chếch ở phía trước trên thành ngực 2 bên. Đầu trong bắt khớp với xương ức bởi khớp ức - đòn, đầu ngoài bắt khớp với mỏm cùng của xương bả vai bởi khớp cùng - đòn. Ở 1/3 trong có 1 trong 2 bó của cơ ức - đòn - chũm bám, nên khi xương đòn gãy, đoạn gãy phía trong thường bị kéo lệch lên trên, gây khó khăn trong việc nắn chỉnh.

- Gãy xương đòn là một trong những chấn thương hay gặp nhất, gãy xương đòn thường dễ liền, nên chủ yếu được điều trị bảo tồn.

- Cơ chế chấn thương có thể do lực tác động trực tiếp, có thể còn do ngã chống tay khi duỗi tay. Tỷ lệ khớp giả sau điều trị bảo tồn là 0,1% - 7,0%. Khi điều trị bảo tồn, mặc dù ổ gãy di lệch thường không được nắn chỉnh và cố định trong tư thế hoàn hảo nhưng kết quả về chức năng thì rất tốt và hoàn toàn có thể chấp nhận được về mặt thẩm mỹ.

II. CHỈ ĐỊNH

Tất cả các trường hợp gãy kín xương đòn mà không kèm theo tổn thương mạch máu và thần kinh.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Gãy hở xương đòn.
- Gãy xương đòn có tổn thương mạch máu.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Chuyên khoa chấn thương: 02 người.

2. Phương tiện: không có phương tiện gì đặc biệt.

- Bàn nắn thường hoặc chỉ cần một chiếc ghế để người bệnh ngồi.
- Thuốc tê: 1 ống Xylocaine (hoặc Lidocaine) 1%, pha loãng trong 5 ml nước cất hoặc dung dịch huyết thanh mặn Natriclorua 0,9%, tiêm tại ổ gãy.
- Băng đai số 8 tùy theo kích thước người bệnh. Nơi không có băng đai số 8, hoặc băng đai không vừa cỡ, chuẩn bị 2 - 3 cuộn bột, cỡ 15 cm để bó bột số 8.

3. Người bệnh

- Được thăm khám toàn diện, tránh bỏ sót tổn thương.
- Được giải thích kỹ mục đích của thủ thuật.
- Được vệ sinh sạch sẽ vùng xương gãy, cởi áo hoàn toàn (cả áo lót).

4. Hồ sơ

Cần ghi rõ ngày giờ bị tai nạn, ngày giờ bó bột, tình trạng thăm khám toàn thân, hướng xử trí, những điều dặn dò và hẹn khám lại.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh.

3. Thực hiện kỹ thuật

Kỹ thuật nắn và bất động với băng số 8 theo cách của Watson - Jones:

3.1. Người bệnh

Được gây tê ổ gãy, ngồi trên một ghế tròn lưng ngay ngắn, hai vai ngang, hai tay chống mông sườn ưỡn ngực mắt nhìn thẳng, đầu ngay ngắn.

3.2. Người nắn

- Đứng sau người bệnh đầu gối tỳ giữa hai bả vai người bệnh, bàn chân đặt trên ghế, hai tay cầm chắc vào vùng vai kéo nắn từ từ dạng ra sau tối đa. Sau đó cố định tư thế này bằng băng đai số 8 (hoặc bó bột số 8, bó bột Desault, hiện nay 2 kiểu bó bột này ít còn sử dụng). Khi bó bột số 8 cần lưu ý:

+ Bó bột số 8 bao giờ phần bột gặp nhau hình dấu X cũng về phía sau lưng.

+ Mục đích của bó bột số 8 hoặc đeo băng đai số 8 là để làm căng giãn vai và ưỡn ngực ra cho xương đòn được kéo dài ra theo trục, chứ không phải mục đích cố định vững chắc xương, nên bó bột số 8 không cần phủ kín bột trùm lên trên ổ gãy. Nếu phủ kín bột lên ổ gãy chưa chắc giữ xương được vững hơn, mà có thể dễ gây loét da tại ổ gãy.

+ Vùng nách nên vẽ nhỏ lại để người bệnh khép nách được dễ dàng.

- Khi bó bột Desault cần lưu ý: đệm lót dày vùng xương gãy, vì trong gãy xương đòn, bao giờ cũng thế, không ít thì nhiều cũng có gồ xương, dễ gây loét.

3.3. Thời gian bất động với trẻ lớn, khoảng 3 - 4 tuần. Trong thời gian bất động

+ Hướng dẫn người bệnh tập vận động sớm khớp vai 2 bên, tập nhẹ nhàng và tăng dần, không đợi xương có can mới tập để bị cứng khớp vai.

+ Cứ 5 - 7 ngày, kiểm tra xem tình trạng của băng đai, nếu lỏng cho chỉnh lại cho vừa phải. Nếu phải chỉnh, nên chỉnh bên vai tổn thương trước, bên lành sau.

+ Hướng dẫn người bệnh khi cần thay áo, nên: cởi áo thì cởi bên tay lành trước, khi mặc áo thì mặc bên tay đau trước. Mặc áo vào bình thường, việc tập vai dễ dàng hơn là người bệnh trùm áo ra bên ngoài vai.

3.4. Với gãy xương đòn ở trẻ nhỏ dưới 5 tuổi

Không cần bất động gì cả xương đòn vẫn liền tốt và không để lại bất kỳ một di chứng nào. Nhiều khi dùng băng vải hoặc băng thun băng cho trẻ theo kiểu số 8 cũng được, nhưng không có tác dụng nhiều. Công việc băng bó ấy chỉ có tác dụng động viên, có tác động xua đi sự hoang mang lo lắng của cha mẹ hoặc thân nhân của trẻ là chính.

VI. THEO DÕI

Hầu hết gãy xương đòn theo dõi điều trị ngoại trú. Chỉ các trường hợp nặng, có nghi chấn thương ngực hoặc các tạng khác mới cần theo dõi nội trú.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Theo dõi thở, nếu khó thở cần chụp ngực ở tư thế đứng xem có bị tràn máu, tràn khí màng phổi không. Nếu có, chuyển mổ dẫn lưu màng phổi cấp cứu.

- Theo dõi mạch quay, cảm giác, vận động của các ngón tay để phát hiện tổn thương mạch máu, thần kinh hay do bột hoặc băng đai chặt, chèn ép bó mạch thần kinh ở vùng nách.

- Nếu tổn thương mạch máu: mổ cấp cứu để xử trí nối hoặc ghép mạch.

- Nếu tổn thương đám rối thần kinh cánh tay: chờ phục hồi sau 3 - 6 tháng.

- Nếu do băng đai chặt: nới băng đai, hướng dẫn người bệnh chống 2 tay để dạng 2 nách.

NẮN, BÓ BỘT TRẬT KHỚP KHUYU

I. ĐẠI CƯƠNG

- Khớp khuỷu được cấu tạo bởi 3 phần: khớp cánh tay - trụ, khớp cánh tay quay và khớp quay - trụ trên.
- Nối trật khớp khuỷu là khi trật khớp cánh tay - trụ và khớp cánh tay - quay, còn khớp quay - trụ trên hiếm khi bị tổn thương.
- Là loại trật khớp hay gặp (chỉ sau khớp vai), hay gặp ở tuổi lao động, do ngã chống tay trong tư thế khuỷu duỗi tối đa, cẳng tay ngửa. Có tác giả nói trật khớp khuỷu hay gặp ở trẻ em, nhưng ở Việt Nam rất hiếm gặp.
- Trong nhiều trường hợp, có gặp vỡ mòm trên ròng rọc (mòm trên lồi cầu trong) kèm theo, trong điều trị chỉ cần nắn khớp, mòm xương sẽ tự vào theo.
- Hầu hết gặp kiểu trật khớp khuỷu ra sau (hơn 90%).

II. CHỈ ĐỊNH

- Trật khớp kín, đến sớm (3 tuần trở lại).
- Trật khớp khuỷu đơn thuần.
- Trật khớp kèm gãy xương vùng khuỷu không lệch hoặc ít lệch.
- Trật khớp khuỷu kèm gãy xương di lệch, có chỉ định kết hợp xương, nhưng vì nguyên nhân nào đó không thể kết hợp xương được (tương tự như với trật khớp vai, khớp háng), hoặc vì lý do nào đó chưa mổ được, cần nắn khớp rồi chờ mổ kết hợp xương sau theo kế hoạch.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Trật khớp hở.
- Có tổn thương mạch, thần kinh, có hội chứng khoang.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Chuyên khoa chấn thương: 3 (1 kỹ thuật viên chính: là bác sỹ hoặc kỹ thuật viên, 2 trợ thủ viên).
- Chuyên khoa gây mê hồi sức với trường hợp người bệnh gây mê: 2 (1 bác sỹ gây mê, 1 phụ mê).

2. Phương tiện

- 1 bàn nắn thông thường (như kiểu bàn mổ, nếu nơi không có bàn kiểu này thì có thể dùng bàn sắt hoặc bàn gỗ, nhưng cần đảm bảo tiêu chí: nặng, cố định chắc xuống sàn nhà, có mẫu để móc đai đối lực).
- Bột thạch cao: cần 2 - 3 cuộn bột cỡ 15 cm, 3 - 4 cuộn cỡ 10 cm.
- Thuốc gây tê, mê và các dụng cụ kèm theo (nếu gây mê, bác sỹ gây mê sẽ chuẩn bị).
- Các dụng cụ khác: đai đối lực, bông băng, cồn sát trùng, dây rạch dọc, dao rạch dọc, nước ngâm bột...

3. Người bệnh

- Thăm khám kỹ tình trạng toàn thân: tri giác, mạch, huyết áp, thở, bụng, ngực...
- Được giải thích kỹ, động viên để họ yên tâm và phối hợp tốt với thầy thuốc trong quá trình làm thủ thuật. Với người bệnh, cần giải thích cho bố mẹ hoặc người thân.
- Cởi hoặc cắt bỏ áo bên tay tổn thương.
- Vệ sinh sạch sẽ vùng tổn thương bằng xà phòng.
- Với người bệnh gây mê, cần dặn nhịn ăn uống ít nhất 5 - 6 giờ.

4. Hồ sơ

- Ghi rõ ngày giờ bị tai nạn, ngày giờ bó bột, cách xử trí, dẫn dò, hẹn khám lại.
- Với người bệnh gây mê cần có giấy cam kết chấp nhận thủ thuật, trẻ em thì người nhà ký (cha hoặc mẹ, hoặc người bảo hộ hợp pháp).

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH NẮN VÀ BẮT ĐỘNG TRẬT KHỚP KHUYỬ

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh.

3. Thực hiện kỹ thuật

Vì trên 90% là trật khớp khuỷu ra sau nên chúng tôi chỉ mô tả cách nắn trật khớp khuỷu ra sau, còn trật khớp ra trước và trật khớp sang bên là những trường hợp tổn thương nặng, hoặc có gãy xương kèm theo, thường phải mổ.

3.1. Người bệnh

- Tư thế người bệnh: nằm ngửa, nách hơi dạng.
- Đai vải đối lực đặt ở nách, cột chặt vào bàn nắn.

3.2. Các bước tiến hành nắn bắt động trật khớp khuỷu

3.2.1. Vô cảm

- Trật khớp đến sớm 1 tuần trở lại: tê tại chỗ là đủ, dùng Lidocaine 1%, pha loãng trong 10 ml huyết thanh mặn 0,9% tiêm vào ổ khớp hoặc xung quanh ổ khớp, chờ 5 - 7 phút cho thuốc ngấm, bắt đầu kéo nắn.

- Trật khớp trên 1 tuần đến 3 tuần: gây mê toàn thân (do chuyên khoa gây mê hồi sức thực hiện), trật khớp khuỷu thường nắn nhanh đạt kết quả trong vài phút, nên dùng các loại thuốc gây mê tác dụng nhanh và thoát mê cũng nhanh.

Trường hợp không đủ điều kiện gây mê, có thể gây tê vùng (đám rối thần kinh cánh tay).

3.2.2. Nắn khớp

- Trợ thủ 2: đứng bên đối diện, đỡ cổ tay người bệnh, vẫn giữ cho khuỷu ở tư thế trật khớp (khuỷu nửa gấp nửa duỗi), khi trợ thủ 1 kéo nắn thì đưa nhẹ cổ tay lên phía trên để cho trợ thủ 1 kéo tay người bệnh thì khuỷu không bị duỗi ra gây tổn thương cho xương vùng khuỷu. Sau khi nắn vào khớp, trợ thủ 2 bỏ tay người bệnh, trở lại vai trò giúp việc (ngâm bột, đưa bột...). Luôn nhớ không được đưa tay lên cho khuỷu gấp lại 90^0 , làm như thế dễ gây tổn thương xương

khi kéo nắn khớp.

- Trợ thủ 1: là người kéo: đứng bên tay định nắn, 2 ngón cái đặt sau cẳng tay, các ngón tay còn lại đặt phía trước cẳng tay người bệnh, kéo nhẹ và tăng dần lực theo hướng của trục cánh tay (lúc này khuỷu vẫn đang để ở tư thế trật khớp, nửa gấp nửa duỗi), thời gian kéo từ 3 - 5 phút. Không cầm vào cổ tay để kéo.

- Người nắn chính: Dùng 2 ngón tay cái đẩy móm khuỷu ra trước, dùng các ngón tay còn lại đặt ở phía trước cánh tay làm đối lực. Cảm thấy tiếng “khục” là được. Với kỹ thuật viên có kinh nghiệm, người kéo có thể kiêm luôn người nắn: khi kéo, kéo bằng 2 tay, động tác như của trợ thủ 1, kéo đủ thời gian rồi thì từ từ bỏ 1 tay ra để thực hiện động tác nắn. Ngón tay cái đẩy móm khuỷu ra trước, 4 ngón còn lại giữ ở phía trước cánh tay làm đối lực. Khi thấy khớp đã vào, đưa khuỷu vào 90^0 . Thông thường với trật khớp đơn thuần, khớp vào vững, ít khi trật lại, có thể co duỗi thử, thấy khớp trơn tru là tốt. Có thể treo tay tạm tư thế khuỷu 90^0 cho đi chụp kiểm tra rồi về bó bột, hoặc bó bột Cánh - cẳng - bàn tay rạch dọc rồi mới cho đi chụp kiểm tra sau đều được.

- Với trật khớp kèm vỡ xương (thường gặp vỡ móm trên ròng rọc), chỉ cần nắn khớp, trong hầu hết các trường hợp móm xương tự vào theo với kết quả rất tốt.

- Nắn xong nên làm động tác co duỗi khớp khuỷu vài lần, nếu móm xương kẹt trong ổ khớp có thể tự trôi ra được. Trường hợp kẹt móm xương không ra được, phải chuyển mổ sớm, nếu bỏ sót sẽ ảnh hưởng rất xấu đến cơ năng khuỷu.

3.2.3. Bất động

- Với trật khớp vững, trật khớp đơn thuần: có thể làm nẹp bột hoặc bó bột Cánh - cẳng - bàn tay rạch dọc đều được. Cách bó bột Cánh - cẳng - bàn tay

+ Quấn giấy hoặc lông tất lót Stockinette vùng định bó bột, đặt dây rạch dọc phía trước tay.

+ Đặt nẹp bột phía sau cánh - cẳng - bàn tay.

+ Quấn bột từ trên xuống dưới, từ dưới lên trên theo kiểu xoáy tròn ốc, theo mốc đã định từ trước (từ dưới hõm nách đến khớp bàn - ngón), đủ độ dày thì thôi. Tư thế khuỷu để 90^0 .

+ Cắt sửa cho bột nhẵn và gọn, rạch dọc bột. Thời gian bất động: trung bình 3 tuần.

- Với trật khớp không vững, trật khớp có kèm vỡ xương: phải bó bột Cánh - cẳng - bàn tay rạch dọc.

- Thời gian bất động với loại trật không vững thường kéo dài hơn (3 - 4 tuần).

VI. THEO DÕI

Thường là theo dõi ngoại trú, những trường hợp sưng nề nhiều nên cho vào viện theo dõi nội trú để kịp thời phát hiện và xử trí các biến chứng có thể xảy ra.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ (thường ít xảy ra tai biến.)

Lưu ý các trật khớp có kèm đưng dập phần mềm nặng và trật khớp có kèm vỡ xương vùng khuỷu, đặc biệt gãy liên lồi cầu xương cánh tay (biến chứng mạch máu) và gãy đài quay (biến chứng thần kinh quay). Cần theo dõi sát, nếu phát hiện có tai biến, chuyển mổ kịp thời.

NẮN, BÓ BỘT GỠ CỔ XƯƠNG CÁNH TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

- Gãy cổ giải phẫu xương cánh tay có thể điều trị bảo tồn, còn gãy cổ phẫu thuật, vỡ chỏm xương cánh tay (gãy nội khớp) thì hầu hết phải mổ.

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

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

II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN

- Gãy xương kín. Gãy hở độ I theo Gustilo.
- Gãy xương trẻ em.
- Gãy di lệch ít dưới 1cm và gấp góc dưới 45^0 .

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Chuyên khoa xương: 3 (1 chính, 2 trợ thủ).
- Người bệnh có gây mê: 1 bác sỹ gây mê, 1 phụ mê.

2. Phương tiện

- Bàn nắn: 1 bàn nắn thông thường.
- 1 ghế đầu để người bệnh ngồi bó bột (khi không gây mê) và kê đầu bó bột (khi gây mê).
- 1 nẹp gỗ hoặc kim loại to bản, đủ dài, đủ cứng để kê lưng khi người bệnh gây mê phải nằm bó bột, bó xong thì rút bỏ.
- 1 gối mỏng đặt ở ngực, bó xong thì rút bỏ, để người bệnh dễ thở và không gây khó chịu khi mang bột.
- Bột thạch cao: 3 - 4 cuộn bột cỡ 15 cm, 3 - 4 cuộn bột cỡ 10 cm.

3. Người bệnh

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

4. Hồ sơ

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

V. CÁC BƯỚC TIỀN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Gãy xương kiểu dạng

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

3.2. Gãy xương kiểu khớp

- Người bệnh nằm ngửa, gây tê hoặc gây mê.
- Người phụ kéo thẳng theo trục cánh tay để sửa di lệch chông, dạng dần cánh tay ra. Người nắn chính dùng một bàn tay đặt mặt ngoài cơ Delta đẩy vào trong để sửa di lệch góc mở vào trong. Sau đó người phụ từ từ khép dần cánh tay lại và giảm dần lực kéo.

3.3. Bất động

Với người bệnh trẻ, khỏe: sau khi nắn xong cho bó bột Desault hoặc bột Bốt Ngực - vai - cánh tay (Thoraco). Thời gian bất động trung bình 3 - 4 tuần.

VI. THEO DÕI

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

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Tổn thương mạch máu: ít gặp, nếu có thì chuyển mổ cấp cứu.
- Tổn thương thần kinh: chờ tự phục hồi sau vài tuần đến vài tháng.
- Các trường hợp gây tê nắn thì không có gì đặc biệt, ít tai biến.
- Chú ý các trường hợp gây mê: người bệnh có thể xảy ra biến chứng ngừng thở, mà bột Desault, Bốt Ngực - vai - cánh tay (Thoraco) lại bao trùm toàn bộ lồng ngực, nên cần theo dõi sát sao, thời gian theo dõi hồi sức, hậu phẫu cũng cần lâu hơn để xử trí kịp thời các biến chứng của gây mê gây ra. Lúc này cần cắt phá bột khẩn cấp để việc thực hiện các biện pháp hô hấp hỗ trợ mới đạt kết quả tốt.

NẮN, BÓ BỘT GỠ TRÊN LỖI CẦU XƯƠNG CÁNH TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

- Đây là loại gãy phổ biến nhất ở trẻ em, thường do ngã chống tay.
- Đường gãy ngoài khớp, thường gãy duỗi, đầu dưới lệch ra sau, vào trong.
- Thăm khám mạch quay là quan trọng và bắt buộc trong tất cả các trường hợp gãy trên lồi cầu xương cánh tay. Nếu nghi ngờ tổn thương mạch phải cho nắn xương sớm, đặt nẹp bột tạm thời, cho làm siêu âm Doppler mạch kiểm tra, nếu có tổn thương chuyển mổ cấp cứu kết hợp xương, xử trí mạch máu theo thương tổn.
- Khám xem có dấu hiệu liệt thần kinh quay không, nếu có tổn thương biểu hiện bằng mất duỗi chủ động cổ tay và các ngón tay (dấu hiệu tay rù cổ cò).
- Khám thần kinh giữa: nếu tổn thương thì mất các động tác khép các ngón tay, mất động tác đối chiếu.
- X Quang
 - + Trên phim thẳng cho thấy đầu dưới di lệch vào trong và xoay nghiêng.
 - + Trên phim nghiêng cho ta thấy mức độ di lệch. Chia thành 4 độ gãy:
Độ 1 gãy không di lệch, độ 2 gãy di lệch dưới 50% thân xương, độ 3 gãy di lệch trên 50% thân xương, độ 4 di lệch hoàn toàn hai đầu gãy.
 - + Về vị trí di lệch của đầu dưới xương cánh tay so với phần xương còn lại, người ta còn chia ra kiểu di lệch ra sau hay ra trước, vì quyết định tư thế bó bột có tác động nhiều đến kết quả điều trị.

II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN

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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Trường hợp không gây mê: 3 người (1 kỹ thuật viên nắn chính, 2 kỹ thuật viên phụ, trong đó 1 phụ nắn, 1 chạy ngoài). Ở tuyến cơ sở, có thể là 3 kỹ thuật viên.
- Với trường hợp có gây mê: cần thêm 1 bác sĩ, 1 kỹ thuật viên gây mê.

2. Phương tiện

- 1 bàn nắn thông thường.
- Đai đối lực: bằng vải mềm, dai, to bản (như kiểu quai ba lô).
- Thuốc tê hoặc thuốc mê: số lượng tùy trọng lượng người bệnh. Kèm theo là dụng cụ gây tê, gây mê, hồi sức (bơm tiêm, cồn 70⁰, thuốc chống sốc, mặt nạ bóp bóng, đèn nội khí quản...).
- Bột thạch cao chuyên dụng: với bột Cánh - cẳng - bàn tay trẻ em thường cần 3 - 4 cuộn cỡ 10 cm là đủ (kể cả 1 phần trong đó dùng để rải thành nẹp bột tăng cường cho việc bó bột sau này).
- Giấy vệ sinh, bông cuộn: 1 cuộn, hoặc lòng tất lót Stockinette.
- Dây rạch dọc, dao rạch dọc (khi bó bột cấp cứu, khi tổn thương 7 ngày trở lại).

- Nước để ngâm bột: đủ về số lượng để ngâm chìm hẳn 2 - 3 cuộn bột. Lưu ý, mùa lạnh phải dùng nước ấm. Nước sử dụng ngâm bột phải được thay thường xuyên để đảm bảo vệ sinh và tránh hiện tượng nước có quá nhiều cặn bột ảnh hưởng đến chất lượng bột.

- 1 cuộn băng vải hoặc băng thun, để băng giữ ngoài bột.

3. Người bệnh

- Được thăm khám toàn diện, tránh bỏ sót tổn thương, nhất là những tổn thương lớn có thể gây tử vong trong quá trình nắn bó bột (chấn thương sọ não, chấn thương ngực, vỡ tạng đặc, vỡ tạng rỗng...).

- Được giải thích kỹ mục đích của thủ thuật, quá trình tiến hành làm thủ thuật, để người bệnh khỏi bị bất ngờ, động viên để họ yên tâm, hợp tác tốt với thầy thuốc. Với người bệnh, cần giải thích cho bố mẹ hoặc người thân.

- Được vệ sinh sạch sẽ vùng xương gãy, cởi hoặc cắt bỏ tay áo bên tay gãy.

- Với người bệnh gây mê, cần nhịn ăn uống ít nhất 5 - 6 giờ, tránh nôn hoặc hiện tượng trào ngược (nước hoặc thức ăn từ dạ dày tràn sang đường thở gây tắc thở).

4. Hồ sơ

- Cần ghi rõ ngày giờ bị tai nạn, ngày giờ bó bột, tình trạng thăm khám toàn thân, hướng xử trí, những điều dặn dò và hẹn khám lại.

- Với người bệnh gây mê, cần có tờ cam kết chấp nhận thủ thuật, với trẻ em cần cha mẹ ký

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH NẮN BÓ BỘT

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Các trường hợp gãy không lệch

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

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

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

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

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

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

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

3.3.1. Người bệnh

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

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

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

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

3.3.2. Nắn

- Với di lệch ra sau

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

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

- Với di lệch ra trước: nắn đơn giản hơn, chỉ riêng động tác kéo duỗi tay của trợ thủ cũng đã nắn được phần nào di lệch, người nắn chính nắn đẩy thêm cho đầu dưới xương cánh tay ra sau, rồi đỡ nhẹ nhàng để bó bột Cánh - cẳng - bàn tay tư thế khuỷu duỗi, rạch dọc.

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

- Với di lệch ra sau: bột tư thế khuỷu 90^0 . Sau 1 tuần chụp kiểm tra, thay bột tròn, thời gian bất động trung bình 4 - 5 tuần.

- Với di lệch ra trước: bột khuỷu tư thế duỗi $160 - 180^0$. Sau 1 tuần chụp kiểm tra, thay bột tròn vẫn duỗi khuỷu (nếu di lệch thứ phát thì nắn thêm), sau 3 tuần thay bột khuỷu 90^0 thêm 2 tuần nữa. Thời gian bất động 5 - 6 tuần.

VI. THEO DÕI

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

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

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

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

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

NẪN, BÓ BỘT GỠY POUTEAU- COLLES

I. ĐẠI CƯƠNG

- Gãy đầu dưới xương quay là loại gãy phổ biến nhất vùng cổ tay ở người lớn. Nguyên nhân thường do ngã chống tay. Hay gặp nhất là gãy kiểu Pouteau- Colles. Còn lại là gãy các kiểu khác: các loại gãy nội khớp, gãy mỏm trâm quay, gãy kèm gãy đầu dưới xương trụ hoặc gãy mỏm trâm trụ...

- Gãy Pouteau - Colles (hoặc Colles): là gãy đầu dưới xương quay, đường gãy cách khe khớp cổ tay 2,5 - 3 cm, là loại gãy ngoại khớp, có 2 kiểu di lệch điển hình là di lệch ra ngoài (tạo hình lưỡi lê) và di lệch ra sau (tạo hình đĩa).

- Trong một số ít trường hợp (khoảng 3%) đoạn gãy dưới có thể di lệch vào trong và ra trước (gãy Smiths, hoặc Goyrand).

II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN

- Gãy kín, gãy hở độ I theo Gustilo.
- Gãy đầu dưới xương quay ở trẻ em.
- Tất cả các trường hợp gãy kín đầu dưới xương quay đến sớm.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Gãy hở từ độ 2 trở lên theo Gustilo.
- Gãy xương kèm tổn thương mạch, thần kinh, hội chứng khoang bàn tay.
- Chống chỉ định tương đối: những trường hợp sung nề nhiều, nhiều nốt phỏng, biểu hiện của rối loạn dinh dưỡng. Các trường hợp này nên bất động tạm bằng các loại nẹp, cho gác cao tay, thuốc men..., chờ ít ngày tay bớt sung nề sẽ nắn bó bột thực thụ.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Chuyên khoa chấn thương: 3 người (1 chính và 2 phụ).
- Chuyên khoa gây mê hồi sức: 2 người (nếu người bệnh cần gây mê).

2. Phương tiện

- 1 bàn nắn thông thường.
- 1 đai vải to bản, đủ dài để cố định tay người bệnh vào bàn làm đối lực khi nắn.
- Thuốc gây mê hoặc gây tê.
- Bột thạch cao 3 - 4 cuộn khổ 10 cm.

3. Người bệnh

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

4. Hồ sơ

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Nắn chỉnh ổ gãy

3.1.1. Người bệnh

- Tư thế người bệnh: nằm ngửa trên bàn, dùng dây đai to bản cố định khuỷu tay vào máng ngang ở bàn nắn làm đối lực.

- Căng tay, bàn tay người bệnh để sấp (nếu gãy kiểu Pouteau - Colles và các di lệch ra sau).

- Gây tê tại chỗ hoặc gây mê tùy từng trường hợp cụ thể.

3.1.2. Các bước tiến hành: dựa vào sự di lệch trên phim XQ để nắn xương

Nắn gãy di lệch kiểu Pouteau – Colles

- Cố định khuỷu tay gấp 90^0 , sấp cổ bàn tay. Sau khi thuốc tê có hiệu lực:

- Người phụ 1: một tay nắm lấy ngón cái kéo theo trục của xương quay, tay kia nắm các ngón còn lại kéo theo hướng căng tay, kéo giãn chừng 3 - 5 phút.

- Người nắn chỉnh: nắn sửa di lệch ra sau bằng 2 cách chính:

+ Cách 1: dùng các ngón tay dài của 2 tay giữ phía trước căng tay và cổ tay người bệnh làm đối lực, dùng 2 ngón cái đẩy mạnh vào đầu dưới xương quay để sửa di lệch ra sau. Sau đó nắn nghiêng về phía trụ để sửa di lệch ra ngoài.

+ Cách 2: dùng 1 tay giữ ở phía trước căng tay và cổ tay làm đối lực, tay kia dùng cả cùi gan tay (cườm gan tay) đẩy mạnh vào đầu dưới xương quay để sửa di lệch ra sau. Nắn sửa di lệch ra ngoài tương tự như cách 1.

+ Cũng có thể nắn theo cách khác: vì gãy kiểu Pouteau - Colles, do 2 thành xương (thành sau của đoạn trên ổ gãy và thành trước của đoạn dưới ổ gãy) là các diện mặt phẳng tỷ lệ nhau, dễ nắn, nên nắn sửa di lệch trong - ngoài xong thì mới nắn sửa di lệch trước - sau. Ngoài ra, có thể nắn bằng cách: đưa đầu dưới gấp góc thêm, rồi dùng 2 ngón tay cái đẩy trượt cho 2 diện gãy gối vào nhau rồi đột ngột duỗi cổ tay ra, xương sẽ được nắn vào tốt.

3.2. Bật bột: bó bột Căng - bàn tay.

3.2.1. Các bước tiến hành bó bột

- **Bước 1:** Quần giấy vệ sinh hoặc lòng tất lót Stockinette, đặt 1 dây rạch dọc chính giữa mặt trước căng bàn tay. Không đặt dây rạch dọc sang 2 bên hoặc ra sau căng tay. Giấy, bông hoặc tất lót Stockinette bao giờ cũng làm dài hơn bột.

- **Bước 2:** Rải nẹp bột: lấy 1 trong số những cuộn bột đã được chuẩn bị, rải lên bàn, xếp đi xếp lại hình Zích - zắc khoảng 4 - 6 lớp, độ dài của nẹp được đo trước (từ mỏm khuỷu đến khớp bàn - ngón), cuộn hoặc gấp nhỏ lại, ngâm nhanh trong nước, vớt ra, bóp nhẹ cho ráo nước, gỡ ra và vuốt cho phẳng, đặt nẹp bột ra sau tay theo mức đã định, vuốt dọc nẹp bột vào sau căng bàn tay cho phẳng.

- **Bước 3:** Quần bột: quần vòng tròn quanh tay và nẹp bột đã đặt từ trước, quần đều tay theo kiểu xoay tròn ốc từ trên xuống dưới rồi từ dưới lên trên cho đến hết cuộn bột. Nếu thấy bột chưa đủ dày, vừa quần bột vừa thả tiếp 1 cuộn bột nữa vào chậu, lưu ý là nếu ngâm bột quá lâu hoặc quá vội mà vớt lên sớm đều không tốt. Thường thấy rằng, cuộn bột ngâm khi nào vừa hết sủi tăm là tốt. Bó bột nên lần đều tay, nhẹ nhàng, không tỳ ngón tay vào một vị trí của bột quá lâu dễ gây lõm bột, quần đến đâu vuốt và xoa đến đấy, độ kết dính sẽ tốt hơn, bột sẽ nhẵn và đẹp. Thấy bột đã đủ dày, xoa vuốt, chỉnh trang cho bột nhẵn, đều và đẹp. Cần bộc lộ mô cái để tập sớm (trừ 1 số trường hợp đặc biệt, bột ôm cả mô cái và đốt 1 ngón cái như khi gãy xương thuyền, xương bàn 1, đốt 1 ngón 1).

- **Bước 4:** Rạch dọc bột và băng giữ ngoài bột: có thể rạch bột từ trên xuống hoặc từ dưới lên. Một tay cầm đầu dây nâng cao vuông góc với mặt da, một tay rạch bột theo đường đi của dây, cẩn thận không làm đứt dây. Để dây không bị tuột, nên quặt đầu dây, quần qua ngón 2 hoặc ngón 3. rạch từ trên xuống và rạch từ dưới lên, đến khi 2 đường rạch gần gặp nhau thì túm cả 2 đầu dây lên để rạch nốt, khi cầm dây lên xem, dây còn nguyên vẹn thì chắc

chấn rãrng bột đã được rạch dọc hoàn toàn. Bãrng giữ ngoài bột. Cuối cùng, đừng quên lau chùi sạch các ngón tay để tiện theo dõi màu sắc ngón tay trong quá trình mang bột.

3.2.2. Thời gian bất động

Thời gian 04 -05 tuần. Trong thời gian bất động: sau 7 - 10 ngày cho chụp kiểm tra, thay bột tròn, nếu có di lệch thứ phát thì nấn sửa thêm.

VI. THEO DÕI

- Nhẹ thì theo dõi điều trị ngoại trú.
- Nặng hoặc gây di lệch, tay sưng nề thì cho vào viện theo dõi nội trú.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Hội chứng chèn ép khoang gan tay: ít gặp. Nếu có: mổ cấp cứu giải phóng thần kinh giữa và các thành phần khác trong ống cổ tay.
- Hội chứng Sudeck, rối loạn dinh dưỡng: điều trị phục hồi chức năng.
- Tai biến muộn: can lệch (tùy tuổi người bệnh, tùy cơ năng mà quyết định).

NẤN BÓ BỘT TRẬT KHỚP HÁNG

I. ĐẠI CƯƠNG

- Khớp háng cũng là 1 khớp chỏm (giống như khớp vai), là khớp lớn nhất cơ thể, ổ khớp rất sâu, được nhiều cơ che phủ nên trật khớp háng phải do 1 chấn thương rất nặng và khớp kiểu trung tâm.

- Tuổi hay gặp là thanh niên và trung niên (tuổi lao động), nam gặp nhiều hơn nữ (4/1). Điều này có thể lý giải bởi nam giới ở tuổi này thường phải làm những công việc nặng nhọc, vất vả hơn nữ giới. Đa số là gặp trật khớp kín.

- Nguyên nhân hay gặp ở phương Tây thường do người bệnh đang lái xe ô tô, xe bị dừng lại đột ngột, đùi đang khép, đầu gối bị dồn thúc vào phần cứng ở phía trước, lực mạnh truyền từ gối lên thân và chỏm xương đùi làm chỏm bị trật ra sau ổ cối. Ở ta, ngoài nguyên nhân trên, còn hay gặp khi ngã cao, hoặc các tai nạn lao động.

- Phân loại: Theo vị trí chỏm xương đùi trật ra ở đâu, người ta chia ra 5 kiểu trật:

+ Kiểu chậu: chỏm xương đùi ra sau, lên trên, và ra phía ngoài ổ cối. Lâm sàng thấy đùi khép và xoay trong.

+ Kiểu ngồi: chỏm xương đùi ra sau, xuống dưới, và ra phía ngoài ổ cối.

Lâm sàng đùi khép và xoay trong.

+ Kiểu mu: chỏm xương đùi ra trước ra trước, lên trên, vào phía trong ổ cối và có thể nhìn thấy rõ hoặc sờ thấy được ở vùng nếp bẹn. Lâm sàng thấy đùi dạng, xoay ngoài.

+ Kiểu bịt: chỏm xương đùi nằm ở trước hố bịt (ra trước, xuống dưới, và phía trong ổ cối). Lâm sàng thấy đùi dạng và xoay ngoài.

+ Kiểu trung tâm: chỏm xương đùi chui qua chỗ xương gãy ở ổ cối vào trong tiểu khung. Lâm sàng thường khó chẩn đoán, chỉ phát hiện qua phim Xquang.

II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN TRẬT KHỚP HÁNG

- Trật khớp kín. Trật khớp háng đến sớm (3 tuần trở lại).

- Trật khớp háng đơn thuần (không có gãy xương vùng háng kèm theo).

- Trật khớp háng có kèm gãy xương vùng háng nhưng ít di lệch.

- Trật khớp háng có kèm gãy xương vùng háng di lệch nhưng không đủ điều kiện mổ (bệnh toàn thân nặng, các trường hợp khó khăn về kinh tế hoặc người bệnh từ chối mổ).

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Trật khớp hở chưa xử trí phẫu thuật. Trật khớp háng đến muộn (sau 3 tuần).

- Có vỡ xương chậu nặng (gãy Malgaigne). Gãy đùi, cẳng chân cùng bên.

- Người bệnh có chấn thương nặng ở tạng khác, đa chấn thương, hôn mê, hoặc không đủ điều kiện gây mê.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: do nắn trật khớp háng bắt buộc phải gây mê, nên cần:

- Kỹ thuật viên xương bột: 3 - 4 người (1 chính, 2 - 3 trợ thủ viên).

- Chuyên khoa gây mê hồi sức: 2 người (1 bác sỹ gây mê, 1 phụ mê).

2. Phương tiện

- 1 ván cứng, nếu không có ván cứng, dùng bàn nắn thông thường. Nắn trên bàn cần 1 bàn nữa kê bên cạnh cho kỹ thuật viên quỳ nắn.

- 1 bàn chỉnh hình (Pelvie): để nắn trật khớp kiểu trung tâm và để bó bột Chậu - lưng - chân sau khi đã nắn xong.

- Bột thạch cao: tùy theo, nếu bó bột chống xoay (với trật khớp đơn thuần): 6 - 8 cuộn bột cỡ lớn 15 cm và vài cuộn bột cỡ 10 cm. Nếu bó bột Chậu lưng - chân (với trật khớp không

vững, trật khớp có kèm vỡ xương vùng khớp như vỡ ổ cối, vỡ chỏm xương đùi, vỡ mẫu chuyển lớn...): 15 cuộn bột cỡ 15 cm.

- Dụng cụ gây mê, thuốc gây mê (do bác sỹ gây mê chuẩn bị).
- 1 đai vải to bản làm đai số 8 để kéo nắn, thường lấy khăn mỡ hoặc toan mỡ lớn, xoắn lại và buộc chéo 2 góc đối đỉnh làm đai số 8.
- 1 đai vải nữa để buộc giữ khung chậu người bệnh vào cáng làm đối lực.
- Các dụng cụ khác để phục vụ bó bột (giấy vệ sinh, tất lót Stockinette, dây rạch dọc... như để bó các loại bột khác).

3. Người bệnh

Mọi trường hợp trật khớp háng người bệnh đều cần phải gây mê, nên cần dẫn người bệnh nhịn ăn uống ít nhất 5 - 6 giờ, và làm tờ cam kết, chấp nhận thủ thuật. Người bệnh được cởi bỏ quần (kể cả quần lót).

4. Hồ sơ

- Cần ghi rõ ngày giờ bị tai nạn, ngày giờ bó bột, tình trạng thăm khám toàn thân, hướng xử trí, những điều dặn dò và hẹn khám lại.
- Vì người bệnh gây mê để nắn, cần có tờ cam kết chấp nhận thủ thuật.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH NẮN, BẮT ĐỘNG TRẬT KHỚP HÁNG

Ở đây chúng tôi chỉ nói đến phương pháp Boehler, 1 trong những phương pháp kinh điển, dễ làm, an toàn, và cho đến hiện nay nhiều bệnh viện và trung tâm lớn vẫn đang áp dụng. Các phương pháp khác chỉ có ý nghĩa tham khảo.

1. Người bệnh

- Đặt nằm ngửa trên ván cứng trên sàn nhà. Tư thế háng gấp 90^0 , gối gấp 90^0 . Dùng 1 đai vải đối lực cố định chắc khung chậu vào cáng. Người bệnh được gây mê (việc tiền mê, gây mê, hồi sức do bác sỹ gây mê thực hiện).

2. Tiến hành nắn

- Người nắn quỳ cùng bên chân định nắn.
- Quàng 1 đai vải số 8 qua cổ người nắn, đầu kia đai số 8 qua khoeo người bệnh. Chỉnh đai số 8 sao cho vừa, dài quá đai bị trùng không có lực, ngắn quá người nắn sẽ phải cúi quá cũng không có lực (thường người nắn cúi khoảng 30^0 là vừa).
- Người nắn từ từ nâng cao cổ và lưng lên, đồng thời dùng 1 tay vít cổ chân người bệnh xuống làm lực đòn bẩy nhằm nâng gối của người bệnh lên cao dễ dàng hơn.
- Kéo từ từ, đủ lực, đủ thời gian (khoảng 5 - 7 phút), khớp sẽ vào, nghe tiếng “khục” là được. Nếu thấy khó khăn, sửa thêm tư thế (nếu trật ở tư thế khép thì cho chân dạng, nếu trật tư thế dạng thì cho chân khép, nếu trật ở tư thế xoay trong thì cho chân xoay ngoài và ngược lại). Nếu vẫn khó vào, dùng đầu gối của mình độn dưới khoeo người bệnh nâng lên (phối hợp với kiểu nắn của Kocher).

- Với người nắn khỏe lại có kinh nghiệm, đôi khi không cần dùng đai số 8, người nắn ngồi lên cổ chân người bệnh như kiểu trẻ em ngồi chơi bập bênh, dùng 1 cẳng tay hoặc 2 cẳng tay bắt chéo dưới khoeo người bệnh để kéo nắn, dùng luôn 2 tay ở dưới khoeo đưa gối người bệnh ra hay vào để sửa tư thế, tùy theo kiểu trật. Lưu ý: kéo nắn kiểu này có thể làm gãy xương cánh tay người nắn.

3. Bắt động

- Ngày xưa người ta hay buộc chéo chân với trật háng đơn thuần, nay phương pháp này không được áp dụng nữa, do tư thế này gây khó chịu cho người bệnh.
- Bó bột chống xoay (với trật khớp đơn thuần): bó bột Càng - bàn chân có que ngang, có thể bó lên đến giữa đùi, để gối không co lại được, sẽ gián tiếp làm háng không co lên, từ đó khớp háng khó trật ra.

- Bật Chậu - lưng - chân (với trật khớp kèm vỡ xương vùng háng, trật khớp háng kiểu trung tâm).

- **Thì 1:** sau khi người bệnh được gây mê.

+ Đặt người bệnh trên bàn chỉnh hình, lồng tất lót Stockinette toàn bộ vùng định bó bột.

+ Đặt 1 nẹp bột to bản vòng quanh bụng và khung chậu, 2 nẹp bột khác đặt chéo đi chéo lại (hoặc đặt song song, gối mép lên nhau) qua vùng háng đau.

+ Quấn bột từ trên xuống dưới, từ dưới lên trên theo các nẹp bột đã đặt, thành 1 bột Chậu - lưng - đùi. Đợi bột khô đỡ người bệnh xuống bàn thường để bó nốt thì 2.

- **Thì 2:** bó nốt bột ở cẳng - bàn chân: bó nối tiếp và gối đè lên phần bột đã bó ở thì 1. Lưu ý tăng cường bột chỗ nối 2 thì để bột khỏi long lỏng.

- Kéo liên tục với trật háng kiểu trung tâm.

4. Thời gian bất động

Ba tuần với trật đơn thuần, và 4 - 5 tuần với trật khớp kèm gãy xương.

VI. THEO DÕI

- Trật khớp háng đơn thuần: theo dõi ngoại trú.

- Trật khớp háng kèm gãy xương hoặc có tổn thương phối hợp: điều trị nội trú.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Chủ yếu tai biến do gây mê, đặc biệt khi người bệnh nằm sấp để nắn (nắn theo phương pháp Stimpson).

NẪN, BÓ BỘT GỠ MÂM CHÀY

I. ĐẠI CƯƠNG

- Gãy mâm chày là loại gãy xương nội khớp đầu trên xương chày.
- Là phần xương xóp nên gãy mâm chày sẽ chảy máu ổ gãy nhiều, gây sưng nề, rối loạn dinh dưỡng, có thể kèm theo các tai biến nguy hiểm như hội chứng khoang, tắc mạch.
- Là loại gãy xương dễ liền, ít khi thấy khớp giả.

II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN

- Gãy kín.
- Gãy mâm chày không di lệch hoặc di lệch ít (di lệch và lún dưới 5mm).
- Gãy có di lệch, có chỉ định mổ, nhưng vì một lý do nào đó không mổ được (có bệnh toàn thân nặng, không có điều kiện mổ, từ chối mổ).
- Với những trường hợp gãy nhiều mảnh phức tạp, phẫu thuật kết hợp xương khó khăn có thể điều trị bảo tồn.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không điều trị bảo tồn những trường hợp gãy hở.
- Gãy xương kèm tổn thương mạch máu, thần kinh, hội chứng khoang.
- Thận trọng: những trường hợp sưng nề, nốt phỏng nhiều nên kê chân cao trên khung (có thể kéo liên tục qua xương gót), chờ khi chân bớt nề sẽ bó bột.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Chuyên khoa chấn thương: 4 người (1 chính và 3 phụ).
- Chuyên khoa gây mê hồi sức: 2 (nếu người bệnh cần gây mê).

2. Phương tiện

- Bàn nắn:
 - + Trường hợp đơn giản, ít lệch: bàn nắn bình thường. Cần 1 đệm gỗ để kê dưới chân người bệnh khi bó bột.
 - + Trường hợp khó, phức tạp: bàn nắn chỉnh hình có hệ thống kéo và căng chỉnh (bàn Pelvie).
- Thuốc gây tê hoặc gây mê. Nếu gây tê: 2 - 3 ống Lidocaine (hoặc Xylocaine) 1% pha loãng trong 5-10 ml nước cất (hoặc huyết thanh mặn 0,9%).
- Nếu gây mê: do bác sỹ gây mê chuẩn bị và thực hiện.
- Bột thạch cao: 4 - 5 cuộn khổ 15 cm, 3 - 4 cuộn khổ 10 cm.
- Các dụng cụ phương tiện tối thiểu khác: tất lót Stockinette, bơm tiêm, dịch truyền, dây truyền dịch, dây và dao rạch dọc, côn tiêm, dụng cụ gây mê hồi sức, nước ngâm bột, băng vải (hoặc băng thun) để quấn ngoài bột...

3. Người bệnh

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

4. Hồ sơ

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH.

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Nắn chỉnh ổ gãy

- Tư thế người bệnh: Nằm ngửa trên bàn, tốt nhất là bàn chỉnh hình.
- Gây tê tại chỗ hoặc gây mê (nếu gây mê, do bác sỹ gây mê tiến hành).
- Sát trùng rộng vùng khớp gối, đi băng vô khuẩn hút máu tụ trong khớp gối.
- Kéo thẳng trục, giữ cho phần mềm quanh gối căng. Người nắn chỉnh dùng 2 tay đẩy ép mảnh gãy về vị trí.

3.2. *Bắt động*: Bó bột Đùi - cẳng - bàn chân rạch dọc.

3.2.1. *Bó bột trên bàn nắn thông thường*

- Bước 1: Quần lót chân bằng giấy vệ sinh, hoặc bông, hoặc lòng tất lót Stockinette. Vùng khớp gối và cổ chân cần độn lót dày hơn tránh đau và sự tỳ đè gây loét. Đặt dây rạch dọc trước đùi, gối, cẳng bàn chân (cho bột cấp cứu). Dây rạch dọc nên để dài một chút cả về 2 đầu, đầu trên lên quá nếp bẹn chừng 20-30cm, đầu dưới nên cài vào kẽ ngón 2-3, vòng quanh ngón 2 để dây khỏi tuột khi rạch bột.

- Bước 2: bó bột thì 1 (bó bột Cẳng - bàn chân): Dùng độn gỗ kê dưới khoeo người bệnh. Rải và đặt 1 nếp bột tăng cường ở phía sau cẳng, bàn chân để tiến hành bó bột Cẳng - bàn chân. Quần bột xuất phát điểm là từ cổ chân, quần từ dưới lên trên rồi từ trên xuống dưới theo kiểu xoáy tròn ốc, bó đến đầu xoa và vuốt đến đó cho bột kết dính tốt hơn, khi cảm thấy bột đủ độ dày thì được. Lưu ý 3 điểm:

+ Một là: vùng trước cổ chân cũng giống như vùng trước của khuỷu tay, nếu bó không khéo thì bột sẽ bị căng như 1 dây cung, vừa xấu bột, vừa không bắt động được tốt. Nên dùng bột cỡ nhỏ và nhiều khi dùng kéo cắt xẻ tà (cắt bán phần băng bột khi bó bột đến cổ chân), để xử trí hiện tượng căng bột, bột sẽ đẹp hơn.

+ Hai là: Nơi mép trên của bột bó thì 1, nên bó mỏng dần, nếu bó dày vuông thành sắc cạnh, khi bó bột thì 2 nối vào, bột dễ bị cộm hoặc dễ long lở, gãy bột.

+ Ba là: nên làm nhanh tay, vì bột bó 2 thì, nếu làm chậm, bột thì 1 đã khô cứng hẳn, sẽ khó kết dính tốt với bột bó ở thì 2.

- Bước 3: bó bột thì 2 (bó tiếp bột lên đùi): Bỏ độn gỗ, 1 trợ thủ viên cầm cổ chân kéo chéo chân người bệnh lên, 1 trợ thủ viên dùng 2 tay đỡ dưới đùi người bệnh và kỹ thuật viên chính tiến hành bó bột. Rải tiếp 1 nếp bột to bản, ngâm nhanh, vắt ráo nước và đặt phía sau đùi, đầu dưới nếp gối lên mép bột vừa bó ở thì 1. Dùng bột khô to quần đè lên 1 phần bột đã bó, cũng quần bột vòng tròn, xoáy tròn ốc từ dưới lên trên, rồi từ trên xuống dưới, đến khi thấy đủ độ dày thì thôi, theo mốc đã định từ ban đầu. Chú ý tăng cường chỗ bột nối 2 thì để bột khỏi bị long lở.

3.2.2. *Bó bột trên bàn chỉnh hình (Pelvie)*: vẫn bó 2 thì, nhưng khác là:

+Thì 1: bó ống bột trước, bột ở gần cổ chân cũng bó mỏng dần, để khi bó bột thì 2 nối vào, bột khỏi bị cộm, đẹp và không bị đau.

+Thì 2: Bó nối thêm bột ở cổ chân, bàn chân: sau khi bó xong ống bột, đỡ người bệnh khỏi bàn Pelvie, đặt nằm trên bàn thường, bó nối tiếp phần bột ở cổ, bàn chân. Nếu bột cấp cứu thì rạch dọc bột.

3.2.3. *Bột Đùi - cẳng - bàn chân que ngang*

- Để chống di lệch xoay, bằng cách bó đến cổ chân được 4 - 5 lớp thì đặt 1 que ngang dưới vùng gót (que ngang này đặt song song với mặt phẳng nằm ngang), bó tiếp bột ra ngoài, đến khi xong.

- Với gãy rạn mâm chày, có thể bó ống bột rạch dọc.

3.3. Thời gian bất động bột: với trẻ em tùy theo tuổi.

VI. THEO DÕI

- Những trường hợp nặng, nên cho vào viện theo dõi và điều trị nội trú.

- Gãy mâm chày là một loại gãy cần phải theo dõi chu đáo, để phát hiện sớm các biến chứng như: chèn ép bột, hội chứng khoang. Phải theo dõi hàng giờ tình trạng của chi.

- Cần kê chân cao, theo dõi sát cảm giác đau của người bệnh, vận động, cũng như màu sắc, nhiệt độ của ngón chân (giống như với gãy cẳng chân ở vị trí 1/3 trên).

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Với những trường hợp biến chứng mạch máu, hội chứng khoang cần phải siêu âm Doppler (hoặc chụp mạch), mổ cấp cứu để xử trí tổn thương.

- Chân sưng nề, rối loạn dinh dưỡng: nới bột rộng rãi, kê cao chân, thuốc chống sưng nề...

NẮN, BÓ BỘT GỠY CỔ XƯƠNG ĐÙI

I. ĐẠI CƯƠNG

- Gãy cổ xương đùi là loại gãy mà đường gãy nằm ở giữa chỏm xương đùi và khối máu chuyển.

- Là loại gãy nội khớp, do mạch máu nuôi dưỡng nghèo nàn nên gãy cổ xương đùi có tỉ lệ khớp giả hoặc tiêu chỏm xương đùi cao.

- Thường xảy ra ở người có tuổi, có khi chỉ sau một sang chấn nhẹ như ngã ngồi. Ở người trẻ, thường do một chấn thương nặng như tai nạn giao thông, ngã cao...

II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN

- Gãy cài, gãy cổ xương đùi ít lệch.

- Gãy cổ xương đùi trẻ em.

- Gãy cổ xương đùi di lệch nhưng kinh nghiệm phẫu thuật viên, điều kiện cơ sở y tế không đáp ứng an toàn cho phẫu thuật.

- Tình trạng người bệnh không đảm bảo cho phẫu thuật, nguy cơ do phẫu thuật và gây mê cao.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối đối với trẻ em.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Chuyên khoa xương: 4 - 5 người, ít nhất cũng là 4 (1 chính, 3 phụ).

- Nếu người bệnh cần gây mê: 1 hoặc 2 chuyên khoa gây mê.

2. Phương tiện

- Thuốc gây mê.

- Bàn nắn: bàn chỉnh hình Pelvie.

- Bột thạch cao: Trẻ em thì tùy tuổi và kích thước mà chuẩn bị bột, 15 cuộn bột khổ 15 cm, 3 - 4 cuộn bột khổ 10 cm.

3. Người bệnh

- Được thăm khám toàn diện, tránh bỏ sót tổn thương.

- Được giải thích kỹ mục đích của thủ thuật, quá trình tiến hành làm thủ thuật. Với người bệnh, cần giải thích cho bố mẹ hoặc người thân.

- Được vệ sinh sạch sẽ vùng xương gãy, cởi bỏ quần áo.

- Với người bệnh gây mê, cần nhịn ăn uống ít nhất 5 - 6 giờ, tránh nôn hoặc hiện tượng trào ngược.

4. Hồ sơ

- Cần ghi rõ ngày giờ bị tai nạn, ngày giờ bó bột, tình trạng thăm khám toàn thân, hướng xử trí, những điều dặn dò và hẹn khám lại.

- Với người bệnh gây mê, cần có tờ cam kết chấp nhận thủ thuật.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Nắn chỉnh ổ gãy

- Người bệnh nằm ngửa trên bàn chỉnh hình, có hai kỹ thuật nắn chỉnh:

- Leadbetter: Gấp háng 90^0 , xoay trong nhẹ, kéo thẳng đứng theo trục xương đùi. Sau đó vẫn giữ chân xoay trong đưa háng dạng và duỗi thẳng chân hạ xuống ngang mức mặt bàn. Cố định bàn chân vào giá đỡ trong tư thế dạng $15 - 20^0$, xoay trong 20^0 .

- Whitman: Trước hết để háng duỗi, kéo thẳng chân, sau đó xoay chân vào trong và dạng háng. Duỗi thẳng, cố định hai bàn chân vào giá đỡ. Xoay ngoài chân gầy, háng dạng 20^0 và kéo lấy lại chiều dài hơn bên chân lành một chút. Sau đó xoay trong $20 - 30^0$. Đánh giá trên phim X quang theo chỉ số Garden: trên phim thẳng: góc giữa trục trung tâm của bề xương hệ quạ ở chỏm và thành trong của thân xương đùi không nhỏ hơn 160^0 và không lớn hơn 180^0 . Trên phim nghiêng cổ xương đùi nghiêng trước hoặc nghiêng sau trong giới hạn 20^0 so với đường thẳng dọc cổ xương đùi.

3.2. Bất động

Với người bệnh trẻ, thể trạng tốt: bó bột Chậu - lưng - chân (có thể bó thêm đùi bên lành).

3.2.1. *Thì 1:* bó bột Chậu - lưng - đùi: (bó từ khung chậu đến gối).

- Người bệnh được đặt nằm trên bàn như đã mô tả ở trên, hai bàn chân được cố định chặt vào 2 đế giày của khung kéo. Với trẻ nam, nhớ vén biiu người bệnh lên để khi kéo nắn biiu không bị kẹt vào ống đối lực.

- Quay vô lăng để căng chỉnh, nắn xương gầy (xem phần nắn chỉnh ở trên). Chân bên lành cũng được căng chỉnh làm đối lực, nhưng lực căng thường giảm hơn bên chân có tổn thương.

- Chỉnh 2 khung đỡ 2 chân cho chân dạng ra hoặc khép vào, xoay vào hoặc xoay ra theo ý muốn rồi cố định khung lại (bằng cờ-lê có sẵn). Quần giấy vệ sinh hoặc lồng tất lót Stockinette toàn bộ vùng định bó bột (nên quần lót rộng rãi hơn phần bó bột).

- Đo chu vi khung chậu và dùng bột khổ lớn nhất (20 cm) để rải 1 đai bột to, rộng (thường rộng từ 20 cm trở lên, tùy hình thể người bệnh), đủ dài để bó vòng quanh khung chậu và bụng. Ngâm bột nhanh, vắt ráo nước, vuốt phẳng đai bột, luồn qua dưới lưng người bệnh. Bên kia, trợ thủ viên đón đầu đai bột. Đưa 2 đầu đai bột gặp nhau và gối lên nhau ở trước giữa bụng. Nên đặt 1 gối mỏng trước bụng, bó xong thì rút bỏ để tránh bột chặt khi người bệnh ăn no.

- Rải tiếp 2 nẹp bột to bản nữa, đủ dài:

+ 1 nẹp đặt từ trước bụng bên tổn thương, gối lên phần đai bột đã đặt trước đó (đai bột vòng quanh khung chậu và bụng). Quần bắt chéo qua cung đùi ra ngoài, để ra sau đùi, quần chéo từ trên xuống dưới, từ ngoài vào trong cho hết nẹp bột.

+ 1 nẹp bột nữa tương tự, nhưng quần chéo và xoáy tròn ốc theo chiều ngược lại với nẹp bột trên. Xuất phát điểm từ sau mào chậu, quần vòng từ trên xuống dưới, qua mào chậu để từ ngoài vào trong, từ trước ra sau và cuối cùng từ trong ra ngoài cho hết chiều dài của nẹp bột. Mép trên của nẹp bột trùng với cung đùi. Có thể đặt 2 nẹp bột trên không bắt chéo mà song song nhau, cùng chiều, gối nhau 1 ít, đỡ bị cộm.

- Dùng bột rải kiểu Zích - rắc tăng cường vùng trước bẹn. Đến đây coi như xong phần rải và đặt các nẹp bột.

- Quần bột: dùng bột to bản (cỡ 20 cm) quần từ trên xuống dưới, đến gối thì dừng lại (có thể bó xuống đến 1/3 dưới cẳng chân), quần ngược lên trên, quần lên quần xuống như vậy đến khi cảm thấy đủ dày thì được. Nhớ quần bổ sung cho đai bột ở xung quanh bụng và khung chậu đã được đặt ban đầu. Cũng như các loại bột bó 2 thì khác, chỗ bột nối nhau giữa 2 thì nên bó mỏng dần để khi bó bột thì 2 bột gối lên nhau khỏi bị cộm.

3.2.2. *Thì 2*

- Cắt băng cố định cổ bàn chân khỏi đế giày.

- Đưa người bệnh sang bàn nắn thường để bó nốt bột Cẳng - bàn chân (nhớ bó bột Cẳng - bàn chân). Xong rồi thì xoa vuốt, chỉnh trang lần cuối.

- Nếu bó bột Chậu - lưng - chân - đùi, phần bột đùi đối diện được bó đồng thời với bên đùi tổn thương, đặt các nếp và kỹ thuật bó tương tự như bên đùi tổn thương.
- Lau chùi sạch các ngón chân để dễ theo dõi. Bột cấp cứu, vẫn rạch dọc bột từ bẹn trở xuống.

Thời gian bất động bột với trẻ em, tùy theo tuổi.

VI. THEO DÕI

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

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Tai biến mạch máu, thần kinh: rất hiếm gặp. Nếu có, xử trí theo tổn thương.
- Khi người bệnh đau bụng, cần nhanh chóng rạch dọc bột ở phần bụng và rạch dọc bột từ bẹn trở xuống, để tiện cho việc theo dõi, thăm khám và xử trí.

Theo dõi, nếu không phải xử trí cấp cứu ngoại khoa, sẽ quần tăng cường để trả lại nguyên trạng của bột sau.

- Bột bó 2 thì, thì 1 bột được bó khi chân được kéo rất căng trên khung, bó xong rồi chân người bệnh được giải phóng sức căng, chân sẽ dòn lên do lực co của cơ, dễ gây chèn ép và mép bột có thể thúc vào bẹn gây đau hoặc loét, nên phải quần độn lót cho dày, nhất là vùng bẹn, gối, cổ chân. Bó xong nên sửa mép bột ở bẹn cho rộng rãi.

NẤN, BÓ BỘT GỠY LỖI CẦU XƯƠNG ĐÙI

I. ĐẠI CƯƠNG

- Gãy vùng lổ cầu xương đùì gồm có: gãy trên lổ cầu, gãy lổ cầu trong, lổ cầu ngoài và gãy liên lổ cầu đùì.

- Gãy trên lổ cầu xương đùì là loại gãy ngoài khớp. Ngược lại, gãy lổ cầu trong, gãy lổ cầu ngoài và gãy liên lổ cầu là loại gãy nội khớp. Gãy nội khớp thường nặng hơn, nếu sự nắn chỉnh không hoàn hảo thường để lại hậu quả xấu cho cơ năng của khớp sau này.

II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN

- Với gãy nội khớp: điều trị phẫu thuật gần như tuyệt đối.

- Với gãy ngoài khớp: có chỉ định nắn bó bột nhiều hơn. Điều trị bảo tồn trong một số trường hợp sau:

- + Tình trạng sức khỏe người bệnh chống chỉ định mổ.
- + Gãy xương phức tạp không thể phẫu thuật kết hợp xương được.
- + Rối loạn phát triển xương nặng (bệnh lý xương thủy tinh).
- + Gãy xương không di lệch.
- + Gãy xương lún, vững.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Gãy hở độ II của Gustilo trở lên.

Có tổn thương mạch, thần kinh.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Chuyên khoa chấn thương: 4 người (1 chính và 3 phụ).
- Chuyên khoa gây mê hồi sức: 2 (nếu người bệnh cần gây mê).

2. Phương tiện

- Bàn nắn:
 - + Trường hợp đơn giản, ít lệch: bàn nắn bình thường. Cần 1 đệm gỗ để kê dưới chân người bệnh.
 - + Trường hợp khó, phức tạp: bàn nắn chỉnh hình có hệ thống kéo và căng chỉnh (bàn Pelvie).
- Thuốc gây tê hoặc gây mê.
- Bột thạch cao:
 - + Nếu bó bột Đùi - cẳng - bàn chân (khi gãy 1 trong 2 lổ cầu, hoặc gãy không lệch): 4 - 5 cuộn khổ 15 cm, thêm 3 - 4 cuộn khổ 10 cm.
 - + Nếu bó bột Chậu - lưng - chân (khi gãy trên lổ cầu, gãy liên lổ cầu, gãy di lệch): 15 cuộn bột khổ 15 cm.

3. Người bệnh

- Được giải thích kỹ mục đích của thủ thuật, quá trình tiến hành làm thủ thuật. Với người bệnh, cần giải thích cho bố mẹ hoặc người thân.
- Được vệ sinh sạch sẽ, cởi bỏ quần.
- Với người bệnh gây mê, cần nhịn ăn uống ít nhất 5 - 6 giờ, tránh nôn hoặc hiện tượng trào ngược.

4. Hồ sơ

- Cần ghi rõ ngày giờ bị tai nạn, ngày giờ bó bột, tình trạng thăm khám toàn thân, hướng xử trí, những điều dặn dò và hẹn khám lại.

- Với người bệnh gây mê, cần có tờ cam kết chấp nhận thủ thuật.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Nắn chỉnh ổ gãy

3.1.1. Với cả 4 loại gãy đầu dưới xương đùi ít di lệch

- Tư thế người bệnh: nằm ngửa trên bàn nắn thông thường.
- Hút máu tụ khớp gối (với gãy nội khớp), kéo nắn tùy theo kiểu di lệch.

3.1.2. Với gãy trên lồi cầu có di lệch

- Người bệnh đặt nằm ngửa trên bàn thường, gây tê hoặc gây mê, xong đưa lên cố định trên bàn chỉnh hình.

- Cố định chân định nắn vào khung kéo ở tư thế trùng gối, trợ thủ dùng cẳng tay đặt dưới khoeo người bệnh để gồng lên, người nắn chỉnh sẽ tiến hành nắn tùy theo kiểu di lệch như thế nào (căn cứ phim XQ), khi thấy được thì từ từ duỗi dần gối ra, đặt dây rạch dọc và bó bột Chậu - lưng - chân, tư thế gối chùng 130^0 .

3.1.3. Với gãy lồi cầu trong, lồi cầu ngoài và gãy liên lồi cầu

Cũng trên bàn chỉnh hình, nhưng kéo nắn trong tư thế gối duỗi. Các thì giống với gãy trên lồi cầu.

3.2. Bó bột

3.2.1. Gãy trên lồi cầu, gãy liên lồi cầu: cần bó bột Chậu - lưng - chân

Bó bột Chậu - lưng - chân gồm 2 thì:

3.2.1.1. Thì 1: bó bột Chậu - lưng - đùi: (bó từ khung chậu đến gối).

- Người bệnh được đặt nằm trên bàn như đã mô tả ở trên, hai bàn chân được cố định chặt vào 2 đế giày của khung kéo. Với người bệnh nam, nhớ vén bìu người bệnh lên để khi kéo nắn bìu không bị kẹt vào ống đối lực.

- Quay vô lăng để chỉnh chỉnh, nắn xương gãy (như mô tả ở trên). Chân bên lành cũng được chỉnh chỉnh làm đối lực, nhưng lực căng thường giảm hơn bên chân có tổn thương.

- Chỉnh 2 khung đỡ 2 chân cho chân dạng ra và xoay vào rồi cố định khung lại (bằng cờ-lê có sẵn). Quần giấy vệ sinh hoặc lông tất lót Stockinette toàn bộ vùng định bó bột (nên quần lót rộng rãi hơn phần bó bột).

- Đo chu vi khung chậu và dùng bột khổ lớn nhất (15 cm) để rải 1 đai bột to, rộng (thường rộng từ 15 cm trở lên, tùy hình thể người bệnh), đủ dài để bó vòng quanh khung chậu và bụng. Ngâm bột nhanh, vắt ráo nước, vuốt phẳng đai bột, luồn qua dưới lưng người bệnh. Bên kia, trợ thủ viên đón đầu đai bột. Đưa 2 đầu đai bột gặp nhau và gối lên nhau ở trước giữa bụng. Nên đặt 1 gối mỏng trước bụng, bó xong thì rút bỏ để tránh bột chặt khi người bệnh ăn no.

- Rải tiếp 2 nẹp bột to bản nữa, đủ dài

+ 1 nẹp đặt từ trước bụng bên tổn thương, gối lên phần đai bột đã đặt trước đó (đai bột vòng quanh khung chậu và bụng). Quần bắt chéo qua cung đùi ra ngoài, để ra sau đùi, quần chéo từ trên xuống dưới, từ ngoài vào trong cho hết nẹp bột.

+ 1 nẹp bột nữa tương tự, nhưng quần chéo và xoay tròn ốc theo chiều ngược lại với nẹp bột trên. Xuất phát điểm từ sau mào chậu, quần vòng từ trên xuống dưới, qua mào chậu để từ ngoài vào trong, từ trước ra sau và cuối cùng từ trong ra ngoài cho hết chiều dài của nẹp bột. Mép trên của nẹp bột trùng với cung đùi. Có thể đặt 2 nẹp bột trên không bắt chéo mà song song nhau, cùng chiều nhau, gối nhau 1 ít, đỡ bị cộm.

- Dùng bột rải kiểu Zích - rắc tăng cường vùng trước bẹn. Đến đây coi nhuxong phần rải và đặt các nẹp bột.

- Quần bột: dùng bột to bản (cỡ 15 cm) quần từ trên xuống dưới, đến gối thì dừng lại (có thể bó xuống đến 1/3 dưới cẳng chân), quần ngược lên trên, quần lên quần xuống như vậy đến khi cảm thấy đủ dày thì được. Nhớ quần bổ sung cho đai bột ở xung quanh bụng và khung chậu đã được đặt ban đầu. Cũng như các loại bột bó 2 thì khác, chỗ bột nối nhau giữa 2 thì nên bó mỏng dần để khi bó bột thì 2, bột gối lên nhau khỏi bị cộm.

3.2.1.2. Thì 2

- Cắt băng cố định cổ bàn chân khỏi đế giày.
- Đưa người bệnh sang bàn nắn thường để bó nốt bột Cẳng-bàn chân (như bó bột Cẳng - bàn chân). Cắt sửa bột cho nhẵn, gọn.
- Nếu bó bột Chậu - lưng - chân - đùi, phần bột đùi đối diện được bó đồng thời với bên đùi tổn thương, đặt các nẹp và kỹ thuật bó tương tự như bên đùi tổn thương.
- Lau sạch các ngón chân để dễ theo dõi.
- Bột cấp cứu, vẫn rạch dọc bột từ bẹn trở xuống.

3.2.2. Gãy 1 trong 2 lồi cầu, gãy trên lồi cầu và liên lồi cầu nhưng không di lệch

bó bột Đùi - cẳng - bàn chân rạch dọc (có thể làm thêm que ngang chống xoay).

3.3. Thời gian bất động bột: với trẻ em, thời gian ngắn, tùy theo tuổi).

- Sau 1 tuần chụp kiểm tra: Nếu tốt thì thay bột tròn. Nếu di lệch thứ phát phải nắn thêm (với gãy trên lồi cầu), hoặc chuyển mổ có chuẩn bị (với gãy nội khớp).
- Sau 3 tuần có thể thay bột, tránh hiện tượng xương di lệch thêm do lỏng bột.

VI. THEO DÕI

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

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Tai biến

Tổn thương mạch máu và thần kinh: quá trình kéo nắn có thể gây tổn thương hoặc làm nặng thêm những tổn thương sẵn có của bó mạch khoeo, thần kinh chày, thần kinh mác chung.

2. Xử trí

- Tổn thương mạch: phải chuyển mổ cấp cứu xử trí tổn thương (giải phóng mạch, nối mạch, ghép mạch).
- Tổn thương thần kinh: thường do căng giãn, tự hồi phục sau 3 - 4 tháng.

BÓ BỘT ỚNG TRONG GẤY XƯƠNG BÁNH CHÈ

I. ĐẠI CƯƠNG

- Xương bánh chè 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.

II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN

- Chỉ định điều trị bảo tồn với những trường hợp vỡ xương bánh chè ít lệch, khi các mảnh vỡ xương bánh chè xa nhau dưới 3mm, mặt khớp di lệch dưới 2mm.

- Các trường hợp gãy di lệch nhưng vì một lý do nào đó người bệnh không thể mổ (bệnh toàn thân nặng, tình trạng sức khỏe không thể tiến hành mổ hoặc không thể tiến hành gây mê được, người bệnh không có điều kiện mổ, từ chối mổ...).

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không điều trị bảo tồn với trường hợp gãy hở xương bánh chè.
- Có tổn thương mạch máu hay thần kinh, hội chứng khoang.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Chuyên khoa chấn thương: 3 người (1 chính và 2 phụ).

2. Phương tiện

- Bàn nắn: bàn nắn bình thường. Cần thêm 1 độn gỗ để kê cao cổ chân người bệnh khi bó bột.
- Thuốc gây tê.
- Bột thạch cao: 5 - 6 cuộn bột khổ 10 - 15cm.

3. Người bệnh

- Được giải thích kỹ mục đích của thủ thuật, quá trình tiến hành làm thủ thuật. Với người bệnh, cần giải thích cho bố mẹ hoặc người thân.
- Được vệ sinh sạch sẽ vùng gối.

4. Hồ sơ

Cần ghi rõ ngày giờ bị tai nạn, ngày giờ bó bột, tình trạng thăm khám toàn thân, hướng xử trí, những điều dặn dò và hẹn khám lại.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH.

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Nắn chỉnh ổ gãy

- Tư thế người bệnh: Nằm ngửa trên bàn, tốt nhất là bàn chỉnh hình.
- Sát trùng rộng vùng khớp gối, đi găng vô khuẩn, gây tê tại chỗ.
- Hút máu tụ trong khớp gối: dùng bơm tiêm 20ml hoặc to hơn, mũi kim to, chọc qua khe khớp bánh chè-đùi bên ngoài (túi cùng bên ngoài của cơ tứ đầu đùi). Không cần phải hút

hết dịch máu, phần máu còn lại sẽ tự tiêu đi, cũng không cần hút ở túi cùng trong, vì 2 túi cùng này thông với nhau.

- Nắn chỉnh, ở đây chủ yếu là nắn chỉnh di lệch theo chiều trước - sau và di lệch sang bên, còn di lệch rời xa nhau (giãn cách) như trên đã nói, do gân tứ đầu kéo lên, gân bánh chè kéo xuống, nên không thể nắn được.

3.2. Bất động: bó ống bột rạch dọc.

3.2.1. Người bệnh

- Nằm ngửa, gót chân kê cao trên đệm gỗ.

- Được cởi hoặc cắt bỏ quần bên bó bột.

- Nếu hút dịch hoặc máu tụ khớp gối, phải đảm bảo nguyên tắc vô trùng:

vệ sinh bằng xà phòng, sát trùng cồn 70⁰ rộng rãi, trải toan lỗ đã hấp tiệt trùng, đi găng hấp. Chọc hút: dùng bơm tiêm 20 ml hoặc to hơn, kim to và dài, chọc ở vị trí túi cùng cơ tứ đầu đùi ngoài (phần căng 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.

3.2.2. Các bước tiến hành bó bột

- Bước 1: Quần giấy hoặc lông tằm lót Stockinette, 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 xoay tròn ốc, quần đến đầu, 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).

3.3. Thời gian bất động bột: 4 - 6 tuần.

VI. THEO DÕI

- Nhẹ thì điều trị ngoại trú (vỡ xương bánh chè thường là nhẹ).

- Sưng nề nhiều hoặc có tổn thương phối hợp thì theo dõi điều trị nội trú.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Thường chỉ có tai biến khi có thương tổn phối hợp 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.

NẤN, BÓ BỘT TRẬT KHỚP GỐI

I. ĐẠI CƯƠNG

- Trật khớp gối là một chấn thương tuy ít gặp nhưng thường là nặng, gây tổn thương nặng phần mềm và các cấu trúc giữ vững khớp gối. Bên cạnh các tổn thương dây chằng, bao khớp, sụn chêm... có thể gây tổn thương mạch máu, thần kinh, hội chứng khoang.

- Trật khớp gối nắn thường dễ, nhưng hậu quả về lâu dài thì thường để lại di chứng lỏng khớp, phải phẫu thuật để tái tạo dây chằng.

- Trật khớp gối có kèm gãy xương thường nặng và có chỉ định mổ.

II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN

Nắn trật khớp gối là phương pháp điều trị đầu tiên, cần thiết cho mọi trường hợp trật khớp gối do chấn thương. Kể cả các trường hợp phải mổ thì nắn và bất động bột để chườm cũng là một việc làm hết sức hữu ích.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không điều trị bảo tồn những trường hợp trật hở khớp gối.

- Trật khớp kèm tổn thương mạch máu, thần kinh, hội chứng khoang.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Chuyên khoa chấn thương: 4 người (1 chính và 3 phụ).

- Chuyên khoa gây mê hồi sức: 2 (nếu người bệnh cần gây mê).

2. Phương tiện

- Bàn nắn: bàn nắn bình thường. Cần 1 đệm gỗ để kê dưới chân người bệnh khi bó bột.

- Thuốc gây tê hoặc gây mê.

- Bột thạch cao: 4-5 cuộn khổ 15 cm, 3-4 cuộn khổ 10 cm.

3. Người bệnh

- Được giải thích kỹ mục đích của thủ thuật, quá trình tiến hành làm thủ thuật. Với người bệnh, cần giải thích cho bố mẹ hoặc người thân.

- Với người bệnh gây mê, cần nhịn ăn uống ít nhất 5-6 giờ, tránh nôn hoặc hiện tượng trào ngược.

4. Hồ sơ

- Cần ghi rõ ngày giờ bị tai nạn, ngày giờ bó bột, tình trạng thăm khám toàn thân, hướng xử trí, những điều dặn dò và hẹn khám lại.

- Với người bệnh gây mê, cần có tờ cam kết chấp nhận thủ thuật.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Nắn chỉnh

Trật khớp gối làm tổn thương toàn bộ các dây chằng và các phương tiện giữ khớp khác, nên việc nắn vào khớp thường không khó, nhưng nắn xong khớp lại rất dễ trật ra.

- Tư thế người bệnh: Nằm ngửa trên bàn, tốt nhất là bàn chỉnh hình.

- Gây tê tại chỗ hoặc gây mê.

- Hút máu tụ khớp gối ở vùng túi cùng ngoài của cơ tứ đầu đùi.

- Người phụ đứng giữ phần trên người bệnh bằng cách giữ tay qua nách người bệnh. Người nắn chính sẽ giữ chắc cổ và bàn chân người bệnh, kéo thẳng từ từ đến khi xương tự

trượt về vị trí bình thường. Nếu xương bánh chè vẫn còn trật thì duỗi thẳng gối đẩy nhẹ nhàng về vị trí.

- Với các trường hợp khó khăn, đưa lên bàn chỉnh hình để kéo nắn.

3.2. Bất động: ống bột rạch dọc.

3.2.1. Người bệnh

- Nằm ngửa, gót chân kê cao trên 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 70⁰ rộng rãi, trải toan lỗ đã hấp tiệt trùng, đi găng hấp. Chọc hút: dùng bơm tiêm 20 ml hoặc to hơn, kim to và dài, chọc ở vị trí túi cùng cơ tứ đầu đùi ngoài (phần căng 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.

3.2.2. Các bước tiến hành bó bột

- Bước 1: Quần giấy hoặc lồng tất lót Stockinette, 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 đầu, 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. Cắt sửa bột cho nhẵn, gọn. Đỡ bột cho khô dần ở tư thế duỗi (nhưng không để ưỡn tối đa, gây khó chịu khi mang bột).
- Bước 4: Rạch dọc bột (nếu bột cấp cứu).
- Sau 1 tuần chụp kiểm tra, thay bột ống tròn (nếu nhiều máu tụ thì hút, nếu ít, máu sẽ tự tiêu sau 1 vài tuần).
- Thời gian bất động bột: 6 tuần trở lên (có thể bất động đến 8 tuần).

VI. THEO DÕI

- Trật khớp gối nắn thì dễ, nhưng vẫn đề theo dõi lại vô cùng quan trọng, vì thương tổn vùng gối thường nặng. Phải thăm khám đánh giá đúng mức độ thương tổn, tránh bỏ sót những đưng dập mạch máu, mặc dù ban đầu kiểm tra vẫn bắt được mạch.
- Trường hợp nặng hoặc cần theo dõi chèn ép: cho vào viện theo dõi nội trú.
- Người bệnh được kê chân cao, theo dõi sát mạch mu chân và chày sau, vận động và cảm giác cũng như màu sắc, nhiệt độ của ngón chân trong vòng 5 - 7 ngày đầu (1 vài ngày đầu phải kiểm tra đánh giá hàng giờ).

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Nếu có tai biến tổn thương mạch máu, hoặc hội chứng khoang phải chuyển mổ cấp cứu càng sớm càng tốt (giải phóng mạch, nối mạch, ghép mạch...).

NẮN, BÓ BỘT GẤY MONTEGGIA

I. ĐẠI CƯƠNG

- Đây là loại gãy xương đặc biệt, được Monteggia mô tả vào năm 1814, là gãy thân xương trụ gấp góc, di lệch và trật chỏm xương quay.
- Cần phát hiện sớm và điều trị kịp thời, nếu điều trị muộn thường để lại di chứng nặng nề.
- Theo tác giả Bado thì có 4 kiểu gãy:
 - + Kiểu 1: Gãy 1/3 trên xương trụ gấp góc mở ra sau và trật chỏm xương quay ra trước, chiếm 60% trong gãy Monteggia.
 - + Kiểu 2: Gãy 1/3 trên xương trụ gấp góc mở ra trước và trật chỏm xương quay ra sau, có khi gãy chỏm quay, chiếm 15%.
 - + Kiểu 3: Gãy xương trụ ở hành xương dưới mỏm vẹt và trật chỏm quay ra ngoài, thường gặp ở trẻ em, chiếm 20%.
 - + Kiểu 4: Gãy xương trụ 1/3 trên gấp góc, trật chỏm xương quay ra trước kèm gãy 1/3 trên xương quay dưới lồi củ nhị đầu.

II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN

- Gãy kín, gãy hở độ I, đến sớm (1 tuần trở lại).
- Gãy Monteggia ở trẻ em dưới 15 tuổi.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Gãy hở độ II theo Gustilo trở lên.
- Gãy kín nhưng đến muộn (trên 1 tuần).
- Hội chứng chèn ép khoang, hoặc có thương tổn mạch máu, thần kinh.
- Gãy Monteggia trong tình trạng đa chấn thương, shock, nguy cơ tử vong.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Chuyên khoa chấn thương: 4 người (1 chính và 3 phụ).
- Chuyên khoa gây mê hồi sức: 2 người (nếu người bệnh cần gây mê).

2. Phương tiện

- 1 bàn nắn thông thường.
- 1 đai vải to bản, đủ dài để cố định tay người bệnh vào bàn làm đối lực khi nắn.
- Thuốc gây mê hoặc gây tê.
- Bột thạch cao 3 - 4 cuộn khổ 15 cm, thêm vài cuộn cỡ 10 cm để bó vùng cổ tay.

3. Người bệnh

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

4. Hồ sơ

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH NẮN, BÁT ĐỘNG

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Người bệnh

- Nằm ngửa trên bàn nắn thông thường, cởi bỏ áo bên định nắn bó bột.
- Gây tê tại chỗ ổ gãy bằng Xylocaine hoặc Lidocaine (2 ống 1% pha loãng trong 5 ml nước cất hoặc dung dịch Natriclorua 0,9%). Trường hợp nặng hoặc trẻ em: gây mê nhanh toàn thân, theo đường tĩnh mạch (do bác sỹ gây mê thực hiện).
- Vai người bệnh để dạng, đặt 1 đai vải đối lực ở trên khuỷu, căng bàn tay để sấp.

3.2. Các bước tiến hành

3.2.1. Nắn

- Thực chất nắn chỏm quay vào khớp là quan trọng, nắn xương trụ được là tốt, nếu còn di lệch ít thì thôi, di lệch nhiều thì mổ kết hợp xương sau (mổ có chuẩn bị). Không được nắn sớm, chỏm quay trật lâu ngày nắn khó đạt kết quả, kể cả mổ đặt lại cũng rất khó khăn, thường để lại hậu quả rất xấu về cơ năng.

- Trợ thủ 1: 1 tay cầm vào ngón cái, 1 tay nắm 4 ngón còn lại (hoặc 2 tay nắm cổ tay người bệnh) kéo xuống theo trục căng tay, vừa kéo vừa xoay căng tay sấp vào trong đến tối đa và gấp dần khuỷu lại (khi bó bột nhớ nhả lại, không bó ở tư thế sấp tối đa này nữa mà chỉ ở tư thế sấp nhẹ).

- Người nắn chính: sau khi trợ thủ kéo như trên đủ thời gian (3 - 5 phút), căn cứ cụ thể vị trí chỏm quay đã xác định qua phim điện quang, dùng ngón tay cái đẩy vào vị trí (bắt khớp với lồi cầu xương cánh tay), chỏm quay vào khớp có thể cảm thấy tiếng “khục” nhỏ, hoặc cảm giác chỏm quay vào khớp có thể truyền vào tay người nắn, nếu người nắn có kinh nghiệm. Khi nắn xong chỏm quay, nắn sửa thêm xương trụ. Với trường hợp xương trụ gãy chéo, không cần nắn mà ổ gãy vẫn tự vào với nhau, vì một khi chỏm quay đã vào khớp sẽ có tác dụng giữ đủ độ dài cho xương trụ.

3.2.2. Bó bột: bó Bột Cánh - căng - bàn tay.

- Sau khi nắn xong, tháo bỏ đai vải, trợ thủ 1 đỡ tay cho người nắn chính tiến hành bó bột. Trợ thủ 2 và 3 giúp việc (quấn giấy hoặc lồng tất lót Stockinette, đỡ tay, ngâm bột, vớt bột, vắt bột, đặt dây rạch dọc, chạy ngoài...)

- Nhớ rạch dọc bột hoàn toàn.

- Luôn luôn chú ý giữ sao cho chỏm quay không bị trật lại bằng cách cho khuỷu gấp quá 90⁰, bột cũng bó ở tư thế khuỷu gấp quá 90⁰.

3.2.3. Thời gian bất động

Trong thời gian mang bột: Sau 7 - 10 ngày chụp kiểm tra, nếu chỏm quay trật lại hoặc xương trụ di lệch: mổ đặt lại khớp và kết hợp xương. Nếu kết quả chụp kiểm tra tốt: thay bột tròn ở tư thế cơ năng, thay bột xong vẫn cần chụp kiểm tra lần nữa xem chỏm quay có bị trật hoặc xương trụ có bị di lệch do quá trình thay bột hay không.

VI. THEO DÕI

Thường theo dõi điều trị ngoại trú, chỉ cần điều trị theo dõi nội trú với các trường hợp có tổn thương phổi hợp hoặc có sưng nề, rối loạn dinh dưỡng.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Tai biến mạch máu ít gặp.

- Tai biến thần kinh cũng ít, nếu có, chủ yếu gặp liệt thần kinh quay (thường do căng giãn do chỏm quay khi trật đã co kéo thần kinh quay căng giãn theo. Với tổn thương này, không cần mổ, theo dõi, thần kinh quay thường hồi phục sau vài tháng, có trường hợp sau 6 tháng mới phục hồi hoàn toàn. Không phục hồi sẽ mổ chuyển gân sau.

- Bỏ sót trật lại chỏm quay: nắm tốt nhưng việc theo dõi không tốt, chỏm quay trật lại mà không biết, không xử trí sớm, chỏm quay trật lâu ngày không nắm được. Việc mô đặt lại khớp và tái tạo dây chằng rất khó khăn, nhiều khi phải bắt ốc dĩa mô cắt bỏ chỏm quay.

NẪN, BÓ GỖY XƯƠNG GÓT

I. ĐẠI CƯƠNG

- Gãy xương gót nguyên nhân chính là ngã cao, hai gót chân tiếp đất, trọng lượng của cơ thể dồn xuống làm vỡ dọc và ngang xương gót. Cơ chế này thường kèm gãy cột sống.
- Điều trị phẫu thuật cũng như bảo tồn còn nhiều khó khăn, kết quả chưa được tốt.
- Di chứng: can lệch xương gót, trật khớp sên gót, đi lại đau đớn kéo dài, gót chân bẹt ra ảnh hưởng thẩm mỹ nữa.
- Chẩn đoán lâm sàng
- + Nhìn từ phía sau khi người bệnh đứng: gót chân bè rộng, vẹo ngoài, gót chân phẳng hơn.
- + Bầm tím máu tụ ở mặt trong bàn chân.
- + Khi đứng tỳ đè đau, phần nhiều là không đứng được.
- Cận lâm sàng
- + Chụp X quang: thẳng và nghiêng. Đặc biệt phim thẳng thấy rõ toàn bộ xương gót. Phim thẳng xương gót, bóng phải để 1 góc 400 so với mặt phẳng đứng dọc. Bàn chân gấp mu chân. Phim nghiêng xem được xương gót và khớp sên gót: đo góc Boehler tạo nên bởi 2 đường: đường phía trước đi qua đỉnh cao nhất của xương gót với mồm cao nhất của chỏm xương. Đường phía sau đi qua đỉnh cao nhất của xương gót tới điểm cao nhất của lồi củ sau xương gót. Bình thường góc này từ 20 - 400. Nếu góc nhỏ đi, hoặc âm thể hiện sự lún của xương gót.
- + Chụp cắt lớp dựng hình nếu có điều kiện.

II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN GỖY XƯƠNG GÓT

1. Vỡ dọc lồi củ xương gót

- Loại vỡ này nếu không vào mặt khớp tiền lượng rất tốt. Lâm sàng sưng nề nhiều, không cần nắn, chỉ cần băng ép và gác cao chân 1 tuần, quá trình phù nề giảm đi.
- Tỳ chân ít một, không hoàn toàn. Đi bằng nạng trong 4 tuần. Độn miếng đệm êm ở gót chân trong giày.

2. Vỡ ngang xương gót

Chia 2 mức độ, mảnh gãy còn dính với phần thân xương: điều trị bảo tồn.

3. Vỡ mồm chân đế gót di lệch ít (không quá 2mm)

4. Gãy thân xương gót không kèm theo trật khớp sên gót

5. Gãy thân xương gót kèm theo tổn thương mặt khớp sên gót, nhưng xương gãy ít lệch

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Gãy xương hở, hoặc gãy xương gót có kèm vết thương khớp cổ chân, gãy hở các xương khác vùng cổ bàn chân.
- Có tổn thương mạch máu, thần kinh, hội chứng khoang, loét sẵn do tiểu đường, gout...

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Như với bó các bột ở trên (chuyên khoa xương: 03, nếu có gãy mê: thêm bác sỹ gãy mê và phụ mê).

2. Phương tiện

- 1 bàn nắn thông thường.

- Thuốc tê hoặc thuốc mê: số lượng tùy thuộc trọng lượng người bệnh. Kèm theo là dụng cụ gây tê, gây mê, hồi sức (bơm tiêm, côn 70⁰, thuốc chống sốc, mặt nạ bóp bóng, đèn nội khí quản...).

- Bột thạch cao: 6 - 8 cuộn, cỡ 15 cm.
- Giấy vệ sinh, bông cuộn hoặc lồng tất lót Stockinette.
- Dây rạch dọc (dùng cho bột cấp cứu, khi tổn thương 7 ngày trở lại).
- Dao hoặc cưa rung để rạch dọc bột trong trường hợp bó bột cấp cứu (tổn thương trong 7 ngày đầu).

- Nước để ngâm bột: đủ về số lượng để ngâm chìm hẳn 3 - 4 cuộn bột cùng 1 lúc. Lưu ý, mùa lạnh phải dùng nước ấm, vì trong quá trình bột khô cứng sẽ tiêu hao một nhiệt lượng đáng kể làm nóng bột, có thể gây hạ thân nhiệt người bệnh, gây cảm lạnh. Nước sử dụng ngâm bột phải được thay thường xuyên để đảm bảo vệ sinh và tránh hiện tượng nước có quá nhiều cặn bột ảnh hưởng đến chất lượng bột.

- 1 cuộn băng vải hoặc băng thun, để băng giữ ngoài bột, khi việc bó bột và rạch dọc bột đã hoàn thành.

- 1 đệm gỗ kê dưới khoeo chân khi bó bột.

3. Người bệnh

- Được thăm khám toàn diện, tránh bỏ sót tổn thương, nhất là những tổn thương lớn có thể gây tử vong trong quá trình nắn bó bột (chấn thương sọ não, chấn thương ngực, vỡ tạng đặc, vỡ tạng rỗng...).

- Được giải thích kỹ mục đích của thủ thuật, quá trình tiến hành làm thủ thuật, để người bệnh khỏi bị bất ngờ, động viên để họ yên tâm, hợp tác tốt với thầy thuốc. Với người bệnh, cần giải thích cho bố mẹ hoặc người thân.

- Được vệ sinh sạch sẽ, cởi hoặc cắt bỏ quần bên chân gãy.

- Với người bệnh gây mê, cần nhịn ăn uống ít nhất 5-6 giờ, tránh nôn hoặc hiện tượng trào ngược (nước hoặc thức ăn từ dạ dày tràn sang đường thở gây tắc thở).

4. Hồ sơ

- Cần ghi rõ ngày giờ bị tai nạn, ngày giờ bó bột, tình trạng thăm khám toàn thân, hướng xử trí, những điều dặn dò và hẹn khám lại.

- Với người bệnh gây mê, cần có tờ cam kết chấp nhận thủ thuật.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH NẮN BÓ BỘT

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Người bệnh

Tư thế: nằm sấp, gối gấp 90 độ chân dựng ngược lên trên, gan chân thẳng góc lên trên.

3.2. Các bước tiến hành

3.2.1. Nếu gãy không lệch

Chỉ bó bột Cẳng - bàn chân tư thế cơ năng (cổ chân 90 độ), rạch dọc bột. Thời gian bắt động chỉ cần 4 - 5 tuần.

3.2.2. Nếu gãy di lệch

- Nắn: người nắn dùng 2 ngón tay cái đẩy vào gốc gân Achilles, nơi gân Achilles bám vào lồi củ xương gót, đẩy cho xương gót theo hướng ngược với lực co của gân Achilles, đồng thời trợ thủ kéo cho bàn chân duỗi ra tối đa, đồng thời 1 tay đẩy vào đỉnh vòm gan chân, thực tế là làm gấp thêm gan chân tối đa.

- Bất động: bó bột Cẳng - bàn chân:

+ Sau khi nắn, đỡ chân tư thế cổ chân duỗi tối đa, gan chân gấp, lật người bệnh nằm ngửa, quấn bông hoặc giấy vệ sinh đủ dày, đặt dây rạch dọc.

+ Đặt 1 nẹp bột sau cẳng bàn chân.

+ Quấn bột vòng tròn kiểu xoáy tròn ốc, từ trên xuống dưới rồi từ dưới lên trên, đủ dày thì thôi, tư thế duỗi cổ chân, xoa vuốt cho bột liên kết tốt và nhẵn, rạch dọc bột, lau chùi sạch sẽ bột dính ở da để dễ theo dõi sau bó bột.

Thời gian bất động: 6-8 tuần. Trong thời gian mang bột ấy:

- Sau 7 - 10 ngày chụp kiểm tra, thay bột tròn, độn, vẫn tư thế duỗi cổ chân.

- Sau 3 - 4 tuần chụp lại, thay bột tư thế cổ chân 90^0 , để người bệnh tập đi.

- Khi người bệnh không đi, cho gác cao chân (gãy xương gót thường sưng nề nhiều).

- Trường hợp nắn khó, có thể nắn bằng cách xuyên 1 đinh Steinmann, khi đầu đinh sắp tới ổ gãy thì cầm đinh để bẩy xương mà nắn, kiểm tra bằng màn tăng sáng (không có màn tăng sáng thì ước lượng bằng kinh nghiệm), rồi xuyên tiếp lên qua xương sên, xương gót ở phía trước trên. Bó bột Cẳng - bàn chân như trên, lượn vòng qua đầu đinh, để thò đầu đinh ra ngoài, rút đinh sau khi tháo bột (cũng có thể rút đinh sớm hơn, khi đã hình thành can non).

- Xương gãy di lệch nhiều, hoặc gãy xương kèm trật khớp sên gót, nắn không kết quả thì chuyển mổ đặt lại xương, đặt lại khớp, phục hồi vòm gan chân, găm vài kim Kirschner cố định, có thể vẫn phải tăng cường bột rạch dọc sau mổ.

VI. THEO DÕI

Đa số theo dõi ngoại trú, trường hợp nặng hoặc sưng nề nhiều thì cho vào viện theo dõi điều trị nội trú.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Tai biến chủ yếu là sưng nề, rối loạn dinh dưỡng kéo dài: kê cao chân, thuốc chống sưng nề, tập vận động sớm.

- Nắn không tốt sẽ dẫn đến can lệch, chồi xương, đi lại đau, gót chân bè ra ảnh hưởng thẩm mỹ, phải mổ đục bớt xương chồi.

NỆP, MÁNG BỘT CÁC LOẠI KHÔNG NẰN

I. ĐẠI CƯƠNG

- Nẹp bột là nẹp bằng bột để bất động đơn giản và tối thiểu, được dùng trong các tổn thương vùng khớp, đường kính nẹp bột không quá 1/3 chu vi của chi.

- Nẹp bột có thể dùng để bất động 1 khớp hoặc nhiều khớp trên cùng 1 chi thể (nẹp bột Cẳng - bàn tay chỉ để bất động khớp cổ tay, nẹp bột Cánh - cẳng - bàn tay để bất động khớp khuỷu và khớp cổ tay, nẹp bột Đùi - cẳng - bàn chân để bất động nhiều khớp cùng bị tổn thương 1 lúc: khớp gối, khớp cổ chân và cả các khớp bàn - ngón chân nữa...).

- Máng bột là loại nẹp bột rộng hơn, đường kính máng bột không quá 1/2 chu vi của chi. Độ dài của nẹp bột và máng bột không có ý nghĩa so sánh.

- Máng bột thường để bất động những khớp lớn, hoặc những khớp nhỏ có tổn thương nặng hơn hoặc trong 1 số trường hợp đặc biệt và cụ thể (ví dụ khi muốn dạng ngón 1 của tay, người ta làm máng bột Cẳng - bàn tay về phía gan tay để tách ngón 1 dạng ra xa ngón 2 trong phẫu thuật tạo hình sẹo khép ngón 1).

- Nẹp bột và máng bột về tác dụng bất động thì không nhiều, bất động không vững chắc, nhưng ưu điểm là rất hiếm gây biến chứng chèn ép bột, là loại phương tiện được sử dụng phổ biến hàng ngày nhất là trong các tổn thương nhẹ và việc tăng cường, hỗ trợ bất động sau phẫu thuật hoặc bất động tạm chờ mổ.

II. CHỈ ĐỊNH

1. Tổn thương khớp nhẹ (chạm thương, bong gân, tụ máu...).
2. Bất động tạm thời để chờ mổ.
3. Sau mổ các tổn thương hoặc bệnh lý về khớp.
4. Hỗ trợ bất động sau mổ kết hợp xương không vững chắc.
5. Sau mổ chuyển vạt da, vá da.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH. Không có chống chỉ định tuyệt đối.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

02 người (1 kỹ thuật viên chính, 1 trợ thủ viên đỡ tay hoặc chân người bệnh, và giúp việc). Với nẹp bột lớn (ĐCBC) có thể cần 2 trợ thủ viên.

2. Phương tiện

- 1 bàn có mặt phẳng để rải bột.
- Bột thạch cao: tùy tuổi, kích cỡ của chi, hình thể người bệnh, nẹp hoặc máng bột làm ở tay hay ở chân, nẹp bột gì, hoặc máng bột gì (tên gọi của nẹp bột, máng bột) mà chuẩn bị bao nhiêu bột, kích cỡ bột.
- Giấy vệ sinh hoặc tất lót Stockinette để bột không dính trực tiếp vào da của người bệnh.
- Nước ngâm bột (mùa lạnh cần dùng nước ấm, khoảng 30 - 35⁰).
- 1 vài cuộn băng vải hoặc băng thun để băng giữ ngoài bột.

3. Người bệnh

- Được vệ sinh sạch sẽ vùng định làm nẹp bột hoặc máng bột.
- Nếu có vết thương, cần được xử trí và băng vô trùng trước khi đặt nẹp bột, máng bột.

4. Hồ sơ

Theo quy định của Bộ Y tế.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH LÀM NẸP BỘT, MÁNG BỘT

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh.

3. Thực hiện kỹ thuật

Máng bột hay nẹp bột chỉ khác nhau về bề rộng, không khác nhau về chiều dài, nên chỉ lưu ý sử dụng cỡ bột to nhỏ khác nhau là đủ.

3.1. Nẹp bột Cẳng - bàn tay

- Giới hạn từ móm khuỷu đến khớp bàn - ngón tay.
- Quần giấy vệ sinh hoặc lòng tất lót Stockinette từ trên khuỷu xuống quá khớp bàn ngón (giấy hoặc bông bao giờ cũng dài, rộng hơn mức bột bó, các phần sau chúng tôi không nhắc lại nữa).

- Đo hoặc ước lượng độ dài từ móm khuỷu đến khớp bàn - ngón của người bệnh.
- Dùng bột cỡ nhỏ hoặc trung bình (thường dùng 2 cuộn), rải bột lên bàn theo kiểu Zích - zắc (hoặc kiểu xếp mèche) theo độ dài đã định (khoảng 7 - 8 lớp), cuộn hoặc gấp đôi, rồi gấp tư lại, ngâm nước rồi vớt nhanh, bóp nhẹ cho ráo nước, đuổi bột ra như nẹp rải ban đầu, vuốt cho phẳng phiu và đặt vào sau cẳng bàn tay theo mốt đã định. Có thể dùng bột còn lại rải đi rải lại kiểu Zích - zắc sau khuỷu để tăng cường cho nẹp bột đủ dày, không bị gãy sau này. Tư thế cổ tay của nẹp bột Cẳng - bàn tay là tư thế cơ năng (tư thế trung bình), trừ 1 số tư thế đặc biệt theo đặc điểm của tổn thương và yêu cầu cụ thể của phẫu thuật viên (ví dụ như sau phẫu thuật nối gân gấp, phải để cổ tay gấp nhẹ).

- Vuốt dọc sau nẹp bột cho bột liên kết tốt và phẳng bột, sửa mép bột cho phẳng, quần băng giữ ngoài nẹp bột, lau sạch bột dính ở da người bệnh.

- Trong 1 số trường hợp, đặt nẹp bột về phía gan tay (như sau nối gân duỗi), lúc này nẹp bột phải để cổ tay ở tư thế duỗi cổ tay. Sau cùng, dùng băng vải hoặc băng thun băng bên ngoài để giữ nẹp.

3.2. Nẹp bột Cánh - cẳng - bàn tay

Tương tự như nẹp bột Cẳng - bàn tay. Khác về chiều dài nẹp bột là lên đến cực dưới cơ Delta, nên bột cần thêm 1 - 2 cuộn. Tư thế khuỷu 90°, cổ tay trung bình. Còn các tư thế đặc biệt khác thì tùy theo đặc điểm tổn thương và yêu cầu cụ thể của phẫu thuật viên.

3.3. Nẹp bột Cẳng - bàn chân

- Giới hạn: phía trên là dưới nếp khoeo khoảng 2 cm, phía dưới là tận cùng các ngón chân.

- Bột thạch cao: 3 - 4 cuộn, cỡ 15 cm.
- Quần giấy vệ sinh hoặc lòng tất lót Stockinette.
- Đo hoặc ước lượng độ dài nẹp bột như đã định ở trên.
- Rải và đặt nẹp bột: cách làm như với nẹp bột Cẳng - bàn tay, đặt phía sau cẳng, bàn chân. Chú ý dùng 1 độn gỗ cao ở dưới khoeo người bệnh (như để bó bột Cẳng - bàn chân) để dễ làm. Nếu người bệnh cho phép nằm sấp được thì để người bệnh nằm sấp, dễ làm hơn, khi người bệnh nằm sấp sau khi đặt xong nẹp thì dùng bột còn lại rải zích - zắc tăng cường ở sau gót và cổ chân.

- Vuốt, sửa sang mép bột, quần băng vải hoặc băng thun giữ bột ở bên ngoài, lau chùi sạch bột dính ở da người bệnh.

3.4. Nẹp bột Đùi - cẳng - bàn chân

- Giới hạn: bên trên bởi nếp lằn mông, bên dưới giống như nẹp bột Cẳng bàn chân: bởi tận cùng của các ngón chân.

- Là loại nẹp bột rất dài, nếu người bệnh nằm ngửa thì rất khó thực hiện kỹ thuật (kể cả có nhiều trợ thủ giúp việc), nên người ta thường để người bệnh trong tư thế nằm sấp (nếu điều kiện người bệnh cho phép) để thực hiện kỹ thuật này.

- Kỹ thuật đặt nẹp tương tự đặt nẹp bột Cẳng - bàn chân. Vùng sau gót cũng được tăng cường bột để khỏi bị gãy bột.

- Trường hợp người bệnh không thể nằm sấp được (như bị hôn mê, người bệnh gây mê để phẫu thuật, đa chấn thương, hoặc có kèm vỡ xương chậu...) thì để người bệnh nằm ngửa thực hiện kỹ thuật. Lúc này có 2 cách:

+ Cách 1: dùng nhiều người giúp việc để đỡ chân người bệnh, vừa đỡ vừa xoa và vuốt cho nếp bột được phẳng phiu, nếu ít người đỡ nếp bột, bột sẽ bị võng, bị lõm, bột sẽ xấu và có thể các chỗ lõm bột gây phiền toái cho người bệnh.

+ Cách 2: bó 1 bột Đùi - cẳng - bàn chân, có đặt 2 dây rạch dọc ở 2 bên, bó xong bột thì rạch dọc bột theo 2 dây đặt ở trên, lấy bỏ phần nửa trước của bột, phần nửa sau của bột được giữ lại làm 1 máng bột.

Máng bột này ưu điểm là bất động khá tốt, chân và máng bột vào đúng phom nên người bệnh thường cảm thấy dễ chịu, nhưng nhược điểm là tổn bột.

3.5. Nếp bột Đùi - cổ chân

Cách làm tương tự như nếp bột Đùi - cẳng - bàn chân, nhưng chỉ làm đến cổ chân.

VI. THEO DÕI

Chủ yếu là theo dõi tình trạng toàn thân.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Tai biến chỉ có thể xảy ra khi làm giường bột.

- Tai biến chủ yếu xảy ra khi lật sấp người bệnh để rải và làm bột ở lưng.

Nên phải cử người theo dõi sắc mặt người bệnh, tình trạng hô hấp, mạch, huyết áp...

- Khi có biểu hiện rối loạn thở, mạch, huyết áp cần nhanh chóng lật ngửa người bệnh, áp dụng các biện pháp cấp cứu cần thiết (truyền dịch, hô hấp hỗ trợ...).

PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ HỖ MI

I. ĐẠI CƯƠNG

- Hở mi là di chứng thường gặp trong di chứng bỏng, liệt dây TK , biến chứng phẫu thuật tạo hình mi.. ảnh hưởng đến chức năng và thẩm mỹ.

- Phẫu thuật điều trị hở mi là phương pháp phục hồi cấu tạo giải phẫu mi nhằm giải quyết tình trạng hở mi.

II. CHỈ ĐỊNH

Các tình trạng hở mi gây ảnh hưởng đến chức năng và thẩm mỹ.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các tổn thương vùng mi mắt chưa được điều trị ổn định.

- Tình trạng toàn thân không cho phép phẫu thuật.

VI. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa tạo hình và thẩm mỹ.

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình mi mắt.

- Cầm máu hai cực.

3. Người bệnh

- Giải thích cho người bệnh và gia đình trước phẫu thuật.

- Làm vệ sinh tại chỗ và toàn thân.

- Chụp ảnh tổn thương trước khi 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 mê toàn thân.

3.2. Kỹ thuật

3.2.1. Hở mi do sẹo gây lật mi

- Đánh dấu vùng có sẹo mi và vùng da định lấy da hay làm vạt da.

- Gây tê tại chỗ.

- Rạch da, cắt bỏ sẹo mi hay giải phóng các chỗ dính sao cho bờ mi trở lại vị trí giải phẫu bình thường của nó.

- Cắt bỏ phần bờ mi tự do đối xứng của mi trên và mi dưới dài 4-5mm, rộng 1mm, sâu khoảng 0,5-1mm (tránh xâm phạm vào chân lông mi).

- Khâu trực tiếp hai mép cắt mi trên và mi dưới xuyên qua sụn bằng chỉ vicryl 6/0

- Khâu cò mi tạm thời.

- Lấy dấu vùng bị khuyết da mi.

- Lấy da ghép (sau tai, trước tai, thượng đòn và mặt trong cánh tay) và ghép da.

- Cố định mảnh da ghép, băng ép

- Dùng vạt da nếu vùng khuyết da mi nhỏ.

3.2.2. Hở mí do liệt dây VII

- Rạch da theo đường nếp mí trên
- Bóc tách khoang mắt trước sụn mí trên
- Ghép chất liệu (Vàng) vào khoang trước sụn tạo trọng lực khép mí
- Làm yếu cơ nâng mí : cắt hay kéo dài cơ nâng mí trên theo hình chữ W.
- Khâu cố định khoang đặt chất liệu bằng chỉ không tiêu prolene 6.0
- Khâu phục hồi và tạo hình nếp mí trên bằng chỉ PDS 6.0

VI. THEO DÕI

- Băng ép vùng ghép da 7 ngày
- Chăm sóc , thay băng vết mổ vùng lấy da cách ngày
- Cắt bỏ cò mí sau 2 ngày
- Người bệnh được hẹn khám lại 1 ngày, 2 tuần và 1 tháng sau phẫu thuật.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Còn hở mí tái phát: tiếp tục *theo dõi*, xử trí sau 6 tháng- 1 năm

PHẪU THUẬT TẠO HÌNH MŨI KÍN ĐIỀU TRỊ DI CHỨNG BIẾN DẠNG MÔI MŨI SAU MỔ KHE HỖ MÔI

I. ĐẠI CƯƠNG

- Phẫu thuật tạo hình mũi di chứng khe hở môi là kỹ thuật tạo hình nhằm chỉnh sửa các biến dạng mũi thứ phát sau phẫu thuật tạo hình môi để lại.
- Cải thiện cấu trúc giải phẫu khung sụn mũi, phục hồi tính thẩm mỹ vùng mũi - môi của trẻ

II. CHỈ ĐỊNH

Các biến dạng mũi thứ phát sau tạo hình khe hở môi bao gồm:

Cánh mũi sập xuống, sụn cánh mũi thiếu sản, Trụ mũi giữa lệch về một bên., Chân cánh mũi bị kéo ra ngoài, Lỗ mũi bên khe hở môi nhỏ hơn, Vách mũi lệch

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Tình trạng toàn thân không cho phép phẫu thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa phẫu thuật tạo hình và thẩm mỹ.

2. Phương tiện

- Một bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình mũi.
- Thước đo, bút vẽ, ống silicone
- Van mở vách mũi.
- Máy hút, dao điện.

3. Người bệnh

- Khám và đánh giá tình trạng toàn thân trước phẫu thuật.
- Người bệnh và gia đình được tư vấn kỹ 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 bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Chụp ảnh các tư thế người bệnh có biến dạng vùng mũi di chứng sau tạo hình môi.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Vô cảm

- Trẻ em: gây mê toàn thân.
- Thiết kế đường rạch da.
- Kết hợp giảm đau (gây tê tại chỗ) trong khi phẫu thuật.

3.2. Kỹ thuật)

- Rạch da theo đường định hướng, phẫu thuật mũi kín ở 2 bên lỗ mũi
- Phẫu tích bộc lộ khung sụn cánh mũi 2 bên, bị biến dạng, thiếu sản.
- Đánh giá chính xác mức độ biến dạng mũi sau khi can thiệp trước đây mức độ thiếu sản phần sụn (trụ mũi, cánh mũi, đỉnh tháp mũi...)
- Giải phóng sẹo xơ gây biến dạng kích thước lỗ mũi (nếu có)
- Chỉnh sửa lệch vách ngăn mũi lệch,
- Khâu treo sụn cánh mũi bên thiếu sản vào bên lành bằng chỉ Vicryl 5.0

- Khâu tạo hình lỗ mũi, trụ mũi. Đầu mũi
- Khâu đóng vết mổ PDS 6.0
- Đặt ống silicon 2 lỗ mũi, khâu cố định ống silicone

VI. THEO DÕI

Kháng sinh toàn thân và tại chỗ.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Trong phẫu thuật

Chảy máu: cầm máu tại chỗ bằng dao mổ điện

2. Sau phẫu thuật

- Chảy máu vết mổ
- + Nếu chảy máu ít: băng ép và theo dõi.
- + Nếu chảy máu nhiều: phải mở đốt cầm máu tại phòng mổ
- + Nhiễm trùng vết mổ: sử dụng kháng sinh tại chỗ và toàn thân, rửa vết thương hàng ngày và theo dõi chặt chẽ.
- + Viêm tấy vết mổ: lấy bỏ ống silicone sớm, kháng sinh, theo dõi thêm

PHẪU THUẬT TẠO HÌNH MŨI DI CHỨNG KHE HỖ MÔI BẰNG GHÉP SỤN TỰ THÂN

I. ĐẠI CƯƠNG

- Phẫu thuật tạo hình mũi di chứng khe hở môi là kỹ thuật tạo hình nhằm chỉnh sửa các biến dạng mũi thứ phát sau phẫu thuật tạo hình môi để lại.

- Việc phẫu thuật không chỉ cải thiện cấu trúc giải phẫu khung sụn mũi mà còn làm phần mũi - môi của trẻ có tính thẩm mỹ hơn.

II. CHỈ ĐỊNH

Các biến dạng mũi thứ phát sau tạo hình khe hở môi

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Tình trạng toàn thân không cho phép phẫu thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa phẫu thuật tạo hình và thẩm mỹ.

2. Phương tiện

- Một bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình mũi.
- Thước đo, bút vẽ, bảng định hình mảnh sụn lấy ra.
- Van mở vách mũi.
- Máy hút, dao điện.

3. Người bệnh

- Khám và đánh giá tình trạng toàn thân trước phẫu thuật.
- Người bệnh và gia đình được tư vấn kỹ 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 bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Chụp ảnh các tư thế người bệnh có biến dạng vùng mũi di chứng sau tạo hình môi.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Vô cảm

- Trẻ em: gây mê toàn thân.
- Thiết kế đường rạch da.
- Kết hợp giảm đau (gây tê tại chỗ) trong khi phẫu thuật.

3.2. Kỹ thuật

- Rạch da theo đường định hướng, phẫu thuật mũi mở
- Phẫu tích bộc lộ khung sụn bị biến dạng, thiếu sản.
- Đánh giá chính xác mức độ biến dạng mũi sau khi can thiệp trước đây mức độ thiếu sản phần sụn (trụ mũi, cánh mũi, đỉnh tháp mũi...) để lựa chọn vật liệu tạo hình thích hợp (sụn vách mũi, vành tai, sụn sườn).

- Giải phóng sẹo xơ gây biến dạng kích thước lỗ mũi, dùng các vật tại chỗ làm rộng nền lỗ mũi

- Kích thước lỗ mũi nhỏ hơn quá nhiều bên đối diện: ghép sụn phức hợp để làm tăng khẩu kính lỗ mũi

- Thiếu sản, mất sụn cánh mũi một bên phải cần kết hợp ghép sụn (sụn vành tai, sụn vách mũi) và vạt tại chỗ, lân cận để tạo hình cánh mũi.
- Lấy sụn sụn vách mũi: qua đường mổ mở, tiếp cận vào vùng vách mũi, tách niêm mạc vách mũi 2 bên bộc lộ sụn, lấy mảnh sụn theo kích thước cần dung
- Cắt, thiết kế mảnh sụn theo hình dạng cần dùng.
- Chỉnh sửa lệch vách trụ mũi giữa và làm vững bằng ghép mảnh sụn
- Cố định mảnh ghép sụn
- Khâu tạo hình lỗ mũi, trụ mũi.
- Khâu đóng vết mổ theo cấu trúc giải phẫu.

VI. THEO DÕI

Kháng sinh toàn thân và tại chỗ.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Trong phẫu thuật

Chảy máu: cầm máu tại chỗ bằng dao điện

2. Sau phẫu thuật

- Chảy máu vết phẫu thuật:
- Nếu chảy máu ít: băng ép và theo dõi.
- Nếu chảy máu nhiều: phải mở đốt cầm máu tại buồng phẫu thuật.
- Nhiễm trùng vết phẫu thuật: sử dụng kháng sinh tại chỗ và toàn thân, rửa vết thương hàng ngày và theo dõi chặt chẽ.
- Viêm, hoại tử mảnh ghép sụn phức hợp: chăm sóc vết loét, cần tiến hành tạo hình thì hai khi

PHẪU THUẬT TẠO HÌNH MŨI BẰNG SỤN SƯỜN

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật tạo hình mũi bằng sụn sườn là kỹ thuật tạo hình nhằm ổn định cấu trúc khung sụn mũi bằng vật liệu sụn sườn tự thân. Thường lấy mảnh sụn sườn ở sụn sườn VI.

II. CHỈ ĐỊNH

- Các dị dạng bẩm sinh vùng mũi do thiếu sản sụn phần sống mũi, cánh mũi, đỉnh mũi.
- Các tổn khuyết di chứng sau chấn thương gây mất hoặc biến dạng sụn.
- Các tổn khuyết vùng mũi sau cắt khối u (u sụn, u sắc tố, u máu biến chứng...).

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Tình trạng toàn thân không cho phép phẫu thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa phẫu thuật tạo hình và thẩm mỹ.

2. Phương tiện

- Một bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình mũi.
- Bộ dụng cụ phẫu tích lấy sụn sườn.
- Thước đo, bút vẽ, bảng thiết kế kích thước khung sụn.
- Máy hút, dao điện.

3. Người bệnh

- Khám và đánh giá tình trạng trước phẫu thuật.
- Người bệnh và gia đình được tư vấn kỹ 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 bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Chụp ảnh các tư thế người bệnh có biến dạng vùng mũi.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Vô cảm

- Trẻ em: gây mê toàn thân.
- Thiết kế đường rạch da và nơi lấy sụn sườn VI.
- Kết hợp giảm đau (gây tê tại chỗ) trong khi phẫu thuật.

3.2. Kỹ thuật

3.2.1. Thì 1: Phẫu tích bóc lộ khung sụn mũi biến dạng

- Rạch da theo đường định hướng.
- Phẫu tích bóc lộ khung sụn bị biến dạng, thiếu sản.
- Cầm máu kỹ.
- Đánh giá mức độ thiếu sản khung sụn (cánh mũi hai bên, đỉnh mũi, chân cánh mũi...)

3.2.2. Thì 2: Lấy mảnh sụn sườn

- Rạch da đường dọc chiều dài sụn sườn VI khoảng 2 cm.
- Phẫu tích đến phần màng sụn, mở màng sụn sườn.
- Lóc tách phần sụn sườn đến chiều dài cần thiết, lóc tách mạc sụn cả mặt trước và mặt sau.

- Đóng vết mổ tại vùng lấy sụn.

3.2.3. Thì 3: Ghép sụn sườn vào tổn khuyết vùng mũi

- Xử lý mảnh ghép sụn sườn theo kích thước của khung sụn mũi.
- Cố định mảnh ghép sụn sườn sau khi xử lý vào khung sụn mũi.
- Đóng vết mổ.

VI. THEO DÕI

Kháng sinh toàn thân và tại chỗ.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Trong phẫu thuật

- Chảy máu: cầm máu tại chỗ bằng dao điện
- Tổn thương màng phổi khi lấy sụn sườn: khâu kín lại, có thể cần đặt dẫn lưu màng phổi.

2. Sau phẫu thuật

- Chảy máu vết phẫu thuật:
 - + Nếu chảy máu ít: băng ép và theo dõi.
 - + Nếu chảy máu nhiều: phải đốt cầm máu tại buồng phẫu thuật.
- Nhiễm trùng vết phẫu thuật: sử dụng kháng sinh tại chỗ và toàn thân, rửa vết thương hàng ngày và theo dõi chặt chẽ.

PHẪU THUẬT TẠO HÌNH MŨI BẰNG SỤN VÁCH MŨI

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật tạo hình mũi bằng sụn vách mũi là kỹ thuật tạo hình nhằm ổn định cấu trúc khung sụn mũi bằng vật liệu sụn tự thân của vách mũi.

II. CHỈ ĐỊNH

- Các dị dạng bẩm sinh vùng mũi do thiếu sản sụn.
- Các tổn khuyết di chứng sau chấn thương gây mất hoặc biến dạng sụn.
- Các tổn khuyết vùng mũi sau cắt khối u (u sụn, u sắc tố, u máu biến chứng...).

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Tình trạng toàn thân không cho phép phẫu thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa phẫu thuật tạo hình và thẩm mỹ.

2. Phương tiện

- Một bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình mũi.
- Thước đo, bút vẽ, bảng định hình mảnh sụn lấy ra.
- Ván vách mũi.
- Máy hút, dao điện.

3. Người bệnh

- Khám và đánh giá tình trạng toàn thân trước phẫu thuật.
- Người bệnh và gia đình được tư vấn kỹ 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 bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Chụp ảnh các tư thế người bệnh có biến dạng vùng mũi.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Vô cảm

- Trẻ em: gây mê toàn thân.
- Thiết kế đường rạch da.
- Kết hợp giảm đau (gây tê tại chỗ) trong khi phẫu thuật.

3.2. Kỹ thuật

3.2.1. *Thì 1: Phẫu tích bóc lộ khung sụn mũi biến dạng*

- Rạch da theo đường định hướng mũi mở
- Phẫu tích bóc lộ khung sụn bị biến dạng, thiếu sản.
- Cầm máu kỹ.
- Đánh giá mức độ thiếu sản khung sụn (cánh mũi hai bên, đỉnh mũi, chân cánh mũi...)

3.2.2. *Thì 2: Lấy mảnh sụn vách mũi*

- Dùng ván vách mũi để bóc lộ mảnh sụn.
- Phẫu tích tối đa để thấy toàn bộ phần sụn vách mũi.

- Vẽ để xác định phần sụn cần lấy và dùng dao (kéo) để lấy mảnh sụn vách mũi.

3.2.3. *Thì 3: Ghép mảnh sụn vách mũi vào tổn khuyết vùng mũi*

- Xử lý mảnh sụn, ghép sụn vào phần thiếu hụt để tăng cường khung sụn mũi.
- Cố định mảnh ghép sụn vào khung sụn.
- Đóng vết mổ.

VI. THEO DÕI

Kháng sinh toàn thân và tại chỗ.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Trong phẫu thuật

Chảy máu: cầm máu tại chỗ bằng dao điện

2. Sau phẫu thuật

- Chảy máu vết phẫu thuật:
 - + Nếu chảy máu ít: băng ép và theo dõi.
 - + Nếu chảy máu nhiều: phải đốt cầm máu tại buồng phẫu thuật.
- Nhiễm trùng vết phẫu thuật: sử dụng kháng sinh tại chỗ và toàn thân, rửa vết thương hàng ngày và theo dõi chặt chẽ.

PHẪU THUẬT TẠO HÌNH MŨI BẰNG SỤN TAI

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật tạo hình mũi bằng sụn tai là kỹ thuật tạo hình nhằm ổn định cấu trúc khung sụn mũi bằng vật liệu sụn được lấy ở vành tai. Kỹ thuật lấy mảnh ghép sụn đơn thuần hoặc phức hợp tùy thuộc vào mục đích tạo hình cho tổn khuyết vùng mũi.

II. CHỈ ĐỊNH

- Các dị dạng bẩm sinh vùng mũi do thiếu sản sụn.
- Các tổn khuyết di chứng sau chấn thương gây mất hoặc biến dạng sụn.
- Các tổn khuyết vùng mũi sau cắt khối u (u sụn, u sắc tố, u máu biến chứng...).

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Tình trạng toàn thân không cho phép phẫu thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa phẫu thuật tạo hình và thẩm mỹ.

2. Phương tiện

- Một bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình mũi.
- Thước đo, bút vẽ, tấm nhựa trong suốt.
- Máy hút, dao điện.

3. Người bệnh

- Khám và đánh giá tình trạng trước phẫu thuật.
- Người bệnh và gia đình được tư vấn kỹ 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 bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Chụp ảnh các tư thế người bệnh có biến dạng vùng mũi.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Vô cảm

- Trẻ em: gây mê toàn thân.
- Thiết kế đường rạch da và nơi lấy sụn vành tai.
- Kết hợp giảm đau trong khi phẫu thuật.

3.2. Kỹ thuật

3.2.1. *Thì 1: Phẫu tích bóc lộ khung sụn mũi biến dạng*

- Rạch da theo đường định hướng.
- Phẫu tích bóc lộ khung sụn bị biến dạng, thiếu sản.
- Cầm máu kỹ.
- Đánh giá mức độ thiếu sản khung sụn (cánh mũi hai bên, đỉnh mũi, chân cánh mũi...)

3.2.2. *Thì 2: Lấy mảnh sụn tai (đơn thuần/ phức hợp)*

- Rạch da đường trước hoặc sau tai.
- Phẫu tích đến phần màng sụn, mở màng sụn vành tai.
- Lóc tách phần sụn cả mặt trước và mặt sau, lấy sụn theo kích thước cần tạo hình.

- Với trường hợp lấy phức hợp da sụn vành tai thì đánh giá mức độ của tổn khuyết vùng mũi.

- Đóng vết mổ tại vùng lấy sụn. Vicryl 6.0 hoặc PDS 6.0

3.2.3. *Thì 3: Ghép sụn tai vào tổn khuyết vùng mũi*

- Xử lý mảnh ghép sụn vào phần thiếu hụt khung sụn mũi.

- Cố định mảnh ghép sụn vào khung sụn.

- Với trường hợp ghép sụn vành tai phức hợp thì cố định tốt với da xung quanh và khâu gò gạc mỡ.

- Đóng vết mổ.

VI. THEO DÕI

Kháng sinh toàn thân và tại chỗ.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Trong phẫu thuật

Chảy máu: cầm máu tại chỗ bằng dao điện

2. Sau phẫu thuật

- Chảy máu vết phẫu thuật:

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

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

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

- Hoại tử mảnh ghép sụn phức hợp: chăm sóc vết thương, xử lý chờ đợi phẫu thuật thì 2

Trẻ có rối loạn đông máu, nhiễm trùng tiến triển, bệnh màng phổi, màng tim dính nặng.

- Tư thế người bệnh: người bệnh nằm ngửa, có đặt sonde niệu đạo bàng quang.

- Tư thế phẫu thuật viên: đứng bên phải người bệnh.

- Tư thế phẫu thuật viên phụ: đứng bên trái người bệnh.

- Dụng cụ viên: đứng bên phải phẫu thuật viên.

- Tiến hành phẫu thuật

+ Rạch da đường trắng giữa trên và dưới rốn vào ổ bụng

+ Kiểm tra toàn bộ ruột non từ góc Treitz tới góc hồi manh tràng.

+ Đồn dịch và hơi ở đoạn ruột giãn phía trên chỗ tắc và hút qua sonde dạ dày

+ Xác định nguyên nhân gây tắc ruột: dính/dây chằng

+ Gỡ dính ruột, cắt dây chằng gây tắc ruột ở toàn bộ ruột non.

+ Đánh giá toàn bộ ruột non còn hồng hào, bảo tồn được.

+ Lau rửa ổ bụng

+ Xếp lại ruột

+ Đóng bụng theo lớp giải phẫu.