

QUYẾT ĐỊNH

**Về việc ban hành tài liệu Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa
Chuyên khoa Chấn thương Chính hình**

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 của Hội đồng nghiệm thu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật Ngoại khoa của Bộ Y tế;

Theo 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 Ngoại khoa, chuyên khoa Chấn thương chính hình”, gồm 62 quy trình kỹ thuật.

Điều 2. Tài liệu “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa, chuyên khoa Chấn thương chính hình” 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 Ngoại khoa, chuyên khoa Chấn thương chính hình 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 Thủ trưởng BHYT;
- Bảo hiểm Xã hội Việt Nam (để phối hợp);
- Cổng thông tin điện tử BHYT;
- Website Cục KCB;
- Lưu VT, KCB.



Nguyễn Việt Tiến

DANH SÁCH 62 HƯỚNG DẪN QUY TRÌNH KỸ THUẬT NGOẠI KHOA
CHUYÊN KHOA PHẪU THUẬT CHÂN THƯƠNG CHÍNH HÌNH

(Ban hành kèm theo Quyết định số 5728/QĐ-BYT ngày 21 tháng 12 năm 2017
của Bộ trưởng Bộ Y tế)

TT	TÊN QUY TRÌNH KỸ THUẬT
1.	Phẫu thuật lấy toàn bộ xương bánh chè
2.	Cố định ngoại vi trong điều trị gãy hở chi dưới
3.	Phẫu thuật chuyển vật che phủ phần mềm cuống mạch rời
4.	Phẫu thuật tạo hình tổn thương dây chằng mạn tính của ngón I
5.	Phẫu thuật sửa trục điều trị lệch trục sau gãy đầu dưới xương quay
6.	Phẫu thuật và điều trị trật khớp quay trụ dưới
7.	Kết hợp xương qua da bằng K.Wire gãy đầu dưới xương quay
8.	Phẫu thuật chỉnh trục Cal lệch đầu dưới xương quay
9.	Phẫu thuật phương pháp Suave.Kapandji và điều trị viêm khớp quay trụ dưới
10.	Phẫu thuật điều trị khớp giả xương thuyền bằng mảnh ghép xương cuống mạch liền
11.	Phẫu thuật điều trị hội chứng chèn ép thần kinh quay
12.	Tạo hình thay thế khớp cổ tay
13.	Phẫu thuật tạo hình điều trị tật dính ngón tay
14.	Phẫu thuật điều trị tật thiếu xương quay bẩm sinh
15.	Thương tích bàn tay giản đơn
16.	Phẫu thuật điều trị đứt gân Achilles tới muộn
17.	Chuyển gân điều trị liệt đám rối thần kinh cánh tay
18.	Phẫu thuật chỉnh hình cổ bàn chân sau bại liệt
19.	Chỉnh sửa lệch trục chi (chân chữ O)
20.	Chỉnh sửa lệch trục chi (chân chữ X)
21.	Phẫu thuật điều trị trật bánh chè bẩm sinh
22.	Phẫu thuật điều trị trật bánh chè mắc phải
23.	Phẫu thuật cứng gối theo phương pháp JUDET
24.	Phẫu thuật chuyển gân chi (Chuyển gân chày sau, chày trước, cơ mác bên dài)
25.	Phẫu thuật sửa mỏm cụt chi
26.	Phẫu thuật điều trị gãy xương/ đặt lại xương trên một vùng chi thể (không sử dụng các phương tiện kết hợp xương)
27.	Phẫu thuật chuyển da, cơ che phủ
28.	Phẫu thuật gỡ dính thần kinh
29.	Phẫu thuật chuyển giường thần kinh trụ
30.	Phẫu thuật vết thương khớp
31.	Nắn, bó bột gãy xương đòn
32.	Nắn, bó bột trật khớp khuỷu
33.	Nắn, bó bột gãy Pouteau - Colles

34.	Nắn, bó bột gãy Dupuytren
35.	Nắn, bó bột gãy Monteggia
36.	Nẹp bột các loại, không nắn
37.	Phẫu thuật kết hợp xương gãy hờ độ I hai xương cẳng chân
38.	Phẫu thuật kết hợp xương gãy hờ độ II hai xương cẳng chân
39.	Phẫu thuật kết hợp xương gãy hờ độ II trên và liên lồi cầu xương đùi
40.	Điều trị phẫu thuật kết hợp xương gãy trật xương gót
41.	Điều trị phẫu thuật kết hợp xương trật khớp lisfranc
42.	Phẫu thuật kết hợp xương gãy thân hai xương cẳng chân
43.	Phẫu thuật kết hợp xương gãy xương mác đơn thuần
44.	Phẫu thuật kết hợp xương gãy xương gót
45.	Phẫu thuật kết hợp xương gãy lồi cầu trong xương đùi
46.	Phẫu thuật kết hợp xương gãy trên và liên lồi cầu xương đùi
47.	Phẫu thuật kết hợp xương gãy hờ độ II trên và liên lồi cầu xương đùi
48.	Khâu phục hồi tổn thương gân duỗi
49.	Phẫu thuật thay khớp bàn ngón tay nhân tạo
50.	Phẫu thuật làm cứng khớp cổ tay
51.	Phẫu thuật điều trị viêm bao hoạt dịch của gân gấp bàn ngón tay
52.	Phẫu thuật làm đổi chiều ngón 1 (thiếu dương ô mô cái)
53.	Chỉnh hình trong bệnh Arthrogryposis (viêm dính nhiều khớp bẩm sinh)
54.	Chỉnh hình tật dính quay trụ trên bẩm sinh
55.	Phẫu thuật kết hợp xương gãy lồi cầu xương khớp ngón tay
56.	Phẫu thuật gỡ dính khớp gối
57.	Phẫu thuật vết thương phần mềm đơn giản rách da đầu
58.	Phẫu thuật vết thương phần mềm phức tạp
59.	Phẫu thuật làm sạch ổ khớp
60.	Phẫu thuật vá da diện tích <5cm ²
61.	Phẫu thuật vá da diện tích 5-10cm ²
62.	Phẫu thuật vá da diện tích >10cm ²



**KT. BỘ TRƯỞNG
THỨ TRƯỞNG**

Nguyễn Việt Tiến

PHẪU THUẬT CHẤN THƯƠNG - CHỈNH HÌNH

PHẪU THUẬT LẤY TOÀN BỘ XƯƠNG BÁNH CHÈ

I. ĐẠI CƯƠNG

- Xương bánh chè tham gia vào cơ chế duỗi gối. Gãy xương bánh chè chiếm khoảng 3% gãy xương chi dưới. Nguyên nhân thường do cơ chế trực tiếp.
- Phân loại đơn giản có 3 kiểu
- Gãy ngang, gãy ngang cực trên, cực dưới.
- Gãy dọc ít gặp, ít lệch
- Gãy nhiều mảnh
- Điều trị có thể bảo tồn, kết hợp xương nếu gãy di lệch hoặc phải lấy bỏ một phần hay toàn bộ bánh chè trong gãy phức tạp.
- Biến chứng có thể là mất duỗi gối, nhiễm trùng.

II. CHỈ ĐỊNH

Gãy bánh chè nhiều mảnh phức tạp không thể kết hợp xương.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh bị đa chấn thương nặng không cho phép can thiệp phẫu thuật.

IV. CHUẨN BỊ

- 1. Người thực hiện:** Phẫu thuật viên là bác sĩ chuyên khoa chấn thương chỉnh hình.
- 2. Phương tiện**
 - Bộ dụng cụ phẫu thuật chi dưới.
 - Chỉ không tiêu cỡ to.
- 3. Người bệnh:** Được giải thích đầy đủ về cuộc phẫu thuật, quá trình phục hồi chức năng sau mổ và các tai biến, biến chứng có thể gặp trong và sau cuộc phẫu thuật. Nhịn ăn trước 6 giờ.
- 4. Hồ sơ bệnh án:** Ghi đầy đủ, chi tiết các lần thăm khám, hội chẩn, giải thích cho người bệnh và gia đình.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- 1. Tư thế:** người bệnh nằm ngửa.
- 2. Vô cảm:** Gây tê tùy sống hoặc gây mê.
- 3. Kỹ thuật:**
 - Garo hơi sát gốc đùi 400-450 mmHg.
 - Bộc lộ lấy toàn bộ mảnh gãy, giữ tối đa gân bánh chè và gân cơ tứ đầu đùi.
 - Bơm rửa làm sạch khớp và những mảnh nhỏ.
 - Sử dụng chỉ không tiêu, khâu để khâu qua bo của gân bánh chè, gân tứ đầu và 2 bờ bao khớp gối.
 - Khâu mũi rời, siết chặt sợi chỉ đảm bảo nó tạo thành vòng tròn đường kính khoảng 2mm.
 - Trong trường hợp mất hết bao gân bánh chè ta có thể sử dụng kỹ thuật V-plasty gân tứ đầu của Shorbe và Dobson để khâu.

- Bơm hút, cầm máu kỹ.
- Khâu vết mổ theo lớp giải phẫu.
- Băng vô khuẩn.
- Nẹp gối giữ trong khoảng 4 tuần
- Hướng dẫn tập phục hồi chức năng sau mổ theo quy trình.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Tụ máu, phù nề sau mổ.
- Nhiễm khuẩn sau mổ.
- Hạn chế hoặc mất duỗi gối.

CỐ ĐỊNH NGOẠI VI TRONG ĐIỀU TRỊ GÃY HỖ CHI DƯỚI

I. ĐẠI CƯƠNG

- Khung cố định ngoại vi được sử dụng lần đầu cho gãy xương vào thế kỷ 19 bởi Malgaigne. Sau đó ngày càng cải tiến và cho đến nay có rất nhiều loại khác nhau hữu dụng. Cố định ngoại vi có thể sử dụng cho gãy hờ xương, khớp giả nhiễm trùng hay kéo dài chi...

- Gãy hờ chi dưới là một cấp cứu ngoại khoa hay gặp. Xử trí khác nhau tùy mức độ tổn thương, trong đó cố định ngoại vi là hữu dụng trong những trường hợp gãy hờ nặng với mục đích chăm sóc phần mềm và cứu chi thể là ưu tiên.

- Các biến chứng có thể gặp là tổn thương mạch máu-thần kinh lớn, cứng khớp lân cận, nhiễm trùng chân đinh.

II. CHỈ ĐỊNH

- Gãy xương hờ nặng, độ III theo phân loại Gustilo.
- Gãy hờ độ II nhưng đến muộn.
- Gãy có tổn thương mạch máu-thần kinh lớn và phần mềm bị tổn thương nặng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Gãy kín hay gãy hờ độ I.
- Hạn chế cố định ngoại vi đùi trừ gãy hờ nặng phần mềm tổn thương nhiều hoặc có tổn thương mạch máu lớn.

IV. CHUẨN BỊ

- 1. Người thực hiện:** Phẫu thuật viên là bác sĩ chuyên khoa chấn thương chỉnh hình.
- 2. Người bệnh:** Được giải thích đầy đủ về cuộc phẫu thuật, quá trình phục hồi chức năng sau mổ và các tai biến, biến chứng có thể gặp trong và sau cuộc phẫu thuật.
- 3. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ cho phẫu thuật gãy xương đùi.
- Bộ dụng cụ cố định ngoại vi (ở Việt nam hay dùng khung FESSA).

- 4. Hồ sơ bệnh án:** Ghi đầy đủ, chi tiết các lần thăm khám, hội chẩn, giải thích cho người bệnh và gia đình.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- 1. Vô cảm:** Gây tê tủy sống hoặc gây mê.

- 2. Kỹ thuật**

- Có thể garo đùi nếu gãy căng chân để nhìn rõ hơn.
- Đảm bảo nguyên tắc khi điều trị gãy hờ: Cắt lọc hết tổ chức chết và dị vật bản và cố định diện gãy bằng phương tiện cố định.
- Đảm bảo nguyên tắc cố định ngoại vi với tiêu chí
 - + Đủ vững: đảm bảo mỗi đầu diện gãy 3 cọc.
 - + Hạn chế biến chứng: tránh khoan qua đường đi của mạch máu- thần kinh lớn.
 - + Thuận lợi cho chăm sóc phần mềm và sự thoải mái cho người bệnh.

- Ổ đùi do tình trạng nhiễm trùng chân đinh và cứng gổ nếu dùng thì đi từ ngoài vào và để trong thời gian ngắn rồi thay bằng phương pháp cố định bên trong. Ổ cứng chân nên đặt ở trước trong.

- Nếu gãy gần khớp có thể sử dụng khung vòng với những cọc nhỏ hơn để cố định đầu ngoại vi hoặc có thể cố định qua khớp nếu gãy vào khớp phức tạp.

- Làm sạch diện gãy và đánh giá lại phần mềm sau khi đặt cố định ngoại vi.

- Khâu che gân xương và mạch máu, thần kinh hoặc chuyển vạt (da, cơ) che phủ.

- Băng vô khuẩn.

- Điều trị kháng sinh thích hợp, theo dõi phần mềm và chăm sóc vết thương sau mổ để đưa ra xử lý kịp thời.

- Hướng dẫn tập luyện sau mổ tránh di chứng cứng khớp sau này.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Nhiễm khuẩn sau mổ.

- Hoại tử da và phần mềm sau mổ.

- Tồn thương mạch máu, thần kinh lớn.

PHẪU THUẬT CHUYỂN VẬT CHE PHỦ PHẦN MỀM CUỐNG MẠCH RỜI

I. ĐẠI CƯƠNG

- Khuyết hồng phần mềm cơ quan vận động là tổn thương hay gặp do nhiều nguyên nhân như: vết thương hỏa khí, tai nạn giao thông, lao động....

- Có nhiều phương pháp che phủ khuyết hồng phần mềm tùy từng người bệnh: huy động da tại chỗ, vạt da cân tại chỗ, ghép da, chuyển vạt cơ....

- Những năm gần đây với sự phát triển của vi phẫu thuật, nhiều vạt tổ chức có cuống mạch nuôi đã được phát hiện và phẫu thuật điều trị có hiệu quả, đặc biệt áp dụng cho cẳng bàn chân, bàn tay....

II. CÁC NGUYÊN LÝ VÀ SỰ PHÂN LOẠI CÁC VẬT

Vật là một đơn vị tổ chức được chuyển từ một nơi (nơi cho) tới một nơi khác (nơi nhận) mà sự cấp máu bởi các mạch của nó vẫn được duy trì. Càng ngày, các vật càng có nhiều hình dáng và cấu trúc. Bắt đầu từ những vạt da đơn thuần, đã có nhiều loại vật phức hợp gồm cả các thành phần mô khác như mỡ, mạc, cơ và xương. Một vật khác với một mảnh ghép ở chỗ vật được chuyển đi với các mạch máu của nó trong khi các mảnh ghép không có mạch máu và việc nuôi dưỡng phụ thuộc hoàn toàn vào nơi nhận.

2.1. Nguyên lý phân loại vạt cơ bản

Có ba tiêu chí phân loại vạt cơ bản như sau: (i) phân loại vạt theo nguồn gốc cấp máu, (ii) phân loại vạt dựa vào các thành phần mô được lấy, và (iii) phân loại vạt trên cơ sở vị trí nơi cho vạt. Các phân loại một cách phức tạp theo một số tác giả là sự kết hợp của các nguyên tắc cơ bản này.

2.1.1. Phân loại vạt theo nguồn gốc cấp máu

Giống như các tổ chức sống khác, các vật cũng cần phải được cấp máu nuôi dưỡng một cách tương xứng. Có hai cách cấp máu cho các vật như sau:

- Nếu một vật không được cấp máu bởi một động mạch được thừa nhận mà bởi từ nhiều mạch nhỏ không có tên thì vật đó được gọi là **vật ngẫu nhiên** (*random flap*). Đa số các vạt da tại chỗ thuộc nhóm này.

- Khi được cấp máu bởi một hay một nhóm các động mạch có tên gọi, vật được gọi là **vật trục** (*axial flap*). Hầu hết các vạt cơ được cấp máu kiểu trục như thế này và các kiểu cấp máu cho cơ được Mathes và Nahai sử dụng trong phân loại loại vạt này.

2.1.2. Phân loại vạt dựa vào các thành phần mô được lấy

Nhìn chung, một vật có thể bao gồm một hoặc tất cả các thành phần của cơ thể với nguyên tắc là đều được nuôi dưỡng đầy đủ bởi mạch máu của vật. Có hai nhóm vạt dựa vào các thành phần mô như sau:

- Nhóm vạt chỉ có 1 thành phần mô: vạt da (*cutaneous flap*), vạt mạc (*fascia flap*), vạt cơ (*muscle flap*), vạt xương (*bone flap*) và thậm chí cả các tạng (đại tràng, ruột non, mạc nối...).

- Nhóm vạt phức hợp: vạt mạc-da (*fasciocutaneous flap*), vạt cơ-da (*musculocutaneous flap*), vạt da-xương (*osseocutaneous flap*), vạt da-gân (*tendocutaneous flap*) và vạt cảm giác (*sensory/innervated flap*).

2.1.3. Phân loại vạt trên cơ sở vị trí nơi cho vạt

- Một vạt nằm kề cận vị trí của vùng tổn khuyết được gọi là vạt tại chỗ (*local flap*). Dựa trên đặc điểm không gian, một vạt có thể được gọi là vạt xoay (*rotation flap*), vạt chuyển (*transposition flap*) hoặc vạt mở rộng (*interpolation flap*). Các vạt cải tiến từ đó bao gồm vạt cuống đơn (*single pedicle flap*), vạt cuống đôi (*bipedicle flap*) và vạt V-Y (*V-Y flap*).

- Các vạt có vị trí giải phẫu không gần với nơi nhận được gọi là các vạt xa (*distant flap*). Một vạt xa có thể có cuống liền (*pedicled flap*) hoặc là một vạt tự do (*free flap*).

2.2. Các loại vạt chính được sử dụng

2.2.1. Vạt cơ và vạt cơ-da:

Tuy được gọi tên theo mô cấu thành nhưng loại vạt này còn chứa cả các mô kề cận (mô dưới da, mạc và có thể cả xương) có cùng nguồn gốc cấp máu. Mathes và Nahai đã chia vạt cơ và vạt cơ-da thành năm loại vạt dựa trên sự cấp máu cho cơ như sau:

- Type I: loại vạt có một cuống mạch như vạt cơ căng mạc đùi (*tensor fascia lata flap*), vạt cơ khuỷu (*anconeus flap*), vạt cơ bụng chân (*gastrocnemius flap*), vạt cơ rộng giữa (*vastus intermedius flap*).

- Type II: loại vạt có một cuống mạch trội thường ở gần các đầu bám của cơ và một số cuống mạch nhỏ hơn trên dọc chiều dài của bụng cơ. Cơ dạng ngón tay út (*abductor digiti minimi*), cơ dạng ngón chân cái (*abductor hallucis*), cơ rộng ngoài (*vastus lateralis*), cơ nhị đầu đùi (*biceps femoris*), cơ cánh tay quay (*brachioradialis*), cơ gấp các ngón chân ngắn (*flexor digitorum brevis*), cơ thon (*gracilis*), cơ mác dài (*peroneus longus*), cơ mác ngắn (*peroneus brevis*), cơ bám da cổ (*platysma*), cơ thẳng đùi (*rectus femoris*), cơ bán gân (*semitendinosus*), cơ dép (*soleus*), cơ ức-đòn-chũm (*sternocleidomastoid*), cơ thái dương (*temporalis*), cơ thang (*trapezius*), cơ rộng ngoài (*vastus lateralis*) thuộc loại vạt này.

- Type III: loại vạt có hai cuống mạch tách từ hai ĐM vùng khác nhau, trừ cơ vòng mắt. Các cơ thuộc loại vạt này là cơ hông lớn (*gluteus maximus*), cơ thẳng bụng (*rectus abdominis*), cơ vòng mắt (*orbicularis oris*), cơ răng trước (*serratus anterior*), cơ bán màng (*semimembranosus*).

- Type IV: loại vạt có nhiều cuống mạch tương đương. Các cơ sau có cấp máu dạng này: cơ gấp các ngón chân dài (*flexor digitorum longus*), cơ duỗi ngón chân cái dài (*extensor hallucis longus*), cơ rộng trong (*vastus medialis*), cơ chéo bụng ngoài (*external oblique*), cơ duỗi các ngón chân dài (*extensor digitorum longus*), cơ gấp ngón chân cái dài (*flexor hallucis longus*), cơ may (*sartorius*), cơ chày trước (*tibialis anterior*).

- Type V: loại vạt có một cuống mạch trội và nhiều cuống mạch phụ phân đoạn nhỏ hơn. Thuộc nhóm này có cơ ngực lớn (*pectoralis major*), cơ lưng rộng (*latissimus dorsi*).

2.2.2. Vạt mạc-da

Vạt mạc-da là vạt tổ chức có chứa da, mô dưới da và lớp mạc sâu được cấp máu bởi các ĐM mạc-da (fasciocutaneous artery) tách ra từ một ĐM vùng. Khi gập mạc sâu, các ĐM mạc-da phân nhánh ở ba mức trên, trong và dưới mạc này để nối với nhau tạo thành các đám rối mạch của mạc sâu. Các đám rối mạch của mạc sâu làm tăng khả năng tuần hoàn cho vạt và nguyên tắc lấy một vạt mạc-da là phải bóc cả mạc sâu để có được các đám rối mạch này. Trong ba mức phân nhánh, số lượng các nhánh của ĐM mạc-da ở mặt nông (trên) của mạc sâu là nhiều nhất và kích thước mạch cũng lớn nhất (thường lớn hơn 0.1mm).

Vạt mạc-da được sử dụng khi mà các mảnh ghép da (*skin graft*) hoặc các vạt da ngẫu nhiên không che phủ đủ một tổn khuyết như che phủ các gân và xương. Hướng của vạt chạy dọc theo trục của các mạch máu nuôi dưỡng vạt và vì vậy sự hiểu biết về hướng của các đám rối mạch của mạc, của các ĐM xuyên mạc-da và của vách mạc là rất cần thiết. Đây là loại vạt rất dễ bóc với độ tin cậy cao trên người bệnh.

Poten là người đầu tiên mô tả vạt mạc-da vào năm 1981. Trước đó, hầu hết các vạt ở chi dưới được thiết kế dựa trên khái niệm vạt ngẫu nhiên với một tỷ lệ kích thước dài-rộng của vạt hạn chế (thường là tỷ lệ 1:1). Vạt của Poten được thiết kế với tỷ lệ kích thước này là 3:1 nên còn được gọi là siêu vạt Poten (Poten superflap). Cormack và Lamberty đã phân loại vạt mạc-da dựa trên các đặc điểm giải phẫu mạch của vạt. Các tác giả đã chia các vạt mạc-da thành 4 loại sau:

- Type A: vạt được nuôi dưỡng bởi nhiều ĐM mạc-da đi vào nền vạt. Trục dọc của vạt nằm song song với hướng chính của các nhánh mạch cấp máu cho vạt. Cuống của loại vạt này thường rất rộng và dày để đảm bảo không tổn thương các mạch cấp máu cho vạt. Vì thế vạt chỉ có thể sử dụng tại chỗ với cung xoay và tầm với của vạt rất hạn chế.

- Vạt loại B: là loại vạt được thiết kế dựa trên một ĐM mạc-da duy nhất có kích thước trung bình, hằng định về sự xuất hiện và trị trí xuất hiện. Do chỉ có một ĐM mạc-da ở cuống vạt, vạt loại này không chỉ được sử dụng tại chỗ mà còn có thể chuyển tự do. Dù ĐM mạc-da duy nhất của vạt là nhánh bên hay là nhánh tận thì ĐM vùng tách ra nó có thể được lấy thêm cho cuống vạt.

- Type C: là loại vạt được nuôi dưỡng bởi nhiều ĐM mạc-da tách song song từ một ĐM vùng trên dọc chiều dài vạt. Sự phân bố và kích thước của các ĐM mạc-da khác nhau ở từng phần của ĐM chính.

- Type D: là loại vạt được thiết kế theo kiểu vạt loại C nhưng phần mô của vạt gồm cả cơ và xương liền kề với vùng mạc-da. Phần cơ, xương của vạt được nuôi dưỡng bởi những nhánh mạch có cùng nguồn gốc với các ĐM mạc-da.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Chuẩn bị trước mổ

Chuẩn bị tốt tâm lý cho người bệnh, tạo sự tin tưởng và hợp tác

Người bệnh được thông báo đầy đủ các bước phẫu thuật, biến chứng có thể xảy ra, ưu nhược điểm....

2. Phẫu thuật

- Kế hoạch mổ được thông báo cho người bệnh trước 1 ngày
- Vùng cho và nhận được chuẩn bị rộng rãi, có thể phải dự trữ vùng cho thứ 2
- Phẫu thuật luôn bắt đầu từ nơi nhận
- Cần dự kiến 2 khả năng có thể xảy ra:
 - + Thay thế 1 vết sẹo: Do sẹo được cắt bỏ hoàn toàn nên sự khuyết hồng có thể rộng rãi hơn dự kiến ban đầu, cần cắt bỏ bờ sẹo đến khi thấy da mềm và bóc tách được, cho phép ghép vạt.
 - + Che phủ chỗ thiếu hồng: Mục đích là che phủ các cấu trúc như xương, gân, thần kinh nên cần xác định kích thước chỗ thiếu hồng, có thể không cần che phủ hoàn toàn trong trường hợp 1 phần khuyết hồng tổ chức hạt mọc rất tốt, trường hợp này cần vá da thì 2.
- Đo đạc chuẩn kích thước vùng khuyết hồng, đắp gạc nước muối ẩm lên vùng khuyết hồng rồi mới bóc tách vạt da mới.
- Đường mổ được rạch khoảng trên một nửa chu vi vạt và trên cuống nhằm mục đích vạt có thể khâu trở lại nếu cuống và vạt không thỏa mãn điều kiện cho cuộc chuyển.
- Bóc tách tổ chức vạt, mạch máu, thần kinh của vạt., khi bóc tách mạch cần lưu ý đảm bảo tĩnh mạch hồi lưu tránh làm tổn thương bao mạch, dễ gây cục máu đông.
- Ghép vạt và cuống đến nơi nhận bằng kỹ thuật vi phẫu.

3. Chăm sóc hậu phẫu

- Đường khâu cần phải được che bằng gạc mỡ kháng sinh, băng dầy có đệm nhưng không chặt.
- Vạt da cần được kê cao nhưng không quá cao vì làm giảm áp lực tưới máu của vạt.
- Giảm đau tốt cho người bệnh
- Truyền dịch đầy đủ
- Kháng sinh
- Chống đông
- Theo dõi vạt da trong 48h đầu
- + Vạt có thể tái hoặc ứ đọng máu có thể thay đổi độ cao của chi 1 vài lần trong ngày
 - + Vạt tái mà không có máu mao quản trở về, có thể rạch một đường nhỏ trên vạt không có máu chảy thường đông máu động mạch, phải mổ lại.
 - + Vạt ứ đọng máu và xuất hiện các nốt tím thường do đông máu tĩnh mạch cần theo dõi sát và dùng chống đông hợp lý.
 - + Vạt da quá căng có thể tách một vài mũi chỉ để giải ép
 - + Vạt chi trên có thể đi lại vào ngày hôm sau, vạt chi dưới cho phép đi lại trong vài ngày đến vài tuần.

PHẪU THUẬT TẠO HÌNH TỔN THƯƠNG DÂY CHẰNG MẠN TÍNH CỦA NGÓN I

I. ĐẠI CƯƠNG

- Đây là bệnh lý tổn thương dây chằng bên trụ của khớp bàn ngón tay cái mạn tính, được ghi nhận từ năm 1955 ở những người thợ săn Scotland, do động tác xoắn vặn lặp lại nhiều lần dẫn đến thương tổn.

- Ngày nay, chấn thương này nghiêm trọng hơn, đặc biệt hay gặp trong động tác tiếp đất của vận động viên trượt tuyết. Bệnh này còn được gọi là “ngón tay của người trượt tuyết”.

- Sự ổn định của dây chằng rất quan trọng, nó đóng góp cho các động tác cầm nắm của bàn tay. Do vậy, cần được phẫu thuật và tập luyện một cách hợp lý.

II. CƠ CHẾ CHẤN THƯƠNG

Bất kỳ những “stress” làm căng giãn quá mức dây chằng này có thể dẫn đến đứt. Hay gặp nhất trong tư thế 1 cú ngã với ngón tay cái dạng.

Thương tổn có thể gặp phải: Đứt dây chằng bên bàn ngón, bong điểm bám của dây chằng này ngang nền đốt bàn 2, hoặc cả 2.

III. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ

Trong trường hợp dây chằng đứt một phần nhưng khớp còn vững khi gấp, điều trị bảo tồn bằng cách bất động bàn ngón 1 bằng bột hoặc nẹp phù hợp trong 4 tuần.

Trong trường hợp khớp bàn ngón mất vững tư thế duỗi (hơn 15 độ so với bên lành hoặc hơn 30 độ so với tư thế thẳng, phẫu thuật được đặt ra.

IV. KỸ THUẬT PHẪU THUẬT

- Người bệnh nằm ngửa, gây tê đám rối và garo.

- Rạch da chữ S hoặc V bờ trụ của ngón 1, phẫu tích các thành phần đến dây chằng, chú ý các nhánh nông cảm giác.

- Bộc lộ đầu tận còn lại của dây chằng, có nhiều phương án giải quyết theo các tác giả:

+ Nối lại phần dây chằng

+ Khâu bao khớp và dây chằng

+ Chuyển bám tận của gân cơ khép ngón cái lên nền xương đốt ngón 1

+ Tái tạo lại dây chằng đi từ cổ xương bàn ngón đến nền xương đốt 1, vật liệu là gân, có thể là: gân gan tay dài, trường hợp không có có thể sử dụng một phần gân duỗi dài ngón 1.

. Trong trường hợp tổn thương rất muộn có thể tính đến chuyện làm cứng khớp.

- Kiểm tra lại vận động của khớp

- Đóng lại theo lớp giải phẫu.

PHẪU THUẬT SỬA TRỤC ĐIỀU TRỊ LỆCH TRỤC SAU GÃY ĐÀU DƯỚI XƯƠNG QUAY

I. ĐẠI CƯƠNG

Lệch trục đầu dưới xương quay thường gặp sau điều trị bảo tồn không triệt để hoặc không điều trị gãy đầu dưới xương quay. Lệch trục đầu dưới xương quay gây ra hạn chế vận động khớp cổ tay, sấp ngửa của cẳng tay và vận động các ngón, thậm chí có thể gây ra chèn ép hoặc tổn thương thần kinh giữa và gân gấp. Cần phát hiện sớm di lệch sau điều trị bảo tồn để chỉ định mổ kịp thời.

II. CHỈ ĐỊNH

Đau và mất chức năng cổ bàn tay sau điều trị bảo tồn gãy đầu dưới xương quay

Chèn ép hoặc tổn thương thần kinh giữa, gân gấp.

X quang có cal lệch đầu dưới xương quay.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Tình trạng nhiễm trùng tại chỗ

Bệnh lý nội khoa hoặc tình trạng toàn thân nặng không cho phép phẫu thuật.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế:

- Người bệnh nằm ngửa, tay đặt lên bàn con, garo hơi ở 1/3 trên cánh tay áp lực 250 mmHg.

- Phẫu thuật viên chính ngồi phía bờ trụ, người phụ 1 ngồi phía bờ quay, người phụ 2 cạnh phụ 1.

2. Vô cảm

3. Kỹ thuật:

- Thì 1: Rửa da đường Henry

- Thì 2: Bộc lộ đầu dưới xương quay

+ Tách qua lớp nông, vén khối gân gấp và đi qua cơ sấp vuông

+ Đánh giá sự cal lệch của đầu dưới xương quay

- Thì 3: Chỉnh cal lệch đầu dưới xương quay

+ Đục xương theo đường cal lệch của đầu dưới xương quay (có thể hỗ trợ bằng Carm)

+ Làm sạch 2 đầu diện gãy

- Thì 4: Kết hợp xương

+ Đặt lại đầu dưới xương quay vào đầu trung tâm

+ Kết hợp xương bằng nẹp vít hoặc cố định bằng Kwire

- Thì 6: Kiểm tra

+ Kiểm tra lại tư thế trên lâm sàng cũng như trên Carm

+ Cầm máu, làm sạch và đóng theo các lớp giải phẫu

V. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi:

- Tình trạng phù nề và nhiễm trùng sau mổ
- Tình trạng tưới máu ngoại vi và theo dõi nói bột khi cần thiết
- Tập phục hồi chức năng theo giai đoạn

2. Xử trí tai biến:

Xử trí tai biến nếu có

PHẪU THUẬT VÀ ĐIỀU TRỊ TRẬT KHỚP QUAY TRỤ DƯỚI

I. ĐẠI CƯƠNG

Trật khớp quay trụ dưới là một trong các bệnh lý của khớp quay trụ dưới. Trật khớp quay trụ dưới có thể gặp sau chấn thương (gãy đầu dưới xương quay), do thoái hóa và nhiều nguyên nhân khác.

II. CHỈ ĐỊNH

Đau và mất chức năng cổ bàn tay (sấp ngửa) sau gãy cũ đầu dưới xương quay, thoái hóa khớp.

Các phương pháp điều trị nội khoa không kết quả.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Tình trạng nhiễm trùng tại chỗ.

Bệnh lý nội khoa hoặc tình trạng toàn thân nặng không cho phép phẫu thuật.

IV. CHUẨN BỊ

- Người bệnh nằm ngửa, tay đặt lên bàn con, garo hơi ở 1/3 trên cánh tay áp lực 250 mmHg.

- Phẫu thuật viên chính ngồi phía bờ trụ, người phụ 1 ngồi phía bờ quay, người phụ 2 cạnh phụ 1.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Thì 1: Rửa da đường sau theo diện khớp quay trụ dưới

- Thì 2: Bộc lộ khớp quay trụ dưới

- Thì 3: Kiểm tra dây chằng cố định khớp quay trụ dưới

+ Cố định tạm thời đầu dưới xương trụ vào xương quay bằng Kwire

+ Hoặc dùng gân gan tay dài tái tạo lại các dây chằng quay trụ dưới.

- Thì 4: Kiểm tra

+ Kiểm tra lại tư thế trên lâm sàng cũng như trên Carm

+ Cầm máu, làm sạch và đóng theo các lớp giải phẫu

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi:

- Bất động bột cố bàn tay 3 - 4 tuần

- Tình trạng phù nề và nhiễm trùng sau mổ

- Tình trạng tưới máu ngoại vi và theo dõi nói bột khi cần thiết

- Tập phục hồi chức năng theo giai đoạn

2. Xử trí tai biến:

Xử trí tai biến nếu có

KẾT HỢP XƯƠNG QUA DA BẰNG K.WIRE GÃY ĐẦU DƯỚI XƯƠNG QUAY

I. ĐẠI CƯƠNG

- Gãy đầu dưới xương quay là một loại gãy ở người cao tuổi, thường gặp do ngã chống tay.

- Phương pháp điều trị bảo tồn cho kết quả tốt trong nhiều trường hợp.

- Phương pháp phẫu thuật kết hợp xương (KHX) qua da bằng K.wire cho kết quả rất tốt, cho phép người bệnh tập phục hồi chức năng sớm sau mổ.

II. CHỈ ĐỊNH

- Trường hợp gãy không vững, di lệch thứ phát sau bó bột.

- Điều trị bảo tồn thất bại.

- Người bệnh có nhu cầu hoàn thiện cao về chức năng của bàn tay.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tình trạng nhiễm trùng tại chỗ

- Bệnh lý nội khoa hoặc tình trạng toàn thân nặng không cho phép phẫu thuật

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế:

- Người bệnh nằm ngửa, tay đặt lên bàn con, garo hơi ở 1/3 trên cánh tay áp lực 250 mmHg.

- Phẫu thuật viên chính ngồi phía bờ trụ, người phụ 1 ngồi phía bờ quay, người phụ 2 cạnh phụ 1,

2. Vô cảm:

3. Kỹ thuật:

- Thì 1: Đặt cổ tay người bệnh trên màn tăng sáng

- Thì 2: Nắn chỉnh đầu dưới xương quay tùy theo kiểu di lệch

- Thì 3: Xuyên K.wire dưới sự hướng dẫn của C.arm chéo qua ổ gãy

- Thì 4: Kiểm tra

+ Kiểm tra lại tư thế trên lâm sàng cũng như trên Carm

+ Vận động cổ tay để chắc chắn K.wire không phạm khớp.

V. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi:

- Tình trạng phù nề và nhiễm trùng sau mổ

- Tình trạng tưới máu ngoại vi và theo dõi nói bột khi cần thiết

- Tập phục hồi chức năng theo giai đoạn

2. Xử trí tai biến: Xử trí tai biến nếu có

PHẪU THUẬT

CHỈNH TRỤC CAL LỆCH ĐẦU DƯỚI XƯƠNG QUAY

I. ĐẠI CƯƠNG

Cal lệch đầu dưới xương quay thường gặp sau điều trị bảo tồn không triệt để hoặc không điều trị gãy đầu dưới xương quay. Cal lệch đầu dưới xương quay gây ra hạn chế vận động khớp cổ tay, sấp ngửa của cẳng tay và vận động các ngón, thậm chí có thể gây ra chèn ép hoặc tổn thương thần kinh giữa và gân gấp. Cần phát hiện sớm di lệch sau điều trị bảo tồn để chỉ định mổ kịp thời

II. CHỈ ĐỊNH

Đau và mất chức năng cổ bàn tay sau điều trị bảo tồn gãy đầu dưới xương quay
Chèn ép hoặc tổn thương thần kinh giữa, gân gấp
X quang có cal lệch đầu dưới xương quay

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Tình trạng nhiễm trùng tại chỗ
Bệnh lý nội khoa hoặc tình trạng toàn thân nặng không cho phép phẫu thuật

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế:

- Người bệnh nằm ngửa, tay đặt lên bàn con, garo hơi ở 1/3 trên cánh tay áp lực 250 mmHg.
- Phẫu thuật viên chính ngồi phía bờ trụ, người phụ 1ngồi phía bờ quay, người phụ 2 cạnh phụ 1.

2. Vô cảm

3. Kỹ thuật:

- Thì 1: Rửa da đường Henry
- Thì 2: Bộc lộ đầu dưới xương quay
 - . Tách qua lớp nông, vén khối gân gấp và đi qua cơ sấp vuông
 - . Đánh giá sự cal lệch của đầu dưới xương quay
- Thì 3: Chỉnh cal lệch đầu dưới xương quay
 - + Đục xương theo đường cal lệch của đầu dưới xương quay (có thể hỗ trợ bằng Carm)
 - + Làm sạch 2 đầu diện gãy
- Thì 4: Kết hợp xương
 - + Đặt lại đầu dưới xương quay vào đầu trung tâm
 - + Kết hợp xương bằng nẹp vít hoặc cố định bằng Kwire
- Thì 5: Kiểm tra
 - + Kiểm tra lại tư thế trên lâm sàng cũng như trên Carm
 - + Cầm máu, làm sạch và đóng theo các lớp giải phẫu

V. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi:

- Tình trạng phù nề và nhiễm trùng sau mổ
- Tình trạng tưới máu ngoại vi và theo dõi nói bột khi cần thiết
- Tập phục hồi chức năng theo giai đoạn

2. Xử trí tai biến:

Xử trí tai biến nếu có

PHẪU THUẬT SUAVE - KAPANDJI VÀ ĐIỀU TRỊ VIÊM KHỚP QUAY TRỤ DƯỚI

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm khớp quay trụ dưới là một trong các bệnh lý của khớp quay trụ dưới (Distal radioulnar joint disorder). Viêm khớp quay trụ dưới có thể gặp sau chấn thương (gãy đầu dưới xương quay), do thoái hóa và nhiều nguyên nhân khác. Phẫu thuật Sauve Kapandji là một trong các phương pháp điều trị bệnh lý khớp quay trụ dưới.

II. CHỈ ĐỊNH

- Đau và mất chức năng cổ bàn tay (sấp ngửa) sau gãy cũ đầu dưới xương quay, thoái hóa khớp.

- Các phương pháp điều trị nội khoa không kết quả.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tình trạng nhiễm trùng tại chỗ

- Bệnh lý nội khoa hoặc tình trạng toàn thân nặng không cho phép phẫu thuật

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế:

- Người bệnh nằm ngửa, tay đặt lên bàn con, garo hơi ở 1/3 trên cánh tay áp lực 250 mmHg.

- Phẫu thuật viên chính ngồi phía bờ trụ, người phụ 1 ngồi phía bờ quay, người phụ 2 cạnh phụ 1.

2. Vô cảm:

3. Kỹ thuật:

- Thì 1: Rạch da đường sau theo bờ xương trụ

- Thì 2: Bộc lộ đầu dưới xương trụ

+ Tách qua lớp nông, và qua gân cơ gấp và duỗi cổ tay trụ

+ Bộc lộ đầu dưới xương trụ

- Thì 3: Cắt đoạn xương trụ

+ Cố định tạm thời đầu dưới xương trụ vào xương quay bằng Kwire

+ Cắt bỏ 1 đoạn xương trụ khoảng 15mm và màng gian cốt tương ứng, để lại đầu dưới xương trụ và bảo tồn hệ thống dây chằng cổ tay

- Thì 4: Cố định đầu dưới xương trụ

Cố định đầu dưới xương trụ vào đầu dưới xương quay bằng vis xóp 3.5mm

- Thì 5: Kiểm tra

+ Kiểm tra lại tư thế trên lâm sàng cũng như trên Carm

+ Cầm máu, làm sạch và đóng theo các lớp giải phẫu

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi:

- Bất động bột cứng bàn tay 3 - 4 tuần
- Tình trạng phù nề và nhiễm trùng sau mổ
- Tình trạng tưới máu ngoại vi và theo dõi nói bột khi cần thiết
- Tập phục hồi chức năng theo giai đoạn

2. Xử trí tai biến:

Xử trí tai biến nếu có

PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ KHỚP GIẢ XƯƠNG THUYỀN BẰNG MẢNH GHÉP XƯƠNG CUỐNG MẠCH LIỀN

I. ĐỊNH NGHĨA

- Gãy xương thuyền thường bị khớp giả do không được chẩn đoán và xử lý trong giai đoạn cấp tính.

- Khớp giả xương thuyền có thể được điều trị bằng cách kết hợp xương, ghép xương có cuống mạch hoặc kết hợp xương ghép xương không có cuống mạch. Kỹ thuật ghép xương có cuống mạch điều trị khớp giả xương thuyền thường đem lại hiệu quả rất cao.

- Có nhiều cách kết hợp xương có cuống mạch được mô tả, trong quy trình này tôi chỉ mô tả quy trình kỹ thuật ghép xương có cuống mạch lấy từ bờ trước, mặt gan của gan tay điều trị khớp giả xương thuyền.

II. CHỈ ĐỊNH

Khớp giả xương thuyền.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Khớp giả xương thuyền nhiễm trùng.

- Người bệnh có tình trạng nhiễm trùng toàn thân hoặc tại chỗ đang tiến triển.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: Là phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình hoặc phẫu thuật viên phẫu thuật bàn tay.

2. Người bệnh: Người bệnh được vệ sinh vùng cơ thể cần phẫu thuật.

3. Phương tiện: Bộ dụng cụ phẫu thuật bàn tay cơ bản. Bộ dụng cụ vi phẫu cơ bản.

V. CÁCH THỨC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: Người bệnh nằm ngửa trên bàn mổ, tay dạng 90 độ, bàn tay ngửa được đặt trên một bàn mổ nhỏ riêng biệt. Phẫu thuật viên đứng phía dưới người bệnh, người phụ 1 đứng trên đầu người bệnh, người phụ 2 đứng phía ngoài bàn mổ.

Sử dụng màn tăng sáng trong mổ.

2. Vô cảm

3. Kỹ thuật:

- Dồn máu, ga rô gốc chi.

- Rạch da mặt gan cổ tay: đoạn trên nếp gấp cổ tay đường rạch da nằm ở bờ ngoài gân gấp cổ tay quay; đoạn dưới nếp gấp cổ tay đường rạch da nằm trên nếp gấp của gan tay, chia gan bàn tay thành ô mô cái và ô mô út; 2 đường trên được nối với nhau bởi đường rạch ngang cổ tay nằm trên nếp gấp cổ tay.

- Phẫu tích giữa gân cơ gấp cổ tay quay và động mạch quay để bộc lộ động mạch quay. Chú ý bảo tồn tất cả các nhánh bên của động mạch quay.

- Để cổ tay gấp mu, phẫu tích vào bao khớp phía trước để bộc lộ xương thuyền và đầu dưới xương quay.

- Làm sạch xơ ở cổ khớp giả của xương thuyền.
- Nắn chỉnh lấy lại chiều dài của xương thuyền bằng cách kéo ngón tay cái duỗi và dạng, dùng móc xương để kéo cực còn lại của xương thuyền.
- Đo kích thước phần xương bị khuyết thiếu sau khi đã nắn chỉnh hai cực của xương thuyền về vị trí giải phẫu. Nếu cần thiết có thể cố định tạm thời hai cực của xương thuyền bằng kim Kirschner nhỏ.
- Phẫu tích vạt xương quay có cuống mạch liền: Trong quy trình này chúng tôi sử dụng vạt xương quay có cuống mạch là nhánh gan cổ tay (volar carpal artery) của động mạch quay. Móc giải phẫu để xác định cuống mạch gan cổ tay vị trí giữa màng xương quay và bờ dưới cơ sấp vuông. Sử dụng dụng cụ đục một mảnh xương quay có cuống mạch là nhánh gan cổ tay với 1 thành xương là thành xương mặt gan của xương quay kèm theo phần xốp của xương quay, kích thước của mảnh ghép được xác định bằng kích thước của phần xương khuyết.
- Ghép xương vào diện khuyết xương, kết hợp xương thuyền bằng vít hoặc bằng kim Kirschner.
- Cầm máu và khâu phục hồi phần mềm theo giải phẫu.
- Sau mổ bất động bằng bột căng bàn tay tư thế cơ năng.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Nhiễm trùng sau mổ: Là biến chứng chung có thể gặp ở bất kỳ người bệnh sau phẫu thuật nào. Cần theo dõi sát tình trạng toàn thân cũng như tại chỗ để phát hiện kịp thời biến chứng nhiễm trùng sau mổ và có thái độ xử lý đúng đắn dựa vào mức độ nhiễm trùng. Các dấu hiệu biểu hiện nhiễm trùng sau mổ bao gồm toàn thân biểu hiện bằng người bệnh sốt sau mổ. Tại chỗ biểu hiện bằng sưng nóng đỏ đau tại vết mổ hoặc vết mổ chảy dịch đục, dịch mủ. Nhiễm trùng sau mổ có khi phải xử lý bằng phẫu thuật làm sạch. Nhiễm trùng có thể làm hỏng vạt xương ghép.
- Tồn thương động mạch quay: Là biến chứng có thể gặp do phẫu tích thô bạo. Tồn thương động mạch quay hoặc nhánh gan cổ tay của động mạch quay đều có thể làm hỏng vạt xương có cuống mạch. Cần phẫu tích nhẹ nhàng bằng dụng cụ vi phẫu để bộc lộ cuống mạch cũng như lấy vạt xương để tránh biến chứng này.

PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG CHÈN ÉP THẦN KINH QUAY

I. ĐỊNH NGHĨA

- Chèn ép thần kinh quay có thể gặp ở bất kỳ vị trí nào trên đường đi của thần kinh quay và có nhiều nguyên nhân khác nhau.
- Vị trí thường gặp chèn ép thần kinh quay nhất là ở đầu gần của cẳng tay, ở vị trí cơ ngửa. Tuy nhiên tình trạng chèn ép thần kinh quay có thể gặp ở vị trí rãnh quay của xương cánh tay liên quan đến gãy thân xương cánh tay hoặc ở vị trí khớp khuỷu liên quan đến gãy chỏm xương quay.

II. CHỈ ĐỊNH

Chèn ép thần kinh quay điều trị nội khoa không kết quả (thường sau khoảng 12 tuần điều trị nội) hoặc triệu chứng liệt thần kinh quay tăng dần.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối điều trị phẫu thuật chèn ép thần kinh quay.
- Người bệnh có tình trạng nhiễm trùng toàn thân hoặc tại chỗ đang tiến triển.

IV. CHUẨN BỊ

1. **Người thực hiện:** Là phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình được đào tạo cơ bản.
2. **Người bệnh:** Người bệnh được vệ sinh vùng cơ thể cần phẫu thuật.
3. **Dụng cụ:** Bộ dụng cụ phẫu thuật bàn tay cơ bản. Bộ dụng cụ vi phẫu cơ bản.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế:

- Người bệnh nằm ngửa trên bàn mổ, tay dạng 90 độ, bàn tay ngửa được đặt trên một bàn mổ nhỏ riêng biệt.
- Phẫu thuật viên đứng phía dưới người bệnh, người phụ 1 đứng trên đầu người bệnh, người phụ 2 đứng phía ngoài bàn mổ.

2. Các bước tiến hành:

- Dồn máu, ga rô gốc chi.
- Đường vào: Tùy vào vị trí bị chèn ép mà có đường rạch da khác nhau. Nếu thần kinh quay bị chèn ép ở đầu trên xương cánh tay nên sử dụng đường sau. Nếu thần kinh quay bị chèn ép ở 1/3 giữa và dưới xương cánh tay nên lựa chọn đường trước ngoài. Nếu thần kinh quay bị chèn ép ở đầu trên của cẳng tay cũng nên lựa chọn đường trước ngoài.
- Phẫu tích cân nông ở cánh tay và cẳng tay.
- Vén cơ để bộc lộ thần kinh quay. Chú ý bảo tồn tất cả các nhánh của thần kinh quay.
- Tìm nguyên nhân chèn ép thần kinh quay và giải quyết nguyên nhân gây chèn ép thần kinh quay. Trong quá trình phẫu tích phải nhẹ nhàng để không làm tổn thương thêm các nhánh mạch nuôi thần kinh cũng như không làm tổn thương phần mềm nhiều sẽ gây dính về sau.
- Cầm máu kỹ và khâu đóng phần mềm theo giải phẫu.
- Sau mổ bất động bằng nẹp bột cánh cẳng bàn tay tư thế cơ năng, treo tay bằng túi treo tay.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG

- **Nhiễm trùng sau mổ:** Là biến chứng chung có thể gặp ở bất kỳ người bệnh sau phẫu thuật nào. Cần theo dõi sát tình trạng toàn thân cũng như tại chỗ để phát hiện kịp thời biến chứng nhiễm trùng sau mổ và có thái độ xử lý đúng đắn dựa vào mức độ nhiễm trùng. Các dấu hiệu biểu hiện nhiễm trùng sau mổ bao gồm: toàn thân biểu hiện bằng người bệnh sốt sau mổ. Tại chỗ biểu hiện bằng sưng nóng đỏ đau tại vết mổ hoặc vết mổ chảy dịch đục, dịch mủ. Nhiễm trùng sau mổ có khi phải xử lý bằng phẫu thuật làm sạch. Nhiễm trùng có thể làm hỏng vạt xương ghép.
- **Tổn thương thần kinh quay:** Là biến chứng có thể gặp do phẫu tích thô bạo. Tổn thương thần kinh quay thực thể có thể làm cho liệt thần kinh quay hoàn toàn và không hồi phục. Cần phẫu tích nhẹ nhàng bằng dụng cụ vi phẫu khi bóc lộ thần kinh quay để tránh biến chứng này. Nếu liệt thần kinh quay không hồi phục có thể phải mổ chuyển gân điều trị liệt thần kinh quay.

TẠO HÌNH THAY THỂ KHỚP CỔ TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

- Một số tổn thương ở khớp cổ tay có thể phải thay khớp cổ tay. Thay khớp cổ tay ngoài tác dụng giảm đau còn giúp cổ tay có thể chuyển động làm hoạt động diễn ra thuận lợi hơn. Khớp cổ tay là một khớp phức tạp nên ta không thể tái tạo một cách chính xác hệ thống này, nhưng thay khớp cổ tay giúp giảm đau, làm vững, sửa biến dạng và đem lại tầm vận động nhất định.

- Lịch sử thay khớp cổ tay có từ năm 1981, Gluck thay khớp cổ tay cho người bệnh viêm khớp cổ tay do lao. Sau đó sự hoàn thiện về vật liệu và kỹ thuật càng phát triển và hiện nay đã đạt được những thành công nhất định.

- Các biến chứng hay gặp là nhiễm trùng, tổn thương gân, tổn thương mạch máu và thần kinh.

II. CHỈ ĐỊNH

- Thoái hóa toàn bộ khớp quay-cổ tay, các khớp giữa các xương cổ tay với nhu cầu hoạt động lực cổ tay thấp.

- Đóng cứng khớp cổ tay thất bại.

- Viêm khớp dạng thấp gây biến dạng cổ tay, hoại tử vô khuẩn các xương cổ tay.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Có tình trạng nhiễm trùng tại chỗ hoặc toàn thân.

- Những người có nhu cầu hoạt động lực cổ tay cao.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: Phẫu thuật viên là bác sĩ chuyên khoa chấn thương chỉnh hình.

2. Phương tiện:

- Bộ dụng cụ cho phẫu thuật bàn tay.

- Các thiết bị, dụng cụ thay khớp cổ tay.

3. Người bệnh: Được giải thích đầy đủ về cuộc phẫu thuật, quá trình phục hồi chức năng sau mổ và các tai biến, biến chứng có thể gặp trong và sau cuộc phẫu thuật. Nhịn ăn trước 6 giờ

4. Hồ sơ bệnh án: Ghi đầy đủ, chi tiết các lần thăm khám, hội chẩn, giải thích cho người bệnh và gia đình.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm: Gây tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc gây mê.

2. Kỹ thuật:

- Tư thế người bệnh: nằm ngửa, tay dạng, cẳng tay sắp.

- Garo hơi cánh tay 250 mmHg.

- Rạch da khoảng 6-8 cm phía mu tay, trên và dưới khớp cổ tay.

- Vén mạc hãm gân duỗi và gân duỗi sang bên, mở bao khớp bộc lộ và đánh giá các khớp cổ tay.

- Lấy bỏ hàng một khối xương tụ cốt. Cắt đầu dưới xương quay sử dụng dụng cụ cắt.

- Lắp dụng cụ thử và kiểm tra trực trên C.arm. Đảm bảo tầm vận động khớp cổ tay là gấp 20 độ, duỗi 20 độ, nghiêng quay 10 độ và nghiêng trụ 15 độ khớp vững là đạt.

- Đặt khớp nhân tạo và kiểm tra lại.

- Bơm hút, cầm máu kỹ.

- Khâu lại mạc hãm gân duỗi.

- Đóng vết mổ theo lớp.

- Băng vô khuẩn.

- Đặt nẹp trợ đỡ trong khoảng 2 tuần.

- Hướng dẫn tập phục hồi chức năng ngay sau mổ theo quy trình.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Tụ máu, phù nề sau mổ.

- Nhiễm khuẩn sau mổ.

- Tổn thương gân duỗi, mạch máu và thần kinh.

- Hội chứng ống cổ tay thứ phát

PHẪU THUẬT TẠO HÌNH ĐIỀU TRỊ TẬT DÍNH NGÓN TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

- Tật dính ngón tay, hay "những ngón tay có màng" là dị tật bẩm sinh gây ra do rối loạn tách ngón trong quá trình phát triển bào thai ở tuần thứ 7-8. Tỷ lệ bệnh là 1/2000 trẻ, bệnh có liên quan đến tiền sử gia đình là 40%.

- Tật dính ngón được phân loại theo dính hoàn toàn hay không hoàn toàn và dính đơn giản hay phức tạp. Bệnh có thể kèm các biến dạng khác ở cẳng bàn tay.

- Về điều trị có thể áp dụng các kỹ thuật tách ngón khác nhau tùy thuộc vào thể bệnh. Việc chỉ định và áp dụng đúng kỹ thuật sẽ đem lại kết quả tốt cho người bệnh.

- Các biến chứng hay gặp như hoại tử vạt da hay hoại tử ngón do thiếu máu, dính lại một phần hay co rút ngón.

II. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh được chẩn đoán tật dính ngón tay.

- Nên can thiệp khi trẻ trên 18 tháng để đảm bảo an toàn cho cuộc phẫu thuật và tập luyện, chăm sóc sau mổ.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Trẻ quá nhỏ, dưới 18 tháng.

- Có bất thường cơ quan khác hoặc biểu hiện nhiễm khuẩn toàn thân không đảm bảo an toàn phẫu thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

Phẫu thuật viên là bác sĩ chuyên khoa chấn thương chỉnh hình bàn tay.

2. Phương tiện:

- Bộ dụng cụ cho phẫu thuật bàn tay.

- Các dụng cụ cho phẫu thuật trẻ em như garo hơi bé...

3. Người bệnh:

Giải thích đầy đủ cho bố mẹ trẻ về cuộc phẫu thuật, quá trình phục hồi chức năng sau mổ và các tai biến, biến chứng có thể gặp trong và sau cuộc phẫu thuật. Nhịn ăn trước 6 giờ.

4. Hồ sơ bệnh án:

Ghi đầy đủ, chi tiết các lần thăm khám, hội chẩn, giải thích cho gia đình.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm: Gây mê.

2. Kỹ thuật:

- Tư thế người bệnh: nằm ngửa, tay dạng.

- Garo hơi cánh tay 100-150 mmHg.

- Cần đảm bảo các nguyên tắc khi phẫu thuật bàn tay. Rạch da theo hình zig zag để tạo vạt da che phủ hoặc vá da dày nếu cần thiết. Bộc lộ và bảo vệ mạch máu bên cần thận tránh gây hoại tử vạt da hay ngón sau mổ.

- Tùy theo mức độ tổn thương phẫu thuật viên có thể áp dụng theo một trong các kỹ thuật của các tác giả sau: Woolf-Broadbent, Withey, Bauer, Skoog.

- Sau khi tách ngón xong thả garo để kiểm tra lại lưu thông cấp máu ngón và vạt da.

- Nên khâu da bằng chỉ tiêu nhanh như vicryl rapid.

- Băng vô khuẩn đảm bảo tách ngón và lộ đầu ngón để theo dõi.

- Đặt nẹp trợ đỡ trong khoảng 2 tuần.

- Hướng dẫn tập luyện sau mổ theo quy trình.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Tụ máu, phù nề sau mổ.

- Nhiễm khuẩn sau mổ.

- Hoại tử vạt da hay ngón do tổn thương mạch máu hay do băng chặt.

PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ TẬT THIẾU XƯƠNG QUAY BẮM SINH

I. ĐẠI CƯƠNG

- Thiếu xương quay bẩm sinh là dị tật ảnh hưởng tới sự thiếu hụt cấu trúc phía bờ quay của cẳng tay, bao gồm: các cấu trúc xương, khớp, dây chằng, gân cơ, mạch máu và thần kinh.

- Thiếu xương quay bẩm sinh là bệnh lý hiếm gặp, tỷ lệ 1/55000, thường gặp đối xứng 2 bên và kèm theo các dị tật cơ quan khác, cần phải khám toàn diện.

II. CHỈ ĐỊNH

Thiếu xương quay type 3,4 hoặc type 2 có kèm theo lệch trục cổ tay nhiều (theo phân loại Bayne cải tiến).

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh kèm theo các dị tật bẩm sinh nặng khác ảnh hưởng toàn thân.
- Hạn chế gập khuỷu.
- Người bệnh lớn tuổi đã chấp nhận, thích nghi với dị tật.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế:

- Người bệnh nằm ngửa, tay đặt lên bàn con, dòn máu, garo hơi gốc chi.
- Phẫu thuật viên chính ngồi phía trong cánh tay, người phụ 1 ngồi đối diện, người phụ 2 cạnh phụ 1.

2. Vô cảm:

3. Kỹ thuật:

- Thì 1: Rạch da đường ngang mặt sau cổ tay, từ mỏm trâm trụ tới bờ quay.
- Thì 2: Bộc lộ các gân duỗi vùng cổ tay.
 - + Cắt gân duỗi cổ tay trụ gần điểm bám vào nền xương bàn ngón 5.
 - + Vén toàn bộ gân duỗi về phía bờ quay.
- Thì 3: Giải phóng đầu xa xương trụ và khối xương tụ cốt.
 - + Mở bao khớp cổ tay, giữa đầu xa xương trụ với khối tụ cốt.
 - + Giải phóng hoàn toàn đầu xa xương trụ.
 - + Bộc lộ khối xương tụ cốt.
- Thì 4: Chỉnh trục
 - + Tạo mộng xương giữa đầu xa xương trụ và trung tâm khối tụ cốt.
 - + Chỉnh thẳng trục cổ tay.
 - + Cố định bằng kim Kirschner từ xương bàn ngón 3 qua khối tụ cốt vào xương trụ.
- + Có thể đục xương, sửa trục xương trụ kèm theo nếu lệch trục trên 30 độ.
- Thì 5: Kiểm tra

- + Kiểm tra lại tư thế căng bàn tay trên lâm sàng.
- + Cầm máu, làm sạch và đóng theo các lớp giải phẫu

V. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi:

- Tình trạng phù nề và nhiễm trùng sau mổ
- Bất động bột sau mổ 6 tuần. Sau đó, được thay bằng nẹp chỉnh hình cho tới khi xương trưởng thành.
- Kim Kirschner rút sau 6-12 tuần.

2. Xử trí tai biến:

Xử trí tai biến nếu có

THƯƠNG TÍCH BÀN TAY GIẢN ĐƠN

I. ĐẠI CƯƠNG

Vết thương bàn tay là một tổn thương thường gặp trong cấp cứu chủ yếu do tai nạn lao động. Theo Beler, loại vết thương này chiếm từ 40 - 50% tổng số tai nạn lao động. Thương tổn bàn tay rất đa dạng và phong phú. Theo thống kê tại bệnh viện Việt - Đức, Hà Nội 58% vết thương bàn tay được điều trị là do tai nạn lao động. Việc chẩn đoán thương tổn bàn tay khó chính xác khi mới tiếp nhận người bệnh. Muốn đánh giá được một cách đầy đủ nhất, phải được xử lý phẫu thuật tại phòng mổ.

Đặc điểm vết thương bàn tay:

1. Vết thương bàn tay rất dễ nhiễm trùng do các yếu tố.
 - Thiếu các bó cơ tim như ở đùi hoặc thiếu các màng che như màng bụng.
 - Bàn tay có chức năng cầm nắm, bao gồm nhiều bộ phận tạo thành đều rất bé nhỏ. Đảm bảo những chức năng quan trọng. Khi bị tổn thương dễ bị nhiễm trùng.
 - Bàn tay luôn vận động, nhiều bộ phận kề nhau mà có rất ít tổ chức đệm ngăn cách nên khi nhiễm khuẩn dễ lan sâu, dọc theo bao gân tới ngón tay và cẳng tay.
 - Bàn tay bị tổn thương thường dập nát, nguyên nhân chính do tai nạn lao động như máy, búa, dao, cuốc, thuổng...ngoài ra còn nhiều nguyên nhân khác như tai nạn giao thông, tai nạn do hỏa khí, tai nạn sinh hoạt. Các thành phần cấu tạo bàn tay bị giập nát, làm tăng tiết chất dịch, gây trạng thái phù nề.
 - Nếu quá trình phù nề kéo dài thì các nguyên bào sợi sẽ xâm nhập tổ chức gây xơ cứng và ngăn cản sự phục hồi tổ chức. Do đó một vết thương bàn tay nhiều khi tổn thương giải phẫu mà mắt thường không nhìn thấy được, nhưng chức năng bàn tay giảm đi nhiều.
 - Nhiều vết thương nhỏ ở bàn tay như vết chọc, đâm xước, đứt tay thường không phải xử trí bằng phẫu thuật nhưng nếu coi thường hoặc không được đánh giá đúng đã có biến chứng viêm tấy bàn tay. Những vết thương do súc vật cào cấu hay bị hoại tử, hoại thư.
2. Vết thương bàn tay dễ ảnh hưởng tới chức năng của bàn tay nhiều khi tàn phế
 - Xơ cứng tổ chức sau khi phẫu thuật. Thần kinh cảm giác vùng bàn tay rất nhạy cảm. Tổn thương thần kinh không những làm ngón tay mất cảm giác mà còn gây đau do cục thần kinh và rối loạn dinh dưỡng tám tổ chức xơ cứng.
 - Cấu tạo bàn tay vô cùng phức tạp. Phẫu trường nhỏ phẫu thuật nhiều khi khó khăn, ngay cả trong khi phẫu thuật không đánh giá đúng thương tổn.
3. Vết thương bàn tay dễ để lại di chứng như sẹo co dính ngón, dính gân, cứng khớp ngón tay, cổ tay, cụt mất đốt, mất ngón.
4. Việc điều trị vết thương bàn tay đòi hỏi nắm vững giải phẫu bàn tay, kỹ thuật phẫu thuật tinh vi. Đánh giá được đầy đủ các thương tổn. Phục hồi về hình thái giải phẫu.
5. Phục hồi chức năng của chi rất quan trọng nhằm hạn chế những biến chứng và di chứng của bàn tay với mục đích phục hồi chức năng của bàn tay.

II. CHỈ ĐỊNH

Các thương tích bàn tay đơn giản

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Phải xử trí sớm tốt nhất trong 6 giờ đầu.
- Phải ít lọc vết kiễm da đặc biệt ngón 1 và ngón 2.
- Chống nhiễm trùng sớm bằng cách băng sạch, dùng kháng sinh liều cao phổ hợp, tiêm phòng uốn ván.
- Chống phù nề bằng cách treo tay cao, băng ép. Chú ý băng riêng từng ngón để tránh dính ngón.
- Chống co cứng và cứng khớp ở tư thế xấu bằng cách bắt động bàn ngón tay bị thương trong tư thế cơ năng. Bắt động phù hợp với từng loại thương tổn

2. Điều trị cấp cứu

- Vấn đề xử trí da là quan trọng nhân cấp thiết nhất. Còn vấn đề điều trị cấp cứu gãy xương, đứt gân... phụ thuộc vào cơ sở có điều kiện phẫu thuật.
- Điều trị toàn diện và đầy đủ vết thương bàn tay đòi hỏi có phương tiện, phẫu thuật viên có kinh nghiệm và có thời gian. Tuy nhiên trong điều kiện cấp cứu đòi hỏi giải quyết hai vấn đề cấp bách: Nhiễm khuẩn và sự dập nát tổ chức.
- Tùy theo điều kiện có thể xử trí một số thương tổn đơn giản, nhằm làm cho vết thương liền nhanh thì đầu tạo điều kiện tốt cho điều trị triệt để sau này.

2.1. Chuẩn bị bàn tay

Cần chuẩn bị bàn tay thay kỹ. Rửa vết thương bằng thuốc vô khuẩn và xà phòng. Bàn tay dính máu phải rửa bằng xăng cho tan. Sau khi rửa sạch vết thương, phẫu thuật viên phải thay áo khác, thay dụng cụ phẫu thuật vô trùng khác.

2.2. Vô cảm

- Vết thương nhỏ không phức tạp: gây tê tại chỗ
- Vết thương phức tạp, giập nát nhiều, khi mổ đòi hỏi kiểm tra tỉ mỉ các gân, mạch, thần kinh. Cần garô bằng cao su to bản để tạo phẫu trường thuận lợi.
- Có thể áp dụng phương pháp gây mê hoặc gây tê: rãnh mạch, đám rối thần kinh cánh tay, trong xương...

2.3. Cắt lọc: Cắt lọc vết thương là một biện pháp chống nhiễm khuẩn, với các nguyên tắc:

- Cắt lọc sớm trong 6 giờ đầu
- Tôn trọng các nguyên tắc xử trí vết thương phần mềm
- Phải coi đây là một phẫu thuật lớn.
- Đốt với vết thương đến sớm trước 6 giờ: cắt lọc khâu kín vết thương trừ vết thương do hỏa khí.
- Đối với vết thương đến muộn sau 6 giờ: Chỉ cắt lọc, khâu che phủ gân xương mà không được khâu kín da.

- Đối với vết thương đã có dấu hiệu nhiễm khuẩn: không cắt lọc vết thương. Nếu có mủ phải dẫn lưu mủ.

2.4. Cắt lọc da và xử trí thiếu da

- Cắt lọc da và các đường rạch da:
 - + Xén các mép da phải hết sức tiết kiệm. Mất lcm da ngón tay tương ứng với niêm da ở đùi.
 - + Đường rạch da phải phù hợp để tránh sẹo co sau này ảnh hưởng đến vận động của bàn tay, ngón tay.
 - + Đường rạch da ở ngón tay: Tránh đường rạch mặt trước ngón, nhất là đường cắt ngang nếp liên đốt.
 - + Đường rạch da ở bàn tay: tránh đường rạch dọc gan tay, các đường cắt ngang nếp gấp bàn tay. Tránh rạch trên đường đi của gân gấp.
 - + Tránh gây sẹo ở các vùng dùng làm điểm tựa hay cầm nắm như: Đầu ngón cái, mô cái, mặt trong ngón cái, mặt ngoài ngón trỏ.
- Xử trí mất da và thiếu da - vá da che phủ vết thương:
 - + Các bộ phận gân xương khớp, mạch máu thần kinh nhất thiết phải được che phủ nếu không sẽ gây hoại tử và xơ dính.
 - + Nếu thiếu da phải ghép da trong cấp cứu để bảo vệ dù sau này miếng ghép không thành công thì ghép da thì đầu đã làm nhiệm vụ như một màng sinh học để che chở tổ chức hạt phía dưới.
 - + Nếu các bộ phận bị lộ thì ghép da toàn phần có cuống. Đặc biệt với mất da đầu ngón tay, cắt lọc xong nhiều khi không khâu được vì dúm và rất căng. Nếu không vá da thì sẽ gây đau buốt, sẹo co cứng.

3. Điều trị triệt để:

3.1. Vết thương gãy xương bàn, ngón tay

- Xử trí theo nguyên tắc của gãy xương hở nói chung
- Sau khi cắt lọc sạch, lấy bỏ xương vỡ rời, có thể điều trị bảo tồn hay cắt bỏ.
- Điều trị bảo tồn có thể dùng nẹp nhôm kiểu Iselin hoặc nẹp bằng dây thép uốn cong theo kiểu Beler. Hoặc áp dụng phương pháp kết hợp xương bằng xuyên kim Kirschner.
- Thời gian giữ nẹp và để kim trong 3 - 4 tuần.
- Phải bất động ở tư thế cơ năng: cổ tay duỗi, các ngón tay gấp.

3.2. Vết thương khớp bàn ngón tay

- Sau khi cắt lọc sạch vết thương cần khâu kín bao khớp.
- Bất động khớp trong 1 tuần.
- Nếu vết thương nhiễm khuẩn viêm khớp, mổ dẫn lưu mủ.

3.3. Xử trí vết thương thần kinh ở bàn và ngón tay

- Vết thương thần kinh cần được khâu nối ngay. Tùy theo dây thần kinh, khả năng phục hồi và điều kiện vết thương sạch hay bẩn. Nếu không khâu nối ngay gây đau, rối loạn dinh dưỡng..
- Nếu không đủ điều kiện khâu nối ngay tìm hai đầu thần kinh khâu dính dưới da để tránh co rút sau đó khâu phục hồi thì 2.
- Dùng kim chỉ nhỏ khâu xuyên qua lớp vỏ bọc dây thần kinh
- Hiện nay phẫu thuật thần kinh mang lại nhiều kết quả khả quan do sự phát triển của vi phẫu thuật, thường nối riêng từng có nhỏ thần kinh.

3.4. Xử trí vết thương gân

- Vết thương gân đòi hỏi phải xử trí trong điều kiện vô khuẩn, vết thương sạch, phẫu thuật viên chuyên khoa.
- Khâu ngay thì đầu: vết thương gọn, sạch, đến sớm, có điều kiện dụng cụ và phẫu thuật viên chuyên khoa.
- Không khâu nối: Vết thương dập nát, nhiều dị vật, đến muộn, nhiều gân bị đứt, điều kiện trang thiết bị thiếu, phẫu thuật viên không có kinh nghiệm chuyên khoa.
- Đường rạch từ gân: tận dụng vết thương sẵn có và mở rộng vết thương bằng những đường rạch kéo dài hai mép vết thương.

*** Kỹ thuật khâu:**

- Xử trí vết thương gân thường phức tạp nhất là gân gấp.
- Phải để hai đầu gân dính với nhau thật nhỏ, không gây phản ứng xơ dính xung quanh để sau này gân di động dễ dàng.
- Chỉ khâu gân: chỉ liền kim nhỏ, chắc chắn.
- Kỹ thuật khâu: Có thể áp dụng kỹ thuật khâu của Cuneo, Iselin, Sterning-Bunell
- Sau khi nối gân phải bất động chi ở tư thế trùng gân.

4. Bất động và phục hồi cơ năng sau mổ

- Trong phẫu thuật bàn tay việc cầm máu kỹ trong khi mổ, băng ép, bất động và treo tay cao trong 24 - 48 giờ đầu là biện pháp tích cực nhất để chống phù nề và chống nhiễm khuẩn.
- Các khớp của bàn tay rất dễ bị cứng nhất là ngón cái. Sau thể gian bất động phải tập vận động gấp duỗi chi với động tác tăng dần. Sự tập luyện này phải thường xuyên, liên tục mở mong phục hồi được chức năng của bàn tay.

ĐỨT GÂN ACHILLES ĐẾN MUỘN

I. ĐẠI CƯƠNG

Gân Achilles hay còn gọi là gân gót là một gân lớn và mạnh nhất trong cơ thể, chịu từ 2-3 lần trọng lượng cơ thể khi đi và hơn 10 lần khi chạy nhảy. Đứt gân Achilles chiếm tỷ lệ cao nhất trong tổng số đứt gân nói chung của cơ thể. Cho đến nay đã có nhiều kỹ thuật phẫu thuật điều trị được giới thiệu và đưa vào áp dụng trong lâm sàng như kỹ thuật nối tận tận Kessler, Bunnel, Krackow, ... ; kỹ thuật chuyển vạt gân, tăng cường gân cơ gan chân gầy, cơ mác ngắn, ...; kỹ thuật kéo dài gân V-Y; ... Tuy nhiên, do tùy từng tổn thương giải phẫu, vị trí đứt gân Achilles, người bệnh đến sớm hay muộn nên không một phương pháp phẫu thuật nào được coi là toàn diện cho điều trị mọi người bệnh đứt hoàn toàn gân Achilles do chấn thương. Đối với những trường hợp đứt cũ gân gót, thường hai đầu gân co rút, kèm theo tình trạng thoái hóa giảm tưới máu hai đầu gân nên thường sau khi cắt lọc thì gân bị thiếu hụt một đoạn lớn và không kéo sát lại được.

II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh bị đứt gân Achille đến muộn sau 1 tháng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Bệnh toàn thân nặng, không thể phẫu thuật

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. **Vô cảm:** Tê tửy sống hoặc gây mê

2. **Kỹ thuật mổ:**

Có hai phương pháp chính, hoặc là dùng các gân cơ khác để làm cầu nối (theo Teuffer, Turco và Spinella, White, Kraynick, Wapner, Bosworth và Lindholm) hoặc là kéo dài đáp sát hai đầu gân (theo Abraham và Pankovich). Có thể phối hợp cả hai phương pháp.

*Dùng gân cơ khác làm cầu nối:

White, Kraynick, Wapner và Teuffer mô tả dùng gân cơ mác ngắn và gân cơ gan chân dài làm cầu nối giữa hai đầu gân.

Bosworth và Lindholm mô tả cách dùng dài gân của chính gân cơ tam đầu quặt ngược xuống làm cầu nối.

Wapner và cộng sự dùng phương pháp chuyển gân cơ gấp ngón cái dài để tái tạo đứt gân gót cũ và báo cáo thành công trong 7 trường hợp.

*Kéo dài gân:

Abraham và Pankovich nỗ lực kéo hai đầu gân sát nhau bằng cách kéo dài gân theo kiểu V-Y ở chỗ nối gân cơ tam đầu. Tác giả báo cáo thành công trong bốn trường hợp. Phương pháp này thực chất là kéo dài cơ bụng chân, thường được dùng để điều trị chứng bàn chân ngựa (equinus) trong tật bại não cho kết quả rất tốt (kỹ thuật Strayer). Mổ rạch gân cơ bụng chân (gastrocnemius) ngay mức nối gân-cơ, rồi duỗi bàn chân về phía mu chân để kéo dài cơ, phần trên sau đó được khâu vào cơ dép bên dưới.

Sau mổ, bột cố bàn chân tư thế bàn chân gấp tối đa về gan chân và tập phục hồi chức năng sau mổ

- 0-2 tuần đầu: Chăm sóc vết thương, đeo bột, đi nạng không tỳ đè lên chân tổn thương.

- 2-6 tuần: Thay bột bột cố bàn chân, tư thế cổ chân duỗi nhẹ dần về tư thế trung gian, đi lại có nạng đỡ và không tỳ đè, tập phục hồi chức năng khớp gối và háng không có sự tham gia của cổ chân.

- 6-8 tuần: Thay bột bột cố bàn chân, tư thế cơ năng cổ chân vuông góc, đi có nạng đỡ chịu lực tăng dần.

- 8-12 tuần: Bỏ bột, đi có nạng đỡ, phục hồi từ từ tăng dần đến khi chịu được toàn bộ trọng lực.

- Sau 12 tuần: Tập phục hồi chức năng tích cực để lấy lại biên độ vận động, sức mạnh và khả năng chịu đựng.

V. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu: Băng ép cầm máu hoặc khâu cầm máu

- Nhiễm trùng: tách chỉ, thay kháng sinh

PHẪU THUẬT CHUYỂN GÂN

ĐIỀU TRỊ LIỆT ĐÁM RỐI THẦN KINH CÁNH TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

- Liệt đám rối thần kinh cánh tay là thương tổn khó điều trị
- Với các trường hợp liệt đám rối theo dõi sau 1,5 năm không hồi phục cần tính phương án chuyển gân để phục hồi một phần chức năng của chi

II. CHỈ ĐỊNH

- Thường chỉ định cho những tổn thương đám rối không hoàn toàn
- Khớp khuỷu còn vận động thụ động

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Cứng khớp khuỷu
- Liệt hoàn toàn đám rối, không hồi phục.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: 03 phẫu thuật viên, 01 điều dưỡng dụng cụ, 01 điều dưỡng chạy ngoài, 01 bác sỹ gây mê, 01 phụ mê.

2. Người bệnh:

- Hồ sơ bệnh án
- Động viên tinh thần người bệnh nếu người bệnh tỉnh táo, giải thích cho người nhà và người bệnh về khó khăn và các rủi ro của phẫu thuật.
- Chuẩn bị vùng mổ
- Chuẩn bị thuốc, phương tiện hồi sức

3. Phương tiện:

- Bộ dụng cụ phẫu thuật thông thường
- Kim chỉ khâu, chỉ nối gân
- Băng, băng, gạc....

4. Thời gian phẫu thuật: khoảng 2 tiếng

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế người bệnh: tư thế nằm ngửa, tay tổn thương dạng kê trên bàn mổ

2. Vô cảm: Gây mê toàn thân

3. Kỹ thuật:

3.1. Kỹ thuật Steindler: chuyển nguyên ủy các cơ gấp ở cẳng tay bám vào mỏm trên lồi cầu trong xương cánh tay, chuyển lên cao hơn để bám vào 1/3 giữa thân xương cánh tay. Đặt nẹp bột 4 tuần.

3.2. Kỹ thuật của Clark: (chuyển cơ ngực to) tách bó ức đòn ra khỏi lồng ngực, còn nguyên mạch và thần kinh, luồn dưới da ra cánh tay, khâu vào gân cơ nhị đầu ở khuỷu. Đặt nẹp bột gấp nhọn khuỷu 4 tuần.

3.3. Kỹ thuật của Bunnell Carroll và Hill: (chuyển gân cơ tam đầu) áp dụng với trường hợp cơ tam đầu còn vận động, chuyển gân cơ tam đầu ra trước khâu dính vào gân cơ nhị đầu.

- Cầm máu, bơm rửa
- Đóng vết mổ
- Băng vết mổ và treo tay cố định

VI. THEO DÕI, NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

1. Theo dõi:

- Tri giác, mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở, màu sắc, mạch quay bên tay tổn thương...
- Phát hiện các biến chứng sau mổ: chảy máu, tổn thương mạch dưới đòn, mạch cánh tay, tràn khí tràn máu màng phổi, cũng như những biến chứng khác do gây mê

2. Xử trí tai biến

- Chảy máu: nếu chảy máu vết mổ thì băng cầm máu, nếu tổn thương mạch lớn cần mổ lại cầm máu
- Nhiễm trùng: làm kháng sinh đồ, làm sạch ổ nhiễm trùng

PHẪU THUẬT CHỈNH HÌNH CỔ BÀN CHÂN SAU BẠI LIỆT

I. ĐẠI CƯƠNG

Bại liệt là bệnh truyền nhiễm cấp tính do vi-rút đường ruột gây ra có thể lây truyền thành dịch. Bệnh bại liệt đã được thanh toán ở Việt nam và nhiều nước trên thế giới từ năm 2000 nhưng thời gian gần đây bệnh đã xuất hiện trở lại ở một số nước, đe dọa sức khỏe cộng đồng và có khả năng lây sang nhiều nước khác nếu không có biện pháp phòng bệnh. Bệnh để lại những di chứng nặng nề, gây tàn tật vĩnh viễn do liệt vận động tay, chân, biến dạng của hông, mắt cá chân và bàn chân.

II. CHỈ ĐỊNH

Biến dạng cổ chân sau bại liệt

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Có bệnh lý nội khoa nặng không cho phép phẫu thuật

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Các kỹ thuật được lựa chọn:

* Kéo dài gân gót đơn thuần:

- Bàn chân thường có góc chày- gót $> 110^{\circ}$.
- Dáng đi nhón gót.

* Kéo dài gân gót kết hợp cắt cân gan chân, có thể kết hợp kéo dài gân cơ chày sau, hoặc cơ gấp ngón chân cái dài.

- Bàn chân khoèo co rút cân gan chân.
- Đi bằng mặt bên mu chân hoặc dưới mắt cá.

* Kéo dài gân gót kết hợp đục xương chỉnh trục:

- Bàn chân khoèo có góc vẹo ngoài $> 5^{\circ}$ hoặc góc vẹo trong $> 10^{\circ}$
- Biến dạng ngửa và đi bằng mu chân hoặc dưới mắt cá.
- Các bàn chân loại Cavus, tức có biến dạng lớn ở vòm gan chân.

* Kéo dài gân gót kết hợp các phẫu thuật khác:

- Co rút gân gót kết hợp co rút góí háng phối hợp.
- Người bệnh liệt nhóm cơ mác.

2. **Phương pháp vô cảm:** tê tùy sống đối với người bệnh lớn hoặc mê nội khí quản.

2.1. Phẫu thuật sửa chữa biến dạng thường đơn thuần:

* Kéo dài gân gót kiểu Z-plasty (Zatsetpin). Kỹ thuật thông dụng là cắt gân hình chữ Z:

- Rạch da bờ trong gân gót dài 8-10cm từ lõi củ gót về phía trên. Qua tổ chức dưới da và bao gân, bộc lộ gân gót.

- Xẻ đôi gân theo mặt phẳng đứng dọc 8-10cm, Cắt gân gót hình chữ Z.
- Gấp mu chân về tư thế giải phẫu ở vị trí căng gân trung bình
- Khâu lại hai đầu gân bằng chỉ prolene 3.0 bằng các mũi chỉ rời.
- Đóng bao gân, đóng vết mổ 2 lớp.
- Bó bột botte 3 tuần.

*Phương pháp White - Green:

- Cắt 2/3 trước của gân nơi bám tận và cắt 2/3 trong của gân ở đầu gân.
- Gấp mu chân, các bó sợi của gân sẽ trượt lên nhau. Cách làm này không cắt đứt hoàn toàn gân achilles vẫn để lại một phần phía ngoài giúp kéo xương gót vẹo ra ngoài.

2.2. **Phẫu thuật sửa chữa biến dạng vẹo trong và vẹo ngoài**

- Kéo dài gân như trên đã mô tả.
- Cắt cân gan chân dưới da.
- Nếu vẹo trong: giải phóng các dây chằng sên chày, sên gót, dây chằng delta, bao khớp sau trong.
- Nếu vẹo ngoài: cắt xương hình chêm góc đóng.
- Nếu các gân cơ chày sau, gấp ngón chân cái dài co kéo thì làm phẫu thuật làm dài gân.
- Làm dài gân gót và chuyển gân chức năng

V. TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG

1. **Biến chứng sớm:**

- Choáng thuốc mê, tê, đau, mất máu...
- Tại chỗ: chảy máu vết mổ, phù nề, chèn ép bột.

2. **Biến chứng muộn:**

- Nhiễm trùng, toác vết mổ
- Lỏng, hỏng bột. Dính gân gót và co rút tái phát.
- Teo cơ, cứng khớp, loãng xương.

CHỈNH SỬA LỆCH TRỤC CHI (CHÂN CHỮ O)

I. ĐẠI CƯƠNG

Biến dạng chân vòng kiềng (chữ O) hay gặp ở trẻ em. Người thầy thuốc cần phân biệt đa số là sinh lý bình thường, một số ít là bệnh lý. Có nhiều nguyên nhân gây ra biến dạng này như: bẩm sinh, di chứng còi xương, di chứng bại liệt, chấn thương.

II. CHỈ ĐỊNH

Chân vòng kiềng nhiều, ảnh hưởng đến trục chi, khi áp hai mắt cá trong chạm nhau khoảng cách giữa mặt trong của lồi cầu trong xương đùi hai bên lớn (> 5 cm).

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Chân vòng kiềng ít, do sinh lý.
- Chân vòng kiềng phối hợp với các di chứng khác như bại liệt... mà người bệnh không có khả năng đi lại, vận động bình thường.

IV. CHUẨN BỊ

1. **Người thực hiện:** phẫu thuật viên là bác sĩ chuyên khoa chấn thương chỉnh hình đã được đào tạo.
2. **Người bệnh:** vệ sinh sạch sẽ, cắt móng. Nhịn ăn uống 6 giờ trước phẫu thuật
3. **Phương tiện:** ga rô, dụng cụ để lấy đục xương
4. **Hồ sơ bệnh án:** theo qui định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. **Vô cảm:** gây mê nội khí quản hoặc gây tê tuỷ sống
2. **Kỹ thuật:**

Phẫu thuật đục xương sửa trục xương chày:

- Đường rạch: rạch da đường trước ngoài (phía ngoài mào chày khoảng 1 cm)
- Bộc lộ đầu trên xương chày.
- Đục xương hình chữ V ở mặt ngoài đầu trên xương chày ở mức lồi củ trước.
- Đưa phần dưới căng chân ra phía ngoài để nắn thẳng trục xương chày.
- Với những trường hợp trẻ nhỏ không cần kết hợp xương bên trong, với những trường hợp trẻ lớn có thể phải cố định bằng phương tiện kết hợp xương (đinh, nẹp vít).
- Thả ga rô và cầm máu.
- Đặt 1 dẫn lưu.

VI. THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

1. Theo dõi và điều trị sau mổ:

- Dùng kháng sinh, giảm đau, chống phù nề 5-7 ngày.
- Rút dẫn lưu sau 48 giờ.
- Những trường hợp không kết hợp xương hoặc không đủ vững cần bất động bột đùi căng bàn chân, thời gian 1-2 tháng. Tập tỳ đè tăng dần.

2. Các biến chứng sau mổ:

- Cứng khớp gối
- Ngăn chi
- Biến dạng trục chi tiếp tục

CHỈNH SỬA LỆCH TRỤC CHI (CHÂN CHỮ X)

I. ĐẠI CƯƠNG

Biến dạng chân choãi (chữ X) hay gặp ở trẻ em. Người thầy thuốc cần phân biệt đa số là sinh lý bình thường, một số ít là bệnh lý. Có nhiều nguyên nhân gây ra biến dạng này như: bẩm sinh, di chứng còi xương, di chứng bại liệt, chấn thương.

II. CHỈ ĐỊNH

Chân choãi nhiều, ảnh hưởng đến trục chi, khi áp hai lồi cầu trong xương đùi vào nhau và đo khoảng cách giữa hai mắt cá trong nếu > 5 cm nên phẫu thuật.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Chân choãi ít, do sinh lý.
- Chân choãi phối hợp với các di chứng khác như bại liệt... mà người bệnh không có khả năng đi lại, vận động bình thường.

IV. CHUẨN BỊ

1. **Người thực hiện:** phẫu thuật viên là bác sĩ chuyên khoa chấn thương chỉnh hình đã được đào tạo.
2. **Người bệnh:** vệ sinh sạch sẽ, cắt móng. Nhịn ăn uống 6 giờ trước phẫu thuật
3. **Phương tiện:** ga rô, dụng cụ để lấy đục xương
4. **Hồ sơ bệnh án:** theo qui định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. **Vô cảm:** gây mê nội khí quản hoặc gây tê tuỷ sống
2. **Kỹ thuật:**
 - Phẫu thuật đục xương sửa trục xương đùi:
 - + Đường rạch: rạch da đường trước trong xương đùi
 - + Bộc lộ đầu dưới xương đùi.
 - + Đục xương hình chữ V ở mặt trong đầu dưới xương đùi.
 - + Đưa phần dưới cẳng chân vào phía trong để nắn thẳng trục chi.
 - + Một số trường hợp có thể đục xương ở phía ngoài đầu dưới xương đùi và ghép thêm mảnh xương hình chữ V vào vị trí đục xương.
 - + Với những trường hợp trẻ nhỏ không cần kết hợp xương bên trong, với những trường hợp trẻ lớn có thể phải cố định bằng phương tiện kết hợp xương (đinh, nẹp vít).
 - + Thả ga rô và cầm máu.
 - + Đặt 1 dẫn lưu.

VI. THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

1. Theo dõi:

- Dùng kháng sinh, giảm đau, chống phù nề 5-7 ngày.
- Rút dẫn lưu sau 48 giờ.

- Những trường hợp cần thiết phải bất động bột chậu lưng chân, thời gian 6-8 tuần. Tập tỳ đè tăng dần.

2. Tai biến và biến chứng:

- Cứng khớp gối
- Ngăn chi
- Biến dạng trục chi tiếp tục

PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ TRẬT BÁNH CHÈ BẨM SINH

I. ĐẠI CƯƠNG

Trật xương bánh chè bẩm sinh có nhiều phương pháp điều trị, tỷ lệ trật tái hồi cao, trong quá trình điều trị ta phải đánh giá toàn diện các yếu tố cơ bản ảnh hưởng đến độ vững xương bánh chè như hình thái học của khớp, hoạt động gân cơ, cân bằng phần mềm để đưa ra phương pháp điều trị thích hợp, hạn chế biến chứng trật tái hồi.

II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh bị trật bánh chè bẩm sinh

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Vết thương phần mềm viêm nhiễm
- Còn rối loạn dinh dưỡng nặng: sung nề, nhiều nốt phỏng...
- Có các bệnh toàn thân nặng chưa điều trị ổn định: đái tháo đường, cao huyết áp...

IV. CHUẨN BỊ

- 1. Người thực hiện:** phẫu thuật viên là bác sĩ chuyên khoa chấn thương chỉnh hình đã được đào tạo.
- 2. Người bệnh:** vệ sinh sạch sẽ. Nhịn ăn uống 6 giờ trước phẫu thuật.
- 3. Phương tiện:** khoan xương nẹp bản nhỏ và vít 3.5mm
- 4. Hồ sơ bệnh án:** theo qui định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- 1. Vô cảm:** Gây tê tùy sống
- 2. Kỹ thuật:**

Phẫu thuật kết hợp xương:

- Đường rạch: Rạch da mặt trước gối
- Bộc lộ cánh ngoài và cánh trong bánh chè
- Di động cánh ngoài bánh chè
- Tạo hình cánh trong bánh chè, chuyển điểm bám gân bánh chè tùy từng trường hợp
- Cố định các thành phần bằng Vis hoặc kim Kirschner.
- Cầm máu
- Đặt 1 dẫn lưu.
- Khâu vết mổ
- Bó ống bột rạch dọc

VI. THEO DÕI NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

1. Theo dõi:

- Nếu kết hợp xương vững: cho tập vận động sớm các khớp lân cận.
- Dùng kháng sinh, giảm đau, chống phù nề 5-7 ngày.
- Rút dẫn lưu sau 48 giờ

- Tháo phương tiện kết hợp xương sau 18 tháng nếu xương liền tốt

2. Tai biến và xử trí:

Nhiễm khuẩn vết mổ: thay băng, dùng kháng sinh theo kháng sinh đồ. Trường hợp nặng nhiễm khuẩn vào ổ gãy phải tháo phương tiện kết hợp xương.

PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ TRẬT BÁNH CHÈ MẮC PHẢI

I. ĐẠI CƯƠNG

Trật bánh chè mắc gặp sau chấn thương nặng vùng gối

Trật xương bánh chè có nhiều phương pháp điều trị, tỷ lệ trật tái hồi cao, trong quá trình điều trị ta phải đánh giá toàn diện các yếu tố cơ bản ảnh hưởng đến độ vững xương bánh chè như hình thái học của khớp, hoạt động gân cơ, cân bằng phần mềm để đưa ra phương pháp điều trị thích hợp, hạn chế biến chứng trật tái hồi.

II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh bị trật bánh chè mắc phải

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Vết thương phần mềm viêm nhiễm
- Còn rối loạn dinh dưỡng nặng: sung nề, nhiều nốt phỏng...
- Có các bệnh toàn thân nặng chưa điều trị ổn định: đái tháo đường, cao huyết áp...

IV. CHUẨN BỊ

- 1. Người thực hiện:** phẫu thuật viên là bác sĩ chuyên khoa chấn thương chỉnh hình đã được đào tạo.
- 2. Người bệnh:** vệ sinh sạch sẽ. Nhịn ăn uống 6 giờ trước phẫu thuật.
- 3. Phương tiện:** khoan xương nẹp bản nhỏ và vít 3.5mm
- 4. Hồ sơ bệnh án:** theo qui định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm: Gây tê tùy sống

2. Kỹ thuật:

- Phẫu thuật kết hợp xương:
- + Đường rạch: Rạch da mặt trước gối
- + Bộc lộ cánh ngoài và cánh trong bánh chè
- + Di động cánh ngoài bánh chè
- + Tạo hình cánh trong bánh chè, chuyển điểm bám gân bánh chè tùy từng trường hợp
- + Cố định các thành phần bằng Vis hoặc kim Kirschner.
- + Cầm máu
- + Đặt 1 dẫn lưu.
- + Khâu vết mổ
- + Bó ống bột rạch dọc

VI. THEO DÕI NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

1. Theo dõi

- Nếu kết hợp xương vững: cho tập vận động sớm các khớp lân cận.
- Dùng kháng sinh, giảm đau, chống phù nề 5-7 ngày.

- Rút dẫn lưu sau 48 giờ
- Tháo phương tiện kết hợp xương sau 18 tháng nếu xương liền tốt

2. Tai biến và xử trí

Nhiễm khuẩn vết mổ: thay băng, dùng kháng sinh theo kháng sinh đồ. Trường hợp nặng nhiễm khuẩn vào ổ gãy phải tháo phương tiện kết hợp xương.

PHẪU THUẬT CỨNG GỐI THEO PHƯƠNG PHÁP JUDET

I. ĐẠI CƯƠNG

Cứng gối tư thế duỗi là tình trạng hạn chế biên độ gấp của khớp gối. Cứng duỗi khớp gối sau chấn thương, sau phẫu thuật dù ở mức độ nào đều ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh

II. CHỈ ĐỊNH

Cứng duỗi gối ảnh hưởng đến sinh hoạt hàng ngày của người bệnh: biên độ gấp gối nhỏ hơn 60^0 hoặc có biên độ lớn hơn 60^0 nhưng có nhu cầu cải thiện biên độ gấp gối.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh mắc bệnh mạn tính như cao huyết áp, suy thận, đái đường,...
- Tổ chức phần mềm còn viêm
- Người bệnh có tổn thương thần kinh

IV. CHUẨN BỊ

1. **Người thực hiện:** phẫu thuật viên là bác sĩ chuyên khoa chấn thương chỉnh hình đã được đào tạo.
2. **Người bệnh:** vệ sinh sạch sẽ. Nhịn ăn uống 6 giờ trước phẫu thuật.
3. **Phương tiện:** dụng cụ tháo phương tiện KHX cũ và các dụng cụ phẫu thuật thường quy.
4. **Hồ sơ bệnh án:** theo qui định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. **Vô cảm:** gây mê nội khí quản hoặc gây tê tủy sống

2. **Kỹ thuật:**

- Rạch da với 2 đường phía trong và phía ngoài, trong gỡ dính khớp, ngoài giải phóng cơ tứ đầu đùi (Lưu ý giải phóng diện bám của cơ rộng ngoài vào khối máu chuyển lớn).

- Giải phóng bánh chè.
- Giải phóng dính trong khớp.
- Bóc tách cơ tứ đầu đùi.
- Đặt 1 dẫn lưu diện bóc tách.

VI. THEO DÕI NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

1. **Theo dõi:**

- Giám đau tốt cho người bệnh
- Dùng kháng sinh, giảm đau, chống phù nề 5-7 ngày.
- Rút dẫn lưu sau 48 giờ
- Tập PHCN

2. **Tai biến và xử trí:**

- Nhiễm khuẩn vết mổ: thay băng, dùng kháng sinh theo kháng sinh đồ.

- Chảy máu: băng ép.
- Hoại tử da bánh chè: chuyển cơ che xương.

PHẪU THUẬT CHUYỂN GÂN CHI

I. ĐẠI CƯƠNG

Chuyển gân chi là phẫu thuật thay thế 1 gân cơ mất chức năng bằng 1 gân cơ lành để phục hồi chức năng bị mất. Kỹ thuật này bao gồm cắt chỗ bám tận của cơ lành, chuyển hướng đi và tạo điểm bám tận mới vào xương hoặc vào gân cơ liệt để phục hồi sự cân bằng trương lực cơ và chức năng vận động khớp.

II. CHỈ ĐỊNH

- Liệt TK quay
- Liệt TK chày sau
- Liệt TK mác chung
- Co cứng cơ bệnh lý
- Tổn thương gân bệnh lý hoặc chấn thương không hồi phục

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Vết thương phần mềm viêm nhiễm
- Còn rối loạn dinh dưỡng nặng: sung nề, nhiều nốt phỏng...
- Có các bệnh toàn thân nặng chưa điều trị ổn định: đái tháo đường, cao huyết áp...
- Tổn thương ĐRTK cánh tay, thắt lưng cùng, nhiều dây TK phối hợp.

IV. CHUẨN BỊ

1. **Người thực hiện:** phẫu thuật viên là bác sĩ chuyên khoa chấn thương chỉnh hình đã được đào tạo.
2. **Người bệnh:** vệ sinh sạch sẽ. Nhịn ăn uống 6 giờ trước phẫu thuật.
3. **Phương tiện:** bộ dụng cụ phẫu thuật thông thường.
4. **Hồ sơ bệnh án:** theo qui định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. **Vô cảm:** gây mê nội khí quản hoặc gây tê đám rối
2. **Kỹ thuật:**
 - Phẫu thuật chuyển gân chày sau trong điều trị liệt TK mác chung
 - + Bộc lộ gân cơ chày sau
 - + Chuyển điểm bám gân chày sau qua màng liên cốt ra trước mu chân
 - + Cố định vào xương chêm 2 hoặc 3 bằng vis
 - + Khâu da, cố định tư thế cổ chân
 - Phẫu thuật Boyes trong điều trị liệt TK quay:
 - + Bộc lộ các gân
 - + Khâu gân cơ sấp tròn vào cơ duỗi cổ tay quay ngắn
 - + Khâu xuyên gân gấp nông ngón 4 qua gân cơ duỗi dài ngón 1 và duỗi riêng ngón 2
 - + Khâu xuyên gân gấp nông ngón 3 qua gân cơ duỗi chung
 - + Khâu xuyên gân cơ gấp cổ tay quay qua gân dạng dài, duỗi ngắn ngón 1

- + Kiểm tra biên độ vận động khớp
- + Khâu da, cố định tư thế cổ tay và các ngón

VI.THEO DÕI NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

1. Theo dõi

- Dùng kháng sinh, giảm đau, chống phù nề 5-7 ngày.
- Rút dẫn lưu sau 48 giờ

2. Tai biến và xử trí

- Nhiễm khuẩn vết mổ: thay băng, dùng kháng sinh theo kháng sinh đồ.
- Chảy máu: băng ép.

PHẪU THUẬT SỬA MỖM CỤT CHI

I. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật tạo hình, sửa chữa mồm cụt trong các trường hợp mồm cụt bị viêm rò, nhiễm khuẩn, không liền.

II. CHỈ ĐỊNH

Chỉ định cho mọi trường hợp mồm cụt bị nhiễm khuẩn.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Điều trị nội có tiến triển tốt
- Có các bệnh toàn thân nặng chưa điều trị ổn định: đái tháo đường, cao huyết áp...

IV. CHUẨN BỊ

- Người thực hiện: phẫu thuật viên là bác sĩ chuyên khoa chấn thương chỉnh hình đã được đào tạo.

- Phương tiện: bộ dụng cụ phẫu thuật thông thường.
- Người bệnh: vệ sinh sạch sẽ. Nhịn ăn uống 6 giờ trước phẫu thuật.
- Hồ sơ bệnh án: theo qui định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm: gây mê nội khí quản hoặc gây tê đám rối

2. Kỹ thuật:

- Garo nếu được
- Đường rạch: rạch da theo đường mô cũ
- Bộc lộ mồm cụt xương
- Cắt xương cao hơn
- Cắt bỏ cơ, da bị hoại tử đến tổ chức lành
- Cầm máu diện cơ
- Đặt 1 dẫn lưu.
- Khâu lại màng xương
- Khâu cơ che xương
- Khâu da thừa

VI. THEO DÕI NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

1. Theo dõi:

- Thay băng hàng ngày
- Dùng kháng sinh, giảm đau, chống phù nề 5-7 ngày.
- Rút dẫn lưu sau 48 giờ

2. Biến chứng và xử trí:

- Nhiễm khuẩn vết mổ: thay băng, dùng kháng sinh theo kháng sinh đồ.
- Chảy máu: băng ép.

PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ GÃY XƯƠNG / ĐẶT LẠI XƯƠNG TRÊN MỘT VÙNG CHI THỂ (KHÔNG SỬ DỤNG CÁC PHƯƠNG TIỆN KẾT HỢP XƯƠNG)

I. ĐẠI CƯƠNG

Chấn thương gãy xương, trật khớp là thương tổn nặng và thường gặp trong các tai nạn thương tích hiện nay, đặc biệt các gãy xương hở.

Điều trị cần đặt lại tốt giải phẫu và cố định vững diện gãy tránh các di chứng về sau.

II. CHỈ ĐỊNH

- Gãy kín thân xương dài ở trẻ em di lệch không thể nắn chỉnh bảo tồn.
- Gãy kín thân xương dài ở trẻ em có biến chứng mạch máu, thần kinh.
- Gãy kín vùng đầu xương có di lệch mặt khớp.
- Gãy xương hở độ 2,3 (phân độ gãy xương hở theo Gustilo).
- Gãy xương ở trẻ em có di lệch đã nắn chỉnh và điều trị bảo tồn thất bại.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Gãy xương trên người bệnh có bệnh phối hợp không thể tiến hành phẫu thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: 03 Phẫu thuật viên chuyên khoa chấn thương chỉnh hình.

2. Người bệnh và gia đình:

- Chuẩn bị tâm lý, cần được giải thích trước mổ về quá trình phẫu thuật, hậu phẫu và tập phục hồi chức năng sau mổ. Chuẩn bị hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính và các xét nghiệm cần thiết.

- Chuẩn bị người bệnh trước mổ: nhịn ăn, thực tháo, vệ sinh vùng mổ, kháng sinh dự phòng.

1. Phương tiện, trang thiết bị :

- Bộ dụng cụ mổ chấn thương chi.
- Thực hiện tại các cơ sở có chuyên khoa chấn thương chỉnh hình.

2. Dự kiến thời gian tiến hành: 60 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: Người bệnh nằm ngửa.

2. Vô cảm:

- Kháng sinh dự phòng.
- Vô cảm người bệnh bằng gây tê tủy sống hoặc gây mê.

3. Kỹ thuật:

- Sát khuẩn vùng mổ bằng dung dịch Betadine.
- Dùng garo hơi trong mổ với áp lực bằng hai lần áp lực động mạch tối đa.
- Rạch da đường đường mổ tùy theo thương tổn cần nắn chỉnh.
- Rạch cân và bao khớp để vào bọc lộ vùng mặt khớp gãy di lệch nếu có.

- Nắn chỉnh đặt lại xương theo giải phẫu.
- Cầm máu, bơm rửa làm sạch và đặt dẫn lưu.
- Đóng cân và phần mềm theo các lớp giải phẫu.
- Đóng da hai lớp (dưới da và khâu da) với gậy xương kín, đóng một lớp da thừa với gậy xương hở.
- Cố định bột tùy theo thương tổn (nẹp bột hoặc bột rạch dọc).

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi:

- Theo dõi tình trạng toàn thân: mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở, tri giác.
- Theo dõi tình trạng thiếu máu: da niêm mạc nhợt.
- Theo dõi tình trạng chi thể: Màu sắc da, vận động, cảm giác đầu chi, mạch đầu chi.
- Kháng sinh đường tiêm dùng 3-5 ngày sau mổ.
- Giảm đau sau mổ đường tiêm, đặt hậu môn hoặc uống.
- Gác chân cao, chườm lạnh trong 24h đầu.
- Hướng dẫn tập phục hồi chức năng sau mổ sớm.

2. Xử trí tai biến:

- Chảy máu vết mổ: băng chun ép cầm máu, có thể phải mở vết mổ cầm máu nếu cần.
- Nhiễm trùng vết mổ: Tách chỉ vết mổ, thay băng làm sạch vết mổ hàng ngày, dùng thuốc theo kháng sinh đồ.
- Hội chứng khoang: nói các phương tiện cố định, gác chi cao, có thể can thiệp phẫu thuật mở cân nếu cần.

PHẪU THUẬT CHUYỂN DA CƠ CHE PHỦ

I. ĐẠI CƯƠNG

- Khuyết hồng phần mềm nói chung là những thương tổn do nhiều nguyên nhân: tai nạn giao thông, tai nạn lao động, tai nạn do hỏa khí, đôi khi còn do tai biến, biến chứng trong quá trình điều trị

- Che phủ các khuyết hồng phần mềm bằng phẫu thuật chuyển da, cơ che phủ là một kỹ thuật phức tạp. Chỉ thực hiện ở những cơ sở y tế chuyên sâu và được thực hiện bởi các phẫu thuật viên có kinh nghiệm.

II. CHỈ ĐỊNH

- Khuyết hồng phần mềm: da, cơ, lộ xương, mạch máu, thần kinh
- Khuyết hồng phần mềm vùng tỳ đè
- Khuyết hồng phần mềm ngón tay khi muốn giữ chiều dài tối đa

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Vết thương đang nhiễm trùng
- Tình trạng toàn thân không cho phép phẫu thuật
- Phần chi thể khuyết hồng phần mềm không còn chức năng

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

- Phẫu thuật viên chuyên khoa chấn thương chỉnh hình và tạo hình
- Số lượng người thực hiện: 04

2. Người bệnh:

- Chẩn bị tâm lý cho người bệnh và gia đình
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ về hành chính và xét nghiệm

3. Phương tiện:

- Bộ dụng cụ chấn thương chỉnh hình
- Bộ dụng cụ phẫu tích mạch máu
- Máy doppler mạch máu
- Kính hiển vi phẫu thuật

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: Tùy vị trí phẫu thuật mà Người bệnh có thể nằm ngửa, nghiêng hoặc sấp

2. Vô cảm: Gây tê vùng hoặc toàn thân

3. Kỹ thuật:

- Sát khuẩn vùng mổ bằng Bétadine hoặc cồn 70°
- Cắt lọc phần khuyết hồng phần mềm sạch sẽ
- Phẫu tích vạt da, cơ xoay che phủ các khuyết hồng
- Vạt da, cơ có cuống mạch liền: xác định kích thước, giới hạn vạt da, cơ có thể chuyển được. Phẫu tích bó mạch nuôi vạt da, cơ. Chuyển vạt da, cơ có cuống mạch liền che phủ khuyết hồng.

- Vạt da, cơ có cuống mạch rời: xác định kích thước, giới hạn vạt da, cơ có thể chuyển được. Phẫu tích bó mạch nuôi vạt da, cơ. Phẫu tích bó mạch ở vùng khuyết hồng phần mềm. Cắt rời vạt da, cơ có mạch nuôi chuyển đến vùng khuyết hồng, nối mạch vi phẫu.

- Khâu trực tiếp hoặc vá da vùng lấy vạt.

4. Thời gian phẫu thuật: 120 phút

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi:

- Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở, vận động, cảm giác, màu sắc vạt da, cơ để phát hiện sớm các biến chứng sau mổ.

- Hướng dẫn tập phục hồi chức năng sau mổ.

- Kháng sinh đường tiêm 5 - 7 ngày.

2. Xử trí tai biến:

- Chảy máu sau mổ: Băng ép cầm máu nếu không được phải mở lại cầm máu

- Nhiễm trùng: Tách chỉ vết mổ, thay băng hàng ngày, lấy dịch làm kháng sinh đồ, bù dịch và điện giải cho người bệnh

- Hoại tử vạt da, cơ: mổ lại cắt bỏ vạt da, cơ hoại tử

- Tắc mạch nuôi vạt da, cơ: mổ nối lại mạch máu

PHẪU THUẬT GỠ DÍNH THẦN KINH

I. ĐẠI CƯƠNG

Xơ dính bao thần kinh là tình trạng hình thành các tổ chức xơ dính quanh bao các dây thần kinh ngoại biên, gây chèn ép, thiếu dưỡng, giảm chức năng vận động cơ của chi.

Nguyên nhân thường gặp do các di chứng tổn thương thần kinh muộn sau vết thương, chấn thương gây ra. Một nguyên nhân ít gặp hơn có thể do tai biến của xạ trị kéo dài, do bệnh lý như u dây thần kinh, viêm dây thần kinh, do nhiễm độc, do chèn ép mạn tính trong hội chứng sườn - cổ, hội chứng ống cổ tay.

II. CHỈ ĐỊNH

Di chứng của thương tổn thần kinh đã được xử trí thì đầu, nay được xử trí thì 2.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tại chi thể phẫu thuật.
- Người bệnh có các bệnh nội khoa, ngoại khoa không đáp ứng đủ điều kiện để gây mê, gây tê hay phẫu thuật.
- Người bệnh có cơ do vùng thần kinh chi phối xơ teo hoàn toàn, khớp chi thể đã mất chức năng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

- Số người: 4 người gồm 1 Phẫu thuật viên chính, Phụ phẫu thuật 1, Phụ phẫu thuật 2 và 1 Dụng cụ viên.
- Trình độ: Phẫu thuật viên chính là Bác sĩ chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình và tạo hình hoặc Bác sĩ chuyên khoa Phẫu thuật thần kinh, có trình độ từ thạc sỹ trở lên.

2. Người bệnh:

- Được khám bệnh và đánh giá trước mổ.
- Người bệnh và người nhà được giải thích kỹ phương án phẫu thuật, các nguy cơ, tai biến có thể xảy ra trong và sau phẫu thuật. Được ký cam kết đồng ý phẫu thuật.
- Đêm trước phẫu thuật, người bệnh được hướng dẫn nhịn ăn uống, vệ sinh cá nhân, thật tháo, sát khuẩn nơi mổ, sử dụng thuốc an thần như Seduxen 5mg trước giờ ngủ. Đối với người bệnh già yếu, thể trạng suy kiệt, trẻ nhỏ, có thể đặt đường truyền tĩnh mạch 500ml dung dịch Glucose 5% trong thời gian chờ mổ.
- Người bệnh được test và sử dụng 1 lọ kháng sinh dự phòng ngay trước mổ.

3. Phương tiện:

- Dụng cụ: Bộ dụng cụ phẫu thuật phần mềm cơ bản, bộ dụng cụ phẫu tích mạch máu và thần kinh.
- Máy móc: Dao điện, Máy hút.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế:

- Người bệnh nằm ở tư thế có thể tiếp cận dễ dàng nhất tới dây thần kinh cần phẫu thuật.

- Sát khuẩn tới gốc chi phẫu thuật.

2. Vô cảm:

- Tê đám rối cánh tay đối với chi trên.

- Tê tủy sống đối với chi dưới.

- Mask thanh quản hoặc Nội khí quản đối với trẻ em hoặc các trường hợp chống chỉ định gây tê.

3. Kỹ thuật:

- Dồn máu, garogốc chi bằng garo chun hoặc garo hơi.

- Rửa da theo vị trí thương tổn của thần kinh.

- Bóc tách tổ chức dưới da, cân - cơ, bộc lộ toàn bộ đoạn thần kinh cần can thiệp. Chú ý đốt điện cầm máu các nhánh mạch xuyên nuôi cơ.

- Phẫu tích, tách bao dây thần kinh ra khỏi tổ chức xơ dính.

- Cắt bỏ tổ chức xơ dính.

- Chuyển dây thần kinh sang vị trí lành kế cận không có xơ dính, che phủ dây thần kinh bằng cân cơ.

- Bơm rửa làm sạch vết mổ.

- Đặt 1 DL áp lực âm.

- Đóng vết mổ theo lớp giải phẫu.

4. Thời gian thực hiện: 60 phút - 90 phút / ca phẫu thuật.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi:

- Sau mổ 24h theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp người bệnh.

- Thay băng và theo dõi tình trạng vết mổ 2 ngày 1 lần.

- Theo dõi lượng dịch ra dẫn lưu mỗi 24h, rút dẫn lưu khi dịch ra < 50ml/24h.

- Sử dụng các thuốc kháng sinh, giảm đau, chống phù nề và dịch truyền sau mổ.

- Hướng dẫn tập phục hồi chức năng từ ngày thứ 2 sau mổ.

2. Xử trí tai biến:

- Chảy máu: số lượng ít, tiến hành băng ép cầm máu. Số lượng nhiều, máu đỏ tươi, chảy rỉ rả, có thể sát khuẩn, tách mép vết mổ, cầm máu dưới da tại giường. Nếu không hiệu quả, cần mổ lại cầm máu.

- Nhiễm khuẩn: Thay kháng sinh theo kháng sinh đồ, truyền dịch bù điện giải. Không hiệu quả, cần mổ lại, nạo viêm, đặt dẫn lưu, đóng da thưa tiếp tục theo dõi.

PHẪU THUẬT CHUYỂN GIƯỜNG THẦN KINH TRỤ

I. ĐẠI CƯƠNG

- Thần kinh trụ là 1 trong 3 dây thần kinh chính của chi trên. Ở vị trí thần kinh trụ chạy qua khuỷu trong rãnh thần kinh trụ, nó có thể bị chèn ép do các nguyên nhân như vận động sai tư thế trong thời gian dài, viêm nhiễm, xơ dính sau chấn thương, gây ra các triệu chứng tê đau bàn tay ô mô út.

- Phẫu thuật chuyển giường thần kinh trụ từ phía sau ra phía trước lồi cầu trong xương cánh tay có thể khắc phục những triệu chứng trên.

II. CHỈ ĐỊNH

Đã được chẩn đoán xác định chèn ép thần kinh trụ tại rãnh lồi cầu trong, được phục hồi chức năng và điều trị nội nhưng không hiệu quả.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tại chi thể phẫu thuật.
- Người bệnh có các bệnh nội khoa, ngoại khoa không đáp ứng đủ điều kiện để gây mê, gây tê hay phẫu thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

- Số người: 4 người gồm 1 Phẫu thuật viên chính, Phụ phẫu thuật 1, Phụ phẫu thuật 2 và 1 Dụng cụ viên.

- Trình độ: Phẫu thuật viên chính là Bác sĩ chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình và tạo hình hoặc Bác sĩ chuyên khoa Phẫu thuật thần kinh, có trình độ từ thạc sỹ trở lên.

2. Người bệnh:

- Được khám bệnh và đánh giá trước mổ.
- Người bệnh và người nhà được giải thích kỹ phương án phẫu thuật, các nguy cơ, tai biến có thể xảy ra trong và sau phẫu thuật. Được ký cam kết đồng ý phẫu thuật.
- Đêm trước phẫu thuật, người bệnh được hướng dẫn nhịn ăn uống, vệ sinh cá nhân, thật tháo, sát khuẩn nơi mổ, sử dụng thuốc an thần như Seduxen 5mg trước giờ ngủ. Đối với người bệnh già yếu, thể trạng suy kiệt, trẻ nhỏ, có thể đặt đường truyền tĩnh mạch 500ml dung dịch Glucose 5% trong thời gian chờ mổ.
- Người bệnh được test và sử dụng 1 lọ kháng sinh dự phòng ngay trước mổ.

3. Phương tiện:

- Dụng cụ: Bộ dụng cụ phẫu thuật phân mềm cơ bản, bộ dụng cụ phẫu tích mạch máu và thần kinh.

- Máy móc: Dao điện, Máy hút.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế:

- Người bệnh nằm ngửa trên bàn mổ.
- Tay dạng 90° so với trục cơ thể, tay đặt trên 1 bàn nhỏ.

- Sát khuẩn tới gốc chi phẫu thuật.

2. Vô cảm:

- Tê đám rối cánh tay.
- Mask thanh quản đối với trẻ nhỏ.

3. Kỹ thuật:

- Dồn máu, garogốc chi bằng garo chun hoặc garo hơi.
- Rạch da 10cm mặt sau trong của khuỷu.
- Bóc tách tổ chức dưới da, cân - cơ, bộc lộ thần kinh. Chú ý đốt điện cầm máu các nhánh mạch xiên nuôi cơ.
- Phẫu tích, tách bao dây thần kinh ra khỏi tổ chức xơ dính.
- Cắt bỏ tổ chức xơ dính.
- Chuyển dây thần kinh ra phía trước lồi cầu trong, có thể đặt dây thần kinh phía trước cơ hoặc phủ cơ che.
- Bơm rửa làm sạch vết mổ.
- Đặt 1 DL áp lực âm.
- Đóng vết mổ theo lớp giải phẫu.

4. Thời gian thực hiện: 60 phút - 90 phút/ca phẫu thuật.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi:

- Sau mổ 24h theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp người bệnh.
- Thay băng và theo dõi tình trạng vết mổ 2 ngày 1 lần.
- Theo dõi lượng dịch ra dẫn lưu mỗi 24h, rút dẫn lưu khi dịch ra < 50ml/24h.
- Sử dụng các thuốc kháng sinh, giảm đau, chống phù nề và dịch truyền sau mổ.
- Hướng dẫn tập phục hồi chức năng từ ngày thứ 2 sau mổ.

2. Xử trí tai biến:

- Chảy máu: số lượng ít, tiến hành băng ép cầm máu. Số lượng nhiều, máu đỏ tươi, chảy rỉ rả, có thể sát khuẩn, tách mép vết mổ, cầm máu dưới da tại giường. Nếu không hiệu quả, cần mổ lại cầm máu.

- Nhiễm khuẩn: Thay kháng sinh theo kháng sinh đồ, truyền dịch bù điện giải. Không hiệu quả, cần mổ lại, nạo viêm, đặt dẫn lưu, đóng da thưa tiếp tục theo dõi.

- Tổn thương dây thần kinh: tổn thương 1 phần, khâu nối bao thần kinh. Đứt đoạn, vi phẫu nối sợi thần kinh. Hướng dẫn tập phục hồi chức năng sau mổ.

PHẪU THUẬT VẾT THƯƠNG KHỚP

I. ĐẠI CƯƠNG

- Vết thương khớp là những vết thương vùng khớp làm thông thương giữa khớp và môi trường bên ngoài.

- Vết thương khớp nếu không được xử lý sớm và triệt để có thể dẫn đến biến chứng nặng nề như nhiễm trùng khớp, viêm xương khớp về sau.

II. CHỈ ĐỊNH

Vết thương vùng khớp có lộ khớp hoặc chảy dịch khớp.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Tình trạng toàn thân người bệnh quá nặng hoặc có bệnh phối hợp không thể tiến hành phẫu thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện : 03 Phẫu thuật viên chuyên khoa chấn thương chỉnh hình.

2. Người bệnh và gia đình:

- Chuẩn bị tâm lý, cần được giải thích trước mổ về quá trình phẫu thuật, hậu phẫu và tập phục hồi chức năng sau mổ. Chuẩn bị hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính và các xét nghiệm cần thiết.

- Chuẩn bị người bệnh trước mổ: nhịn ăn, thật tháo, vệ sinh vùng mổ, kháng sinh dự phòng.

3. Phương tiện, trang thiết bị:

- Bộ dụng cụ mổ chấn thương chi.

- Thực hiện tại các cơ sở có chuyên khoa chấn thương chỉnh hình.

4. Dự kiến thời gian tiến hành: 60 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: Người bệnh nằm ngửa hoặc nghiêng tùy theo vùng khớp cần phẫu thuật.

2. Vô cảm

- Kháng sinh dự phòng.

- Vô cảm người bệnh bằng gây tê tủy sống hoặc gây mê.

3. Kỹ thuật:

- Sát khuẩn vùng mổ bằng dung dịch Betadine.

- Dùng garo hơi (nếu có thể) trong mổ với áp lực bằng hai lần áp lực động mạch tối đa.

- Cắt lọc, rạch rộng mép da vết thương vùng khớp.

- Mở bao khớp để vào bộc lộ vùng mặt khớp.

- Bơm rửa, làm sạch khớp bằng dung dịch huyết thanh vô khuẩn.

- Cầm máu, đặt dẫn lưu ngoại khớp.

- Đóng cân và phân mềm theo các lớp giải phẫu.

- Đóng da một lớp da thừa.
- Cố định bột tùy theo thương tổn (nẹp bột hoặc bột rạch dọc).

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi:

- Theo dõi tình trạng toàn thân: mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở, tri giác.
- Theo dõi tình trạng thiếu máu: da niêm mạc nhợt.
- Theo dõi tình trạng chi thể: Màu sắc da, vận động, cảm giác đầu chi, mạch đầu chi.
- Kháng sinh đường tiêm dùng 3-5 ngày sau mổ.
- Giảm đau sau mổ đường tiêm, đặt hậu môn hoặc uống.
- Gác chân cao, chườm lạnh trong 24h đầu.
- Hướng dẫn tập phục hồi chức năng sau mổ sớm.

2. Xử trí tai biến:

- Chảy máu vết mổ: băng chun ép cầm máu, có thể phải mở vết mổ cầm máu nếu cần.
- Nhiễm trùng vết mổ: Tách chỉ vết mổ, thay băng làm sạch vết mổ hàng ngày, dùng thuốc theo kháng sinh đồ.

NẪN, BÓ BỘT GÃY XƯƠNG ĐÒN

I. ĐẠI CƯƠNG

- Xương đòn là xương nằm ngang ở trước trên lồng ngực ngay dưới da. Có dạng chữ S.
- Xương đòn là xương duy nhất đảm bảo độ rộng của vai.
- Gãy xương đòn thường gặp ở 1/3 ngoài phía dưới là mạch máu, thần kinh dưới đòn.

II. CHỈ ĐỊNH

Tất cả các trường hợp gãy kín xương đòn mà không kèm theo tổn thương mạch máu và thần kinh.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Gãy hở xương đòn.
- Gãy xương đòn kèm theo tràn khí, tràn máu màng phổi.
- Gãy xương đòn có tổn thương động mạch dưới đòn.
- Gãy xương đòn di lệch chông mà lâm sàng biến dạng gồ ghề, xấu.
- Khớp giả xương đòn.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: 03 người

- Bác sỹ: 01
- Kỹ thuật viên: 02

2. Người bệnh:

- Sau tai nạn sinh hoạt, tai nạn lao động.....
- Có chẩn đoán gãy xương đòn và có chỉ định điều trị bảo tồn.
- Được giải thích kỹ mục đích của thủ thuật, quá trình tiến hành làm thủ thuật.
- Được vệ sinh sạch sẽ, cởi bỏ áo
- Với người bệnh gây mê cần nhịn ăn uống 6 giờ.

3. Phương tiện:

- Thuốc gây mê tĩnh mạch hoặc gây tê tại chỗ
- Bàn nắn.
- Bột thạch cao: 4- 6 cuộn khổ 20cm (bột liền). 6- 8 cuộn khổ 20cm (bột tự cán).
- Băng lót: 2-3 cuộn khổ 20 cuộn.

4. Thời gian thực hiện thủ thuật: 30- 40 phút.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế:

Người bệnh nằm ngửa trên bàn chỉnh hình để được gây mê hoặc gây tê tại chỗ.

2. Vô cảm

- Gây mê tĩnh mạch
- Gây tê tại ổ gãy

3. Kỹ thuật:

- Với người bệnh gây mê nằm trên bàn chỉnh hình.
- Với người bệnh gây tê
 - + Sau gây tê cho người bệnh ngồi trên ghế tròn lưng ngay ngắn, hai vai ngang, hai tay chống mạng sườn ưỡn ngực mắt nhìn thẳng đầu ngay ngắn.
 - + Kỹ thuật viên 1. Đứng sau người bệnh, đầu gối tỳ vào giữa hai bả vai người bệnh, bàn chân đặt trên ghế, hai tay cầm chắc vào vùng vai kéo nắn từ từ dạng ra sau tối đa.
 - + Kỹ thuật viên 2. Bó bột số 8 hoặc bột Desault.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Kiểm tra lại mạch và thần kinh ngay sau bó
- Khám lại sau 24 giờ kiểm tra xem có chèn ép không
- Nếu có dấu hiệu chèn ép cho nới bột ngay
- Kiểm tra mạch. Thần kinh, hoặc khó thở phải theo dõi 15 phút 1 lần hoặc chuyển mổ cấp cứu ngay.

NẤN, BÓ BỘT TRẬT KHỚP KHUYỬ

I. ĐẠI CƯƠNG

Là trật khớp giữa đầu trên hai xương cẳng tay (hõm sigma lớn, chỏm quay) và đầu dưới xương cánh tay (ròng rọc, lồi cầu).

II. CHỈ ĐỊNH

Tất cả các trường hợp trật kín mà không kèm theo tổn thương mạch máu và thần kinh.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Trật hở khớp khuỷu.
- Trật khớp khuỷu mất mạch và thần kinh.
- Trật khớp trên 20 ngày điều trị xoa bóp, đắp lá.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: 04 người

- Bác sỹ: 01
- Kỹ thuật viên: 03

2. Người bệnh:

- Sau tai nạn sinh hoạt, tai nạn lao động.....
- Có chẩn đoán trật khớp khuỷu và có chỉ định điều trị bảo tồn.
- Được giải thích kỹ mục đích của thủ thuật, quá trình tiến hành làm thủ thuật.
- Được vệ sinh sạch sẽ.
- Với Người bệnh gây mê cần nhịn ăn uống 6 giờ.

3. Phương tiện:

- Thuốc gây mê tĩnh mạch hoặc gây tê tại chỗ
- Máy C- ARM
- Bàn nắn.
- Bột thạch cao: 4- 6 cuộn khổ 20cm (bột liền). 6- 8 cuộn khổ 20cm (bột tự cán).
- Băng lót: 2-3 cuộn khổ 20cm.

4. Thời gian thực hiện thủ thuật: 40- 50 phút.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế:

Người bệnh nằm ngửa trên bàn chỉnh hình để được gây mê hoặc gây tê tại chỗ

2. Vô cảm:

- Gây mê tĩnh mạch
- Gây tê tại ổ gãy

3. Kỹ thuật:

- Người bệnh nằm ngửa, đặt vải làm đối lực ở nách

- Kỹ thuật viên 1. Dùng hai ngón cái đặt phía sau cẳng tay người bệnh, các ngón còn lại đặt phía trước cẳng tay, kéo theo trục cánh tay (lúc này khuỷu vẫn đang trong tư thế trật khớp). Kéo từ từ và tăng dần trong thời gian 3- 5 phút.

- Kỹ thuật viên 2. Dùng hai ngón tay cái đẩy mỏm khuỷu ra trước, dùng các ngón tay còn lại đặt ở phía trước cánh tay người bệnh làm đối lực. khi nghe tiếng khục là được.

- Kỹ thuật viên 3. Kiểm tra trên máy C- ARM và bó bột Cánh cẳng bàn tay.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Kiểm tra lại mạch và thần kinh ngay sau nắn.
- Gấp duỗi khuỷu hết biên độ kiểm tra xem khớp vào chưa.
- XQ kiểm tra.
- Khám lại sau 24 giờ kiểm tra xem có chèn ép không.
- Nếu có dấu hiệu chèn ép cho nới bột ngay.
- Kiểm tra mạch. Thần kinh.

NẮN, BÓ BỘT GÃY POUTEAU-COLLES

I. ĐẠI CƯƠNG

Gãy Pouteau- Colles là gãy vùng xương xóp ngang đầu dưới xương quay, đường gãy cách khe khớp cổ tay 3cm, ngoại khớp có di lệch điển hình đầu dưới xương quay di lệch ra ngoài và lệch ra sau. Ở mặt sau thường vỡ ra một mảnh xương nhỏ thứ ba.

II. CHỈ ĐỊNH

- Đối với tất cả các trường hợp gãy kín đầu dưới xương quay mới.
- Các trường hợp gãy đến muện sau 6 tuần nhưng thể trạng yếu như đái tháo đường, cao huyết áp, thể trạng già yếu.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Gãy hở từ độ 2 trở lên.
- Gãy xương kèm theo tổn thương mạch máu, thần kinh, hội chứng khoang bàn tay.
- Những trường hợp sưng nề nhiều, nhiều nốt phỏng do Người bệnh đến muộn hoặc đắp lá.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: 04 người

- Bác sỹ: 01
- Kỹ thuật viên: 03

2. Người bệnh:

- Sau tai nạn sinh hoạt, tai nạn lao động.....
- Có chẩn đoán gãy Pouteau- Colles và có chỉ định điều trị bảo tồn.
- Được giải thích kỹ mục đích của thủ thuật, quá trình tiến hành làm thủ thuật.
- Được vệ sinh sạch sẽ, cởi bỏ áo tay bên bó bột.
- Với người bệnh gây mê cần nhịn ăn uống 6 giờ.

3. Phương tiện:

- Thuốc gây mê tĩnh mạch hoặc gây tê tại chỗ
- Máy C- ARM
- Bàn nắn.
- Bột thạch cao: 2- 3 cuộn khổ 20cm (bột liền). 3- 5 cuộn khổ 20cm (bột tự cán).
- Băng lót . 1-2 cuộn khổ 20cm.

4. Thời gian thực hiện thủ thuật: 50- 60 phút.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: Người bệnh nằm ngửa trên bàn chỉnh hình để được gây mê hoặc gây tê tại chỗ

2. Vô cảm:

- Gây mê tĩnh mạch

- Gây tê tại ổ gãy

3. Kỹ thuật:

- Sau gây mê, gây tê cho người bệnh nằm ngửa cố định khuỷu tay vuông góc với cánh tay bằng đai vải tạo lực đối kháng.

- Kỹ thuật viên 1. Tay phải nắm ngón cái, tay trái nắm ngón 2,3,4 của người bệnh kéo dọc theo trục của chi 5- 7 phút.

- Kỹ thuật viên 2. Đứng đối diện với KTV1 dùng lực hai ngón tay cái đối lực ngược chiều với các ngón tay phía dưới vuốt mạnh dọc từ trên ổ gãy xuống, gấp cổ tay tối đa để nắn đầu dưới xương quay ra trước sau đó nắn di lệch bên nghiêng trụ sau đó giữ nhẹ cổ tay duỗi chờ lại.

- Kỹ thuật viên 3. Kiểm tra trên C- ARM và bó bột Cẳng bàn tay.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Kiểm tra lại mạch và thần kinh ngay sau bó
- XQ kiểm tra.
- Khám lại sau 24 giờ kiểm tra xem có chèn ép không
- Nếu có dấu hiệu chèn ép cho nới bột ngay.

NẮN, BÓ BỘT GÃY MÂM CHÀY

I. ĐẠI CƯƠNG

- Gãy mâm chày là loại gãy xương trong khớp gối.
- Là phần xương xóp nên gãy mâm chày sẽ gây chảy máu nhiều, gây sưng nề, rối loạn dinh dưỡng, có thể kèm theo hội chứng khoang, tắc mạch.
- Mặt sau mâm chày là khoèo có chứa hệ thống thần kinh, mạch máu do vậy gãy mâm chày cần chú ý phát hiện các tổn thương mạch máu, thần kinh kèm theo.

II. CHỈ ĐỊNH

- Đối với tất cả các trường hợp gãy kín mâm chày di lệch ít và mới.
- Với những trường hợp gãy nhiều mảnh phức tạp, phẫu thuật khó khăn có thể điều trị bảo tồn.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Gãy hở từ độ 2 trở lên.
- Gãy xương kèm theo tổn thương mạch máu, thần kinh, hội chứng khoang.
- Những trường hợp sưng nề nhiều, nhiều nốt phỏng do người bệnh đến muộn hoặc đắp lá.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: 04 người

- Bác sỹ: 01
- Kỹ thuật viên: 03

2. Người bệnh:

- Sau tai nạn sinh hoạt, tai nạn lao động.....
- Có chẩn đoán gãy mâm chày và có chỉ định điều trị bảo tồn.
- Được giải thích kỹ mục đích của thủ thuật, quá trình tiến hành làm thủ thuật.
- Được vệ sinh sạch sẽ, và bộc chi bên bó bột.
- Với người bệnh gây mê cần nhịn ăn uống 6 giờ.

3. Phương tiện:

- Thuốc gây mê tĩnh mạch hoặc gây tê tại chỗ.
- Máy C-ARM.
- Bàn nắn chỉnh Pelvie.
- Bơm tiêm 20ml, kim lấy thuốc số 24, bông băng còn gạc.
- Bột thạch cao: 10- 12 cuộn khổ 20cm (bột liền); 12- 14 cuộn khổ 20cm (bột tự cán).
- Bông lót: 2-4 cuộn khổ 20cm.

4. Thời gian thực hiện thủ thuật: 60- 80 phút.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế:

Người bệnh nằm ngửa trên bàn chỉnh hình để được gây mê hoặc gây tê tại chỗ.

2. Vô cảm

- Gây mê tĩnh mạch
- Gây tê tại ổ gãy

3. Kỹ thuật:

- Sau gây mê, gây tê cho người bệnh nằm ngửa cố định cổ chân hai bên vào bàn nắn chỉnh.

- Kỹ thuật viên 1: Xoay tay kéo bàn chỉnh hình để kéo dài chi dọc theo trục 5- 7 phút.

- Kỹ thuật viên 2: Sát trùng rộng vùng khớp gối, đi găng vô khuẩn hút máu tụ trong khớp gối. Sau đó dùng hai bàn tay nắn chỉnh ép các mảnh gãy về vị trí giải phẫu.

- Kỹ thuật viên 3: Kiểm tra trên C- ARM và bó bột Đùi cẳng bàn chân.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- XQ kiểm tra.

- Để phát hiện sớm các biến chứng như: Chèn ép bột, hội chứng khoang cẳng kê cao chân, theo dõi cảm giác đau của người bệnh, vận động và cảm giác cũng như màu sắc, nhiệt độ của ngón chân.

- Khám lại sau 24 giờ kiểm tra xem có chèn ép không.

- Nếu có dấu hiệu chèn ép cho nới bột ngay.

NẪN, BÓ BỘT GÃY DUPUYTREN

I. ĐẠI CƯƠNG

- Gãy Dupuytren là gãy xương vùng cổ chân bao gồm:
 - + Gãy mắt cá trong
 - + Gãy 1/3 dưới xương mác
 - + Trật khớp cổ chân
- Gãy Dupuytren có thể gây đứt hệ thống dây chằng vùng cổ chân gây nên sự mất vững vùng cổ chân vì vậy cần phải nắn sớm.

II. CHỈ ĐỊNH

Đối với tất cả các trường hợp gãy kín Dupuytren mới.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Gãy Dupuytren có vết thương thấu khớp
- Gãy xương kèm theo tổn thương mạch máu, thần kinh.
- Những trường hợp sưng nề nhiều, nhiều nốt phỏng do người bệnh đến muộn hoặc đắp lá.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: 04 người

- Bác sỹ: 01
- Kỹ thuật viên: 03

2. Người bệnh:

- Sau tai nạn sinh hoạt, tai nạn lao động.....
- Có chẩn đoán gãy Dupuytren và có chỉ định điều trị bảo tồn.
- Được giải thích kỹ mục đích của thủ thuật, quá trình tiến hành làm thủ thuật.
- Được vệ sinh sạch sẽ, bộc lộ vùng cẳng chân bên bó bột.
- Với người bệnh gây mê cần nhịn ăn uống 6 giờ.

3. Phương tiện:

- Thuốc gây mê tĩnh mạch hoặc gây tê tại chỗ
- Máy C- ARM
- Bơm, kim tiêm, bông băng, cồn, gạc
- Bàn nắn.
- Bột thạch cao: 4- 6 cuộn khổ 20cm (bột liền), 6- 8 cuộn khổ 20cm (bột tự cán).
- Bông lót: 2-3 cuộn khổ 20cm.

4. Thời gian thực hiện thủ thuật: 60- 80 phút.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế:

Người bệnh nằm ngửa trên bàn chỉnh hình để được gây mê hoặc gây tê tại chỗ.

2. Vô cảm:

- Gây mê tĩnh mạch

- Gây tê tại ổ gãy

3. Kỹ thuật:

- Sau gây mê, gây tê cho người bệnh nằm ngửa kê đệm gối dưới đùi. Cố định gối của người bệnh vào bàn chỉnh hình.

- Kỹ thuật viên 1. Tay trái nắm bàn chân, tay phải đỡ dưới gót chân của người bệnh kéo thẳng trục 5-7 phút.

- Kỹ thuật viên 2. Đứng vuông góc với KTV1 nắm đầu dưới xương chày ra ngoài. Đẩy mắt cá trong lên trên. Đưa bàn chân vào trong.

- Kỹ thuật viên 3. Kiểm tra trên C- ARM và bó bột Cẳng bàn chân.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Kiểm tra lại cảm giác và màu sắc của các ngón chân.
- XQ kiểm tra.
- Khám lại sau 24 giờ kiểm tra xem có chèn ép không
- Nếu có dấu hiệu chèn ép cho nới bột ngay.

NẪN, BÓ BỘT GÃY MONTEGGIA

I. ĐẠI CƯƠNG

Đây là loại gãy xương đặc biệt, có kèm theo trật khớp được Monteggia mô tả vào năm 1814, là gãy thân xương trụ gấp góc di lệch và trật chỏm quay.

II. CHỈ ĐỊNH

- Trẻ em dưới 15 tuổi.
- Người bệnh không muốn mổ.
- Các trường hợp gãy kín nhưng Người bệnh nặng, đa chấn thương cần can thiệp trước các cơ quan khác như vỡ gan, sọ não, phổi ...vv.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Gãy hở từ độ 2 trở lên.
- Các trường hợp có hội chứng khoang, lóc da, tổn thương mạch máu và thần kinh.
- Những trường hợp sưng nề nhiều, nhiều nốt phỏng do người bệnh đến muộn hoặc đắp lá.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: 04 người

- Bác sỹ: 01
- Kỹ thuật viên: 03

2. Người bệnh:

- Sau tai nạn sinh hoạt, tai nạn lao động.....
- Có chẩn đoán gãy Monteggia và có chỉ định điều trị bảo tồn.
- Được giải thích kỹ mục đích của thủ thuật, quá trình tiến hành làm thủ thuật.
- Được vệ sinh sạch sẽ, cởi bỏ áo tay bên bó bột.
- Với người bệnh gây mê cần nhịn ăn uống 6 giờ.

3. Phương tiện:

- Thuốc gây mê tĩnh mạch hoặc gây tê tại chỗ
- Máy C- ARM
- Bàn nắn.
- Băng, băng còng, gạc, bơm kim tiêm 10,20 ml.
- Bột thạch cao: 3- 4 cuộn khổ 20cm (bột liền), 4-6 cuộn khổ 20cm (bột tự cán).
- Băng lót : 2-3 cuộn khổ 20cm.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế:

Người bệnh nằm ngửa trên bàn chỉnh hình để được gây mê hoặc gây tê tại chỗ

2. Vô cảm:

- Gây mê tĩnh mạch

- Gây tê tại ổ gãy

3. Kỹ thuật:

- Sau gây mê, gây tê cho người bệnh nằm ngửa vai dạng, cố định phần thấp xương cánh tay vào bàn chỉnh hình.

- Kỹ thuật viên 1. Nắm ngón cái người bệnh kéo theo trục xương quay, tay kia kéo thêm ở cổ tay người bệnh, xoay sấp từ từ cẳng tay người bệnh gấp dần đến sấp tối đa.

- Kỹ thuật viên 2. Ấn chỏm quay ở khuỷu xuống, thường thấy cảm giác (sật một tiếng nhẹ) là chỏm quay đã vào khớp. Từ từ gấp khuỷu đến tối đa xong quay ngửa cẳng tay. Đưa về vuông góc và bó bột Cánh cẳng bàn tay dach rọc.

- Kỹ thuật viên 3. Kiểm tra trên C- ARM.

4. Thời gian thực hiện thủ thuật: 60- 80 phút.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Kiểm tra lại mạch và thần kinh ngay sau bó
- XQ kiểm tra.
- Khám lại sau 24 giờ kiểm tra xem có chèn ép không
- Nếu có dấu hiệu chèn ép cho nới bột ngay.

NỆP BỘT CÁC LOẠI KHÔNG NẴN

I. ĐẠI CƯƠNG

Nẹp bột là các loại bột được dải thành tấp, phen có tác dụng giữ, chỉnh cho các tư thế đặc biệt trong và sau phẫu thuật cũng như bất động tạm thời sau chấn thương.

II. CHỈ ĐỊNH

- Đối với tất cả các dạng cần phối hợp bất động sau phẫu thuật hoặc chấn thương.
- Các trường hợp cần giữ ở nhưng tư thế đặc biệt

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: 02 người

- Bác sỹ: 01
- Kỹ thuật viên: 01

2. Người bệnh:

- Sau tai nạn sinh hoạt, tai nạn lao động...
- Có chỉ định đặt nẹp bất động.
- Được giải thích kỹ mục đích của thủ thuật, quá trình tiến hành làm thủ thuật.

3. Phương tiện:

- Bàn nắn.
- Bột thạch cao: 2- 14 cuộn khổ 20cm (bột liền), 4- 16 cuộn khổ 20cm (bột tự cán).
- Bông lót : 2- 8 cuộn khổ 20cm.

4. Thời gian thực hiện thủ thuật: 20- 40 phút.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: Người bệnh nằm ngửa trên bàn chỉnh hình.

2. Vô cảm

3. Kỹ thuật:

- Kỹ thuật viên 1. Đưa các bộ phận được yêu cầu bất động vào đúng tư thế cần bất động và giữ yên.
- Kỹ thuật viên 2. Dải bột thành dạng nẹp và đặt lên phần cần bất động và băng lại.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Kiểm tra lại mạch và thần kinh ngay sau bó.
- Khám lại sau 24 giờ kiểm tra xem có chèn ép không
- Nếu có dấu hiệu chèn ép cho nới bột ngay.

PHẪU THUẬT KHẸP GỠ HỞ ĐỘ I HAI XƯƠNG CẰNG CHÂN

I. ĐẠI CƯƠNG

Gãy hai xương cẳng chân là loại gãy xương dài thường gặp nhất, chiếm 18% các loại gãy xương. Gãy hở độ I theo Gustilo tức là gãy xương có tổn thương phần mềm ít, rách da dưới 1cm.

II. CHỈ ĐỊNH

- Di lệch ngang quá 1/3 bề ngang thân xương.
- Gãy chéo xoắn, gãy nhiều tầng, nhiều mảnh
- Mọi di lệch xoay.
- Trục xương gấp góc trên 10°, nhất là gấp góc sang bên.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Vết thương phần mềm viêm nhiễm.
- Còn rối loạn dinh dưỡng nặng: sung nề nhiều, nhiều nốt phỏng.
- Có bệnh toàn thân nặng như tim mạch, đái tháo đường... cần được điều trị ổn định trước khi tiến hành phẫu thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: phẫu thuật viên là bác sĩ chuyên khoa chấn thương chỉnh hình đã được đào tạo.

2. Người bệnh và gia đình:

Được giải thích đầy đủ về cuộc phẫu thuật và các tai biến có thể gặp.

Tắm rửa, vệ sinh, cắt móng tay, móng chân, thay băng, vệ sinh vết thương. Nhịn ăn uống 6 giờ trước phẫu thuật.

3. Phương tiện:

- Bộ dụng cụ kết hợp xương cẳng chân
- Ga rô, đinh nội tủy, khoan xương, nẹp, vít các cỡ.

4. Hồ sơ bệnh án:

Ghi đầy đủ, chi tiết các lần thăm khám, hội chẩn, giải thích cho người bệnh và gia đình

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: Người bệnh nằm ngửa, ga rô gốc chi.

2. Vô cảm: gây mê nội khí quản hoặc gây tê tủy sống.

3. Kỹ thuật tiến hành:

Cắt lọc, làm sạch vết thương.

Đường rạch: Rạch da dọc phía ngoài mào chày chừng 1cm, dài 10 – 12cm tùy theo vị trí gãy và phương tiện kết hợp xương.

Tránh bóc tách phần mềm và màng xương nhiều.

Làm sạch diện gãy

Đặt lại ổ gãy

Phương pháp cố định: Đinh nội tủy hoặc nẹp vít.

Bơm rửa vùng mổ

Bỏ ga rô, cầm máu.

Đặt 1 dẫn lưu (nếu cần)

Đóng vết mổ theo các lớp giải phẫu.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi:

Mạch, nhiệt độ, nhịp thở

Tình trạng vết mổ: Chảy máu, sưng nề, nhiễm trùng...

Dùng kháng sinh 5 – 7 ngày, thuốc giảm đau sau mổ

Rút dẫn lưu sau 48 giờ.

Nếu kết hợp xương vững: cho cử động sớm các khớp lân cận. Tập đi có nạng sau 6 tuần, sức đề nạng lên chân đau tăng dần. Bỏ nạng sau 4 tháng, đi có gậy chống. Bỏ gậy sau phẫu thuật 6 tháng.

2. Xử trí :

Tụ máu: Tách chỉ vết mổ, lấy máu tụ

Nhiễm khuẩn: Tách chỉ, làm sạch, nạo viêm, lấy bỏ dụng cụ kết hợp xương (tùy mức độ nhiễm trùng)

PHẪU THUẬT KHẸP GỠ HỠ ĐỘ II HAI XƯƠNG CẰNG CHÂN

I. ĐẠI CƯƠNG

Gãy hai xương cẳng chân là loại gãy xương dài thường gặp nhất, chiếm 18% các loại gãy xương. Gãy hở độ I theo Gustilo tức là gãy xương có tổn thương phần mềm ít, vết thương phần mềm trên 2cm.

II. CHỈ ĐỊNH

Chỉ định phẫu thuật với tất cả các trường hợp gãy hở độ II 2 xương cẳng chân. Chỉ định kết hợp xương bên trong khi: người bệnh đến sớm trước 6 giờ, vết thương gọn sạch, phẫu thuật viên kinh nghiệm, trang thiết bị đảm bảo.

Nếu không đảm bảo những điều kiện trên: Cắt lọc, làm sạch, bất động bằng bột; kéo liên tục qua xương gót hoặc khung cố định ngoài.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối. Trong bệnh cảnh đa chấn thương nặng, cần lựa chọn biện pháp hợp lý.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: Phẫu thuật viên là bác sĩ chuyên khoa chấn thương chỉnh hình đã được đào tạo.

2. Người bệnh và gia đình:

- Được giải thích đầy đủ về cuộc phẫu thuật và các tai biến có thể gặp.
- Vệ sinh, cắt móng tay, móng chân, thay băng, vệ sinh vết thương. Nhịn ăn uống 6 giờ trước phẫu thuật.
- Đánh rửa vết thương (trong phòng mổ)

3. Phương tiện:

- Bộ dụng cụ kết hợp xương cẳng chân
- Ga rô, đinh nội tủy, khoan xương, nẹp, vít các cỡ, kim Kirschner, khung cố định ngoài, bột.

4. Hồ sơ bệnh án

Ghi đầy đủ, chi tiết các lần thăm khám, hội chẩn, giải thích cho người bệnh và gia đình

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: người bệnh nằm ngửa, ga rô gốc chi.

2. Vô cảm: gây mê nội khí quản hoặc gây tê tủy sống.

3. Kỹ thuật:

Đường rạch: Tùy vào vị trí vết thương.

Cắt lọc tổ chức dập nát

Tránh bóc tách phần mềm và màng xương nhiều.

Làm sạch diện gãy

Đặt lại ổ gãy

Các phương pháp cố định:

Kết hợp xương bên trong bằng đinh nội tủy hoặc nẹp vít (theo chỉ định).

Khung cố định ngoài

Xuyên kim qua xương gót kéo liên tục

Bơm rửa vùng mổ

Bỏ ga rô, cầm máu.

Đặt 1 dẫn lưu

Đóng vết mổ theo các lớp giải phẫu.

Băng vết mổ

Bộ đùi căng bàn chân rạch dọc (trong trường hợp bất động bằng bột)

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TẠI BIẾN

1. Theo dõi:

Mạch, nhiệt độ, nhịp thở

Tình trạng vết mổ: chảy máu, sưng nề, nhiễm trùng...

Dùng kháng sinh 5 – 7 ngày, thuốc giảm đau sau mổ

Rút dẫn lưu sau 48 giờ.

Kết hợp xương thì 2 khi phân mềm ổn định nếu thì 1 bất động bằng bột, xuyên kim qua xương gót kéo liên tục hoặc khung cố định ngoài.

Nếu kết hợp xương vững: cho cử động sớm các khớp lân cận. Tập đi có nạng sau 6 tuần, sức đè nặng lên chân đau tăng dần. Bỏ nạng sau 4 tháng, đi có gậy chống. Bỏ gậy sau phẫu thuật 6 tháng.

2. Xử trí :

Tụ máu: Tách chỉ vết mổ, lấy máu tụ

Nhiễm khuẩn: Tách chỉ, làm sạch, nạo viêm, lấy bỏ dụng cụ kết hợp xương (tùy mức độ nhiễm trùng).

PHẪU THUẬT KHẸP GỖY HỖ ĐỘ II TRÊN VÀ LIÊN LỖI CẦU XƯƠNG ĐÙI

I. ĐẠI CƯƠNG

Gãy trên và liên lồi cầu đùi là gãy đầu dưới xương đùi, đoạn này dài khoảng 10cm tính từ mặt khớp.

Gặp ở mọi lứa tuổi, nhiều nhất ở tuổi trưởng thành.

II. CHỈ ĐỊNH

Chỉ định kết hợp xương bên trong khi: người bệnh đến sớm trước 6 giờ, vết thương gọn sạch, phẫu thuật viên kinh nghiệm, trang thiết bị đảm bảo.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Vết thương bẩn, đến muộn, không có điều kiện kết hợp xương ngay.

Bệnh cảnh đa chấn thương nặng cần cân nhắc.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: phẫu thuật viên là bác sĩ chuyên khoa chấn thương chỉnh hình đã được đào tạo.

2. Người bệnh và gia đình:

Được giải thích đầy đủ về cuộc phẫu thuật và các tai biến có thể gặp.

Vệ sinh, cắt móng tay, móng chân, thay băng, vệ sinh vết thương. Nhịn ăn uống 6 giờ trước phẫu thuật.

Đánh rửa vết thương (trong phòng mổ)

3. Phương tiện:

Bộ dụng cụ kết hợp xương đùi

Ga rô, khoan xương, nẹp ốp lồi cầu các, vít các cỡ, kim Kirschner.

4. Hồ sơ bệnh án:

Ghi đầy đủ, chi tiết các lần thăm khám, hội chẩn, giải thích cho người bệnh và gia đình

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: người bệnh nằm ngửa, độn mông, ga rô góc chi.

2. Vô cảm: gây mê nội khí quản hoặc gây tê tủy sống.

3. Kỹ thuật:

Cắt lọc, làm sạch vết thương.

Đường rạch: Đường ngoài qua mỏm trên lồi cầu ngoài hướng về phía lồi củ chày.

Rạch cân đùi

Vén cơ rộng ngoài, cầm máu mạch xiên

Cắt lọc tổ chức cơ đập nát

Bộc lộ rõ diện gãy trên lồi cầu và liên lồi cầu đùi

Làm sạch diện gãy

Đặt lại ổ gãy: Đặt lại tốt diện gãy liên lồi cầu (di lệch nhỏ hơn 2mm), cố định tạm thời bằng kim Kirschner. Sau đó, đặt lại diện gãy trên lồi cầu

Cố định bằng nẹp ốp lồi cầu. Nếu có những mảnh rời nhỏ có thể cố định bằng vít tự do.

Bơm rửa vùng mô

Bỏ ga rô, cầm máu.

Đặt 1 dẫn lưu

Đóng vết mổ theo các lớp giải phẫu.

Băng vết mổ

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi:

Mạch, nhiệt độ, nhịp thở

Tình trạng vết mổ: chảy máu, sưng nề, nhiễm trùng...

Dùng kháng sinh 5 – 7 ngày, thuốc giảm đau sau mổ

Rút dẫn lưu sau 48 giờ.

Nếu kết hợp xương vững: cho cử động sớm các khớp lân cận.

2. Xử trí :

Tụ máu: Tách chỉ vết mổ, lấy máu tụ

Nhiễm khuẩn: Tách chỉ, làm sạch, nạo viêm, lấy bỏ dụng cụ kết hợp xương (tùy mức độ nhiễm trùng)

ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT KHẸT GÂY TRẬT XƯƠNG GÓT

I. ĐẠI CƯƠNG

Gãy loại gãy xương bàn chân thường gặp. Nguyên nhân chủ yếu là tai nạn ngã cao, tai nạn giao thông.

Kết quả điều trị còn nhiều hạn chế.

II. CHỈ ĐỊNH

Tất cả người bệnh gãy trật xương gót.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Vết thương phần mềm viêm nhiễm.

Còn rối loạn dinh dưỡng nặng: Sưng nề nhiều, nhiều nốt phỏng.

Có bệnh toàn thân nặng như tim mạch, đái tháo đường... cần được điều trị ổn định trước khi tiến hành phẫu thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: Phẫu thuật viên là bác sĩ chuyên khoa chấn thương chỉnh hình đã được đào tạo.

2. Người bệnh và gia đình:

Được giải thích đầy đủ về cuộc phẫu thuật và các tai biến có thể gặp.

Vệ sinh, cắt móng tay, móng chân, thay băng, vệ sinh vết thương. Nhịn ăn uống 6 giờ trước phẫu thuật.

3. Phương tiện:

Bộ dụng cụ kết hợp xương đùi

Ga rô, khoan xương, nẹp mắt xích, vít các cỡ, kim Kirschner.

4. Hồ sơ bệnh án:

Ghi đầy đủ, chi tiết các lần thăm khám, hội chẩn, giải thích cho người bệnh và gia đình

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: Người bệnh nằm ngửa, độn mông, ga rô góc chi.

2. Vô cảm: Gây mê nội khí quản hoặc gây tê tủy sống.

3. Kỹ thuật:

Đường rạch: Đường phía ngoài bàn chân hình chữ L. Chú ý tránh tổn thương gân mạc bên ngấn, dài.

Bộc lộ rõ diện gãy: Bộc lộ các mảnh gãy, diện khớp sên-gót.

Làm sạch diện gãy

Đặt lại ổ gãy: Phục hồi diện gãy sên-gót và góc Bohler.

Cố định bằng nẹp mắt xích, vít 3 3,5 hoặc 4,5.

Bơm rửa vùng mổ

Bỏ ga rô, cầm máu.

Đặt 1 dẫn lưu

Đóng vết mổ theo các lớp giải phẫu.

Băng vết mổ

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi:

Mạch, nhiệt độ, nhịp thở

Tình trạng vết mổ: Chảy máu, sưng nề, nhiễm trùng...

Dùng kháng sinh 5 – 7 ngày, thuốc giảm đau sau mổ

Rút dẫn lưu sau 48 giờ.

Nếu kết hợp xương vững: Cho cử động sớm các khớp lân cận.

2. Xử trí:

Tụ máu: Tách chỉ vết mổ, lấy máu tụ

Nhiễm khuẩn: Tách chỉ, làm sạch, nạo viêm, lấy bỏ dụng cụ kết hợp xương (tùy mức độ nhiễm trùng).

ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT KHX TRẬT KHỚP LISFRANC

I. ĐẠI CƯƠNG

Khớp Lisfranc là một phức hợp tạo bởi diện khớp giữa nền xương bàn ngón 1,2,3 với các xương chêm tương ứng và nền xương bàn ngón 4, 5 với xương hộp.

Trật khớp Lisfranc không phải là tổn thương hiếm gặp, nhưng tỷ lệ bỏ sót tổn thương nhiều. Trật khớp Lisfranc không được điều trị đúng sẽ làm suy giảm nhiều chức năng của cổ bàn chân, đau mạn tính, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống.

II. CHỈ ĐỊNH

Tất cả các trường hợp trật khớp Lisfranc.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Vết thương phần mềm viêm nhiễm.

Còn rối loạn dinh dưỡng nặng: sung nề nhiều, nhiều nốt phỏng.

Có bệnh toàn thân nặng như tim mạch, đái tháo đường...cần được điều trị ổn định trước khi tiến hành phẫu thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: Phẫu thuật viên là bác sĩ chuyên khoa chấn thương chỉnh hình đã được đào tạo.

2. Người bệnh và gia đình:

Được giải thích đầy đủ về cuộc phẫu thuật và các tai biến có thể gặp.

Vệ sinh, cắt móng tay, móng chân, thay băng, vệ sinh vết thương. Nhịn ăn uống 6 giờ trước phẫu thuật.

3. Phương tiện:

Bộ dụng cụ kết hợp xương

Ga rô, khoan xương, vít 3.5mm, kim Kirschner.

4. Hồ sơ bệnh án:

Ghi đầy đủ, chi tiết các lần thăm khám, hội chẩn, giải thích cho người bệnh và gia đình.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: người bệnh nằm ngửa, ga rô gốc chi.

2. Vô cảm: gây mê nội khí quản hoặc gây tê tủy sống.

3. Kỹ thuật:

Đường rạch: Sử dụng 1 hoặc 2 đường tùy vào loại tổn thương. Thứ 1: thẳng qua giữa xương bàn ngón 1 và 2. Thứ 2: Thẳng qua nền xương bàn ngón 3 và 4.

Chú ý tránh tổn thương gân duỗi

Bộc lộ các diện khớp

Đặt lại các khớp: Xương bàn 1,2,3 với các xương chêm tương ứng, xương bàn 4,5 với xương hộp.

Cố định bằng vis 3.5 mm hoặc kim Kirschner.

Bơm rửa vùng mô
Bỏ ga rô, cầm máu.
Đóng vết mổ theo các lớp giải phẫu.
Băng vết mổ
Nẹp bột căng bàn chân

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Theo dõi:

Mạch, nhiệt độ, nhịp thở
Tình trạng vết mổ: Chảy máu, sưng nề, nhiễm trùng...
Dùng kháng sinh 5 – 7 ngày, thuốc giảm đau sau mổ
Kê cao chân, chườm lạnh sau mổ.

Xử trí:

Tụ máu: Tách chỉ vết mổ, lấy máu tụ
Nhiễm khuẩn: Tách chỉ, làm sạch, nạo viêm, lấy bỏ dụng cụ kết hợp xương (tùy mức độ nhiễm trùng).

PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG GÃY THÂN HAI XƯƠNG CẰNG CHÂN

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật kết hợp xương gãy thân hai xương cẳng chân là phẫu thuật nắn chỉnh diện gãy xương chày và cố định xương gãy bằng phương tiện kết hợp xương. Trong một số trường hợp có thể kèm theo kết hợp xương diện gãy xương mác.

II. CHỈ ĐỊNH

- Gãy thân hai xương cẳng chân ở người lớn.
- Gãy thân hai xương cẳng chân ở trẻ em di lệch.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Gãy xương hở độ 3 theo phân độ gãy xương hở Gustilo.
- Gãy xương hở đến muôn.
- Gãy không di lệch ở trẻ em.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình.

2. Người bệnh:

- Chuẩn bị vệ sinh thân thể trước mổ.
- Vệ sinh vùng mổ, cạo lông chân nếu có nhiều lông.

3. Phương tiện:

- Bộ dụng cụ kết hợp xương cẳng chân.
- Nẹp vít, vít AO.
- Đinh nội tủy cẳng chân: Đinh Kuntcher, đinh SIGN, đinh rush (cho trẻ em).

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế người bệnh: Người bệnh nằm ngửa, chân duỗi thẳng.

2. Vô cảm: Gây tê tủy sống, tê ngoài màng cứng hoặc gây mê toàn thân.

3. Kỹ thuật:

- Dồn máu, garo gốc chi.
- Rạch da đường trước ngoài, cách mào chày khoảng 1-1,5 cm.
- Bóc tách phần mềm để bộc lộ hai đầu xương gãy.
- Đặt lại xương theo giải phẫu.
- Kết hợp xương bằng nẹp vít hoặc đinh nội tủy.
 - + KHX nẹp vít theo nguyên tắc của A.O.
 - + Kết hợp xương bằng đinh nội tủy có thể nắn chỉnh kín dưới màn tăng sáng hoặc mở ổ gãy.

3.1. Dùng đinh sign, đinh Kuntcher, đinh gamma:

- Rạch da chính giữa gân bánh chè, tách gân bánh chè sang hai bên.
- Tạo đường vào ống tủy xương chày ngay sau gân bánh chè, trước lớp mỡ Hoffa của khớp gối.
- Đoa ống tủy đến kích thước phù hợp.

- Chọn đinh phù hợp với xương của người bệnh.
- Kết hợp xương đinh nội tủy có chốt (đinh sign, gamma) hoặc không chốt (đinh Kuntcher)

3.2. Dùng đinh Rush, đinh nội tủy đàn hồi (Metaizeau).

- + Đường vào của đinh nằm ở phần hành xương ở đầu trên xương chày. Có thể tạo 1 hoặc 2 đường vào ở hai bên của hành xương chày.
- + Kết hợp xương bằng một hoặc nhiều đinh khác nhau.
- Kiểm tra diện lại diện gãy sau kết hợp xương.
- Cầm máu kỹ trước khi đóng phần mềm.
- Đặt ống dẫn lưu nếu cần.
- Khâu phục hồi phần mềm theo giải phẫu.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Theo dõi: Theo dõi các biến chứng sau mổ: chảy máu sau mổ, tổn thương mạch máu, tổn thương thần kinh...
- Xử lý:

Chảy máu sau mổ:

- + Chảy máu động mạch thường do vết thương bên động mạch, cần mở lại cầm máu.
- + Chảy máu tĩnh mạch có thể băng ép cầm máu từ ngọn chi đến gốc chi, nếu không hiệu quả cần mở lại cầm máu.
- + Phục hồi lại lưu thông mạch máu nếu tổn thương mạch gây thiếu máu chi.

Các tổn thương thần kinh: thường do garo hoặc kéo vén thô bạo trong quá trình phẫu tích cần được theo dõi sát sau mổ.

PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG GÃY XƯƠNG MÁC ĐƠN THUẦN

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật kết hợp xương gãy thân xương mác đơn thuần là phẫu thuật nắn chỉnh diện gãy xương mác, cố định diện gãy xương mác bằng phương tiện kết hợp xương.

II. CHỈ ĐỊNH

- Gãy đầu xa xương mác di lệch.
- Gãy đầu xa xương mác gây mất vững mộng chày mác.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Gãy cao thân xương mác.
- Gãy xương hở độ 3 theo phân độ gãy xương hở Gustilo.
- Gãy hở đến muôn.
- Tổn thương nặng phần mềm vùng gãy.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình.

2. Người bệnh:

- Chuẩn bị vệ sinh thân thể trước mổ.
- Vệ sinh vùng mổ, cạo lông chân nếu có nhiều lông.

3. Phương tiện:

- Bộ dụng cụ kết hợp xương mác
- Nẹp vít, vít AO.
- Đinh Rush hoặc kim Kirschner

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế người bệnh: Người bệnh nằm ngửa, nên kê mông bên đối diện để dễ bộc lộ xương mác.

2. Vô cảm: Gây tê tùy sống, tê ngoài màng cứng hoặc gây mê toàn thân.

3. Kỹ thuật:

- Dồn máu, ga rô gốc chi.
- Rửa da đường ngoài.
- Tách cân cơ bộc lộ 2 đầu xương mác gãy.
- Đặt lại xương theo giải phẫu.
- Kết hợp xương mác thường dùng nẹp vít. Nếu có mất vững mộng chày mác thì dùng vít để cố định mộng chày mác. Trong một số trường hợp gãy chéo vát có thể dùng vít tự do bắt vuông góc với diện gãy. Nếu không có nẹp vít có thể dùng đinh Rush hoặc kim Kirschner kết hợp xương mác đinh nội tủy.
- Kiểm tra lại diện gãy sau khi kết hợp xương.
- Cầm máu kỹ trước khi đóng phần mềm theo giải phẫu, thường không phải dẫn lưu.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu sau mổ: Hiếm gặp.

- Hoại tử phần mềm trên mắt cá ngoài gây phương tiện kết hợp xương: Biến chứng này thường xảy ra trên người bệnh vốn bị tổn thương phần mềm nặng trước đó.

PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG GÃY XƯƠNG GÓT

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật kết hợp xương gót là phẫu thuật nắn chỉnh diện gãy xương gót và cố định diện gãy bằng phương tiện kết hợp xương. Việc nắn chỉnh diện gãy xương gót yêu cầu nắn chỉnh tốt của diện khớp dưới sên cũng như trục của xương gót.

II. CHỈ ĐỊNH

- Gãy xương gót di lệch.
- Gãy trật xương gót (gãy xương gót kèm theo trật khớp dưới sên, trật khớp gót hộp).

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Gãy xương gót không di lệch.
- Tổ chức phần mềm tổn thương nặng.
- Gãy hở xương gót đến muện.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình.

2. Người bệnh:

- Chuẩn bị vệ sinh thân thể trước mổ.
- Vệ sinh vùng mổ, cắt ngắn móng chân.

3. Phương tiện:

- Bộ dụng cụ kết hợp xương gót.
- Nẹp vít, vít AO dành cho gãy xương gót, trong trường hợp không có nẹp chuyên dụng có thể sử dụng nẹp vít thông thường.
- Kim Kirschner các cỡ.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế người bệnh: Người bệnh nằm nghiêng 90 độ về bên chân không phẫu thuật

2. Vô cảm: Gây tê tủy sống, gây tê ngoài màng cứng hoặc gây mê nội khí quản.

3. Kỹ thuật:

- Dồn máu, garo gốc chi.
- Rửa da sau ngoài cổ chân hình chữ L.
- Tách cân cơ.
- Bộc lộ và bảo vệ gân cơ mác bên ngắn và mác bên dài trong suốt quá trình phẫu thuật.
- Nếu gãy xương gót không lan vào diện khớp sên gót, nắn chỉnh lại diện gãy xương gót và cố định diện gãy bằng phương tiện kết hợp xương.
- Nếu diện gãy xương gót lan vào khớp sên gót, khớp gót hộp, bộc lộ vào khớp sên gót và khớp gót hộp để nắn chỉnh diện gãy xương gót sao cho diện khớp sên gót, diện khớp gót hộp của xương gót được đạt về vị trí giải phẫu. Cố định diện gãy bằng phương tiện kết hợp xương.

- Phương tiện kết hợp xương gót có thể dùng kim Kirschner, vít tự do hoặc nẹp vít. Nên dùng vít xương xóp. Nếu có nẹp chuyên dụng cho gãy xương gót là tốt nhất.
- Nên dùng màn tăng sáng để hỗ trợ quá trình phẫu thuật.
- Chăm máu kỹ, đóng vết mổ theo giải phẫu.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Nhiễm trùng sau mổ: Thường gặp ở những người bệnh gãy xương hở, gãy xương gót có tổn thương phần mềm nặng, quá trình phẫu tích thô bạo làm tổn thương phần mềm nhiều. Cần theo dõi sát sau mổ. Nếu cần tách chỉ sớm và chăm sóc vết thương phần mềm. Trong trường hợp nặng phải tháo bỏ phương tiện kết hợp xương.
- Hoại tử phần mềm: Thường gặp ở những người bệnh có tổn thương phần mềm nặng, tổ chức phần mềm bị hoại tử thường để lộ phương tiện kết hợp xương nên cần theo dõi sát, nếu tổ chức phần mềm bị hoại tử cần cắt lọc và có kế hoạch che phủ vùng khuyết phần mềm sớm.

PHẪU THUẬT KHX GÃY LÒI CẦU TRONG XƯƠNG ĐÙI

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật kết hợp xương diện gãy lồi cầu trong xương đùi là phẫu thuật nắn chỉnh diện gãy lồi cầu trong xương đùi và cố định diện gãy bằng phương tiện kết hợp xương.

II. CHỈ ĐỊNH

- Gãy lồi cầu trong xương đùi di lệch.
- Gãy lồi cầu trong xương đùi ở người trưởng thành.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Gãy lồi cầu trong ở không di lệch ở trẻ em.
- Gãy hở lồi cầu trong xương đùi nhiễm trùng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình.

2. Người bệnh:

- Chuẩn bị vệ sinh thân thể trước mổ.
- Vệ sinh vùng mổ, cạo lông vùng mổ nếu nhiều lông.

3. Phương tiện:

- Bộ dụng cụ kết hợp xương đùi.
- Nẹp vít, vít AO dành cho gãy đầu xa xương đùi, trong trường hợp không có nẹp chuyên dụng có thể sử dụng nẹp vít thông thường.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế người bệnh: Người bệnh nằm ngửa, kê mông bên phẫu thuật.

2. Vô cảm: Gây tê tủy sống, tê ngoài màng cứng hoặc gây mê toàn thân.

3. Kỹ thuật:

- Dồn máu, ga rô gốc chi.
- Rửa da đường trước trong.
- Tách cân cơ, bộc lộ diện gãy lồi cầu trong xương đùi.
- Nắn chỉnh diện gãy xương lồi cầu trong về vị trí giải phẫu, chú ý một số trường hợp gãy lún diện sụn khớp của xương đùi, cần nâng xương lún và đặt lại giải phẫu lồi cầu trong xương đùi.
- Cố định diện gãy xương bằng phương tiện kết hợp xương, thông thường sử dụng vít xương xóp tự do, có thể dùng kim Kirschner để cố định, hiếm khi phải dùng nẹp vít để cố định diện gãy lồi cầu trong đơn thuần.
- Bơm rửa sạch ổ khớp gối, chú ý các mảnh xương vụn.
- Cầm máu kỹ, cân nhắc việc đặt dẫn lưu.
- Khâu phục hồi phần mềm theo giải phẫu.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Biến chứng mạch máu, thần kinh: Thường do phẫu tích thô bạo gây nên. Trong quá trình phẫu thuật cần phẫu tích nhẹ nhàng. Nếu nghi ngờ có tổn thương có thể mở

rộng để kiểm tra ngay trong mổ. Sau mổ cần theo dõi sát các dấu hiệu lâm sàng để xử lý kịp thời.

PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG GÃY TRÊN VÀ LIÊN LỖI CẦU XƯƠNG ĐÙI

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật kết hợp xương diện gãy trên lồi cầu và liên lồi cầu xương đùi là phẫu thuật nắn chỉnh diện gãy trên và liên lồi cầu xương đùi, cố định diện gãy bằng phương tiện kết hợp xương, thường dùng nẹp vít.

II. CHỈ ĐỊNH

- Gãy trên và liên lồi cầu xương đùi ở người lớn.
- Gãy trên và liên lồi cầu xương đùi ở trẻ em di lệch.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Gãy xương hở đến muôn.
- Gãy hở độ 2, độ 3 theo phân độ gãy hở Gustilo.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình.

2. Người bệnh:

- Chuẩn bị vệ sinh thân thể trước mổ.
- Vệ sinh vùng mổ. Cạo lông vùng mổ nếu người bệnh có nhiều lông.

3. Phương tiện:

- Bộ dụng cụ kết hợp xương đùi.
- Nẹp vít, vít AO dành cho gãy đầu xa xương đùi, trong trường hợp không có nẹp chuyên dụng có thể sử dụng nẹp vít thông thường.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế người bệnh: Người bệnh nằm ngửa, kê mông bên mổ.

2. Vô cảm: Gây tê tủy sống, gây tê ngoài màng cứng, hoặc gây mê toàn thân.

3. Kỹ thuật:

- Dồn máu, ga rô góc chi. Trong trường hợp gãy cao có thể khoan đỉnh Steiman vào máu chuyển lớn xương đùi để làm điểm tựa cho ga rô góc chi.
- Rạch da đường trước ngoài. Rạch cân đùi song song với đường rạch da.
- Tách cân cơ.
- Bộc lộ diện gãy trên và liên lồi cầu xương đùi. Đối với gãy trên lồi cầu xương đùi, hạn chế mở vào khớp gối. Đối với gãy trên và liên lồi cầu xương đùi, cần mở vào khớp gối rộng rãi để quan sát và đặt lại diện khớp về giải phẫu, đặc biệt trong những trường hợp gãy trên và liên lồi cầu xương đùi kèm theo gãy Hoffa của lồi cầu đùi.
- Nắn chỉnh diện gãy liên lồi cầu xương đùi trước, cố định tạm thời bằng kim Kirschner hoặc vít tự do. Nắn chỉnh diện gãy trên lồi cầu xương đùi sau, chú ý đảm bảo đủ chiều dài chi thể cũng như trục chi.
- Cố định diện gãy trên và liên lồi cầu xương đùi bằng nẹp vít. Có nhiều loại nẹp vít khác nhau, tùy vào tính chất của loại gãy mà lựa chọn nẹp vít cho phù hợp. Có

- thể dùng nẹp DCS, nẹp DCP, nẹp buttress, nẹp khóa đầu dưới xương đùi hoặc nẹp vít uốn.
- Kiểm tra lại diện gãy, mức độ vững chắc của kết hợp xương sau phẫu thuật.
 - Bơm rửa sạch ổ khớp gối.
 - Cầm máu kỹ. Đặt dẫn lưu kín và đóng vết mổ theo giải phẫu.
 - Tùy vào độ vững chắc của kết hợp xương mà có thể dùng bột để bất động thêm sau mổ.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Nhiễm trùng sau mổ: Là biến chứng nặng cần được phát hiện sớm và xử lý kịp thời. Thường gặp trong những trường hợp gãy hở trên và liên lồi cầu xương đùi. Sau mổ cần theo dõi sát dấu hiệu toàn thân và tại chỗ của người bệnh để phát hiện các dấu hiệu nhiễm trùng sau mổ, nếu cần phải mở lại để bơm rửa sớm và dẫn lưu rộng rãi. Nhiễm trùng nặng có khi phải tháo phương tiện kết hợp xương.
- Tổn thương mạch máu, thần kinh: Có thể gặp trong những trường hợp gãy xương di lệch chồng nhiều, khi phẫu tích và nắn chỉnh diện gãy có thể gây tổn thương bó mạch thần kinh. Nếu nghi ngờ trong mổ có thể mở đường trong theo đường định hướng của mạch máu để kiểm tra và xử lý ngay. Sau mổ cần theo dõi sát để phát hiện và xử lý kịp thời.

PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG GÃY HỖ ĐỘ III TRÊN VÀ LIÊN LÒI CẦU XƯƠNG ĐÙI

I. ĐẠI CƯƠNG

Gãy xương hở độ III (theo Gustilo): Là loại gãy hở mà vết thương phần mềm lớn trên 10 cm, xương gãy phức tạp, có thể tổn thương mạch máu, thần kinh. Tiên lượng gãy xương hở độ III rất nặng, tỷ lệ cắt cụt cao. Bao gồm:

Độ IIIA: Phần mềm dập nát nhưng còn che phủ được xương.

Độ IIIB: Mất phần mềm rộng, lộ xương, phẫu thuật cần phải chuyển vạt (vạt cơ, vạt da-cân...) để che xương.

Độ IIIC: Kèm theo tổn thương mạch và thần kinh

Nguyên tắc chung của phẫu thuật kết hợp xương trong gãy hở độ III trên và liên lồi cầu (TLC, LLC) xương đùi là: Cắt lọc vết thương, làm sạch khớp gối, cố định xương vững, phục hồi mạch, thần kinh (nếu tổn thương), phòng và chống nhiễm khuẩn tốt.

II. CHỈ ĐỊNH

Gãy hở TLC, LLC xương đùi phải mổ cấp cứu. Tùy theo độ gãy hở mà có chỉ định riêng.

Gãy hở độ IIIA: Cắt lọc phần mềm, phục hồi quan hệ khớp, kéo liên tục qua lồi củ trước xương chày.

Gãy hở độ IIIB: Cắt lọc phần mềm, phục hồi quan hệ khớp, phẫu thuật chuyển vạt che xương-khớp, cố định ngoài hoặc kéo liên tục qua lồi củ trước xương chày.

Gãy hở độ IIIC: Cắt lọc phần mềm, cố định ngoài để cố định xương và phục hồi mạch máu, thần kinh.

III. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: Là phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình.

2. Người bệnh:

Được giải thích đầy đủ về bệnh, về cuộc phẫu thuật, các tai biến có thể gặp trong và sau mổ (nhiễm trùng, hoại tử chi...). Người bệnh hoặc đại diện gia đình kí cam đoan chấp nhận mổ.

3. Phương tiện:

Bộ dụng cụ đại phẫu.

Bộ dụng cụ kết hợp xương chi dưới.

Khung cố định ngoài, nẹp vít chuyên dùng các cỡ, kim Kirschner các loại

4. Hồ sơ bệnh án: Theo quy định của bộ Y tế.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế người bệnh: Nằm ngửa trên bàn mổ.

2. Vô cảm:

Gây tê tủy sống, ngoài màng cứng hoặc gây mê.

3. Kỹ thuật tiến hành:

Đánh rửa vết thương sạch bằng xà phòng vô khuẩn với nước muối sinh lý.

Ga-rô gốc chi- tốt, nhất với ga-rô hơi.

Thì cắt lọc phần mềm: cắt lọc mép vết thương ít nhất 2 mm, cắt bỏ tổ chức dập nát, làm sạch khớp gối (lấy dị vật, máu tụ...). Rạch rộng vết thương, tiếp tục cắt lọc phần mềm và rửa vùng mổ bằng nhiều nước muối sinh lý. Kiểm tra mạch máu và thần kinh (gãy hở độ IIIC).

Thì cố định xương: Làm sạch đầu xương bằng thìa nạo, kim găm xương. Rửa lại ổ mổ một lần nữa để đảm bảo khớp không còn dị vật.

Độ IIIA:

Nếu mặt khớp di lệch: Sửa di lệch, cố định bằng các kim Kirschner.

Xuyên kim Kirchsner qua lồi củ trước xương chày để kéo liên tục.

Độ IIIB:

Nếu diện lộ xương ít: Dùng các vật da-cân lân cận xoay chuyển để che xương. Nếu diện lộ xương nhiều: Dùng vật cơ (cơ rộng, cơ sinh đôi...) chuyển để che.

Dùng khung cố định ngoài hoặc kéo liên tục qua lồi củ trước xương chày để cố định xương.

Độ IIIC:

Cố định ngay xương vững bằng khung cố định ngoài.

Phục hồi lưu thông mạch máu: khâu nối nếu vết thương bên, ghép mạch nếu mất đoạn.

Tháo ga-rô để kiểm tra và cầm máu.

Đặt dẫn lưu vết thương (ngoài khớp).

Phục hồi phần mềm.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Lắp móng ngựa, kéo trên khung Braune với trọng lượng bằng 1/6-1/8 trọng lượng cơ thể người bệnh.

Chảy máu sau mổ: Mở vết mổ lấy máu tụ, cầm máu, băng ép.

Theo dõi hàng ngày mạch mu chân và mạch ống gót.

Theo dõi và chăm sóc vết thương hàng ngày, nếu có nhiễm trùng: Tách vết thương, làm sạch và để hở.

Kháng sinh toàn thân liều cao.

Hướng dẫn cho người bệnh tập phục hồi chức năng cổ-bàn chân.

KHÂU PHỤC HỒI TỔN THƯƠNG GÂN DUỖI

I. ĐẠI CƯƠNG

- Vết thương bàn tay là tổn thương hay gặp trong tai nạn lao động, tổn thương gân duỗi bàn tay là tổn thương thường gặp của bàn tay
- Gân duỗi là một gân dẹt, mỏng nên việc khâu nối phải cẩn thận không đứt

II. CHỈ ĐỊNH

Vết thương bàn tay có tổn thương gân duỗi

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Khi vết thương có tình trạng nhiễm trùng

IV. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

Thăm khám đầy đủ, hoàn chỉnh về hồ sơ và xét nghiệm. Chuẩn bị về tâm lý mô hai thì cho người bệnh.

2. Người thực hiện:

Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình và người phụ.

3. Phương tiện trang thiết bị

Bộ dụng cụ phẫu tích bàn tay

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm: Gây tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc gây mê

2. Kỹ thuật:

- Vệ sinh bàn tay kỹ
- Ga rô cánh tay: tốt nhất ga rô hơi với áp lực 200- 250mmHg, ga rô duỗi máu cho sạch phẫu trường.
- Rạch da chữ Z theo Bruner.
- Kỹ thuật khâu gân: Gân duỗi miệng nối khâu kiểu khâu vắt
- Khâu lại vết thương và đặt nẹp bột duỗi ngón, duỗi cổ bàn tay trong 3 tuần

VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MÔ

- Theo dõi tình trạng vết thương, đầu ngón tay
- Điều trị: Kháng sinh 5-7 ngày, giảm viêm
- Tập phục hồi sau mổ: sau 3 tuần bỏ nẹp tập PHCN

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Nhiễm trùng: Nhiễm trùng nhẹ thay băng vết thương
- Nhiễm trùng nặng làm sạch bỏ mảnh ghép
- Dính gân gặp nếu không tập PHCN, nếu muộn phải mổ gỡ dính

PHẪU THUẬT THAY KHỚP BÀN NGÓN TAY NHÂN TẠO

I. ĐẠI CƯƠNG

Trong chấn thương hay trong các bệnh lý khớp gây tổn hại nhiều bề mặt khớp thì phẫu thuật thay khớp giúp cải thiện chức năng của bàn tay.

II. CHỈ ĐỊNH

Các khớp bị hỏng khớp nặng do bệnh lý hoặc do chấn thương mà phần mền xung quanh khớp còn tốt.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Tình trạng nhiễm trùng bàn tay hay có ổ nhiễm khuẩn khác trên cơ thể

Phần mềm quanh khớp kém

IV. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh: Thăm khám đầy đủ, hoàn chỉnh về hồ sơ và xét nghiệm. Chuẩn bị về tâm lý mô cho người bệnh.

2. Người thực hiện

Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình và người phụ.

3. Phương tiện trang thiết bị

Bộ dụng cụ phẫu tích bàn tay, bộ đồ thay khớp nhân tạo

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm: Gây tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc gây mê

2. Kỹ thuật

- Đánh rửa tay bằng xà phòng, nước muối vô khuẩn
- Ga rô cánh tay: tốt nhất ga rô hơi với áp lực 200- 250mmHg, ga rô đuổi máu cho sạch phẫu trường
- Rạch da phải bu bàn tay vị trí khớp cần thay
- Tách gân duỗi sang 1 bên, cắt bỏ diện khớp cần thay, thay bằng khớp nhân tạo, khâu phục hồi lại gân, bao khớp, các lớp

VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỔ

- Theo dõi đầu ngón tay và tình trạng vết mổ
- Điều trị kháng sinh 5-7 ngày
- Tập PHCN

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Nhiễm trùng: Nhiễm trùng nhẹ cần thay kháng sinh, thay băng vết thương; Nhiễm trùng nặng tách chỉ vết mổ, vệ sinh khớp hoặc có thể phải tháo khớp nhân tạo hàn khớp
- Cứng khớp: hạn chế bằng tập PHCN.

PHẪU THUẬT LÀM CỨNG KHỚP CỔ TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

- Khớp cổ tay bị hủy hoại nhiều do chấn thương, do nhiễm trùng, do u... hàn khớp cổ tay là giải pháp giúp giảm đau và đảm bảo chức năng bàn tay

II. CHỈ ĐỊNH

- Khớp bị hủy hoại nặng do chấn thương, do nhiễm trùng
- Hồng khớp nhân tạo cổ tay
- Bị Liệt cổ tay bàn tay, hàn khớp để chuyển gân vận động ngón tay
- Sau cắt đoạn xương do u
- Bị liệt cứng, hàn khớp giữ tư thế

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh bị thấp khớp nặng
- Người già, bàn tay không thuận, làm việc nhẹ
- Người bệnh mất cảm giác bàn tay

IV. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh :

Thăm khám đầy đủ, hoàn chỉnh về hồ sơ và xét nghiệm. Chuẩn bị về tâm lý mổ cho người bệnh.

2. Người thực hiện:

Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình và người phụ.

3. Phương tiện trang thiết bị:

Bộ dụng cụ phẫu tích bàn tay

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm: Gây tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc gây mê

2. Kỹ thuật:

- Rửa tay bằng xà phòng, nước muối vô khuẩn
- Ga rô cánh tay: tốt nhất ga rô hơi với áp lực 200- 250mmHg, ga rô đuổi máu cho sạch phẫu trường
- Rạch da mu cổ tay, bóc lộ đầu dưới xương quay và nền xương bàn 2,3. Đục bỏ vỏ xương, lấy mảnh xương chậu ghép vào, cố định khớp bằng kim kirschner hoặc nẹp tư thế duỗi ra sau 15-20 độ, đốt bàn 2,3 thẳng hàng theo trục xương quay, cổ tay nghiêng tru 5-7 độ.
- Để bột tư thế 12 tuần

VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỔ

- Thay băng vệ sinh vết mổ, kê cao tay
- Kháng sinh giảm viêm 5-7 ngày
- Tập PHCN các ngón tay

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Sung nề, tụ máu: Thay băng nặn dịch, gác tay cao
- Khớp giả: Chiếm 5-20%, cần hàn lại khớp
- Nhiễm trùng: Dùng kháng sinh, tách chỉ thay băng.

PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ VIÊM BAO HOẠT DỊCH CỦA GÂN GẤP BÀN NGÓN TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

- Viêm mủ bao hoạt dịch gân gấp là một nhiễm trùng bàn tay nặng, đáng sợ nhất là mất trượt gân, gây dính, làm hồng cung cấp máu cho gân gây hoại tử gân
- Nguyên nhân thường do vết chọc bần, nguyên nhân thường do tụ cầu vàng

II. CHỈ ĐỊNH

Khi chẩn đoán qua 4 triệu chứng viêm mủ gân của Kanavel

- Ngón tay ở tư thế gấp
- Cả ngón sưng to đều
- Căng đau trên bao gân
- Vận động thu động duỗi ngón nhất là đầu ngón thì đau nhói

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH: Cần phân biệt với các loại nhiễm trùng khác bàn tay

IV. CHUẨN BỊ

1. **Người bệnh:** Cần chẩn đoán và làm hồ sơ đầy đủ. Giải thích đầy đủ bệnh và quá trình điều trị cho người bệnh.
2. **Người thực hiện:** Bác sĩ chuyên khoa chấn thương chỉnh hình
3. **Phương tiện trang thiết bị:** Bộ phẫu tích bàn tay, cấy vi khuẩn, làm kháng sinh đồ

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. **Vô cảm:** Gây tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc gây mê
2. **Kỹ thuật:**
 - Ga rô cánh tay: Tốt nhất ga rô hơi với áp lực 200- 250mmHg.
 - Rạch da dọc bên ngón tay, thường rạch bên trụ, ngón 1 và 5 rạch bên quay, đường rạch dọc hơi ra phía sau mu tay, bóc tách tới bao gân, rạch bao hoạt dịch giữa rãnh rọc A3 và A4.
 - Đường rạch thứ 2 rạch ngang ở gan tay trên nếp gấp để dẫn lưu túi cùng trên bao hoạt dịch, cắt bỏ bao hoạt dịch giữa các rãnh rọc, để lại day chằng vòng
 - Bơm rửa sạch, lấy dịch cấy Vk, làm KSD
 - Dẫn lưu băng ép, nẹp bột, khâu muộn sau 48h

VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỔ

- Thay băng vết thương
- Kháng sinh phối hợp hai loại KS, tốt nhất dùng theo KSD
- Nẹp bột bất động bàn tay

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Nhiễm trùng nặng viêm tấy bàn tay cần điều trị tích cực, vệ sinh tốt vết thương
- Nhiễm khuẩn huyết; Dính gân gấp bàn tay: Phẫu thuật gỡ dính

PHẪU THUẬT LÀM ĐỐI CHIẾU NGÓN 1 (thiếu dưỡng ô mô cái)

I. ĐẠI CƯƠNG

- Do thương tổn thần kinh giữa gây mất gấp đốt 1 ngón cái, mất động tác đối chiếu, do liệt cơ gấp ngón cái.
- Teo cơ ô mô cái, bàn tay khi (ngón cái luôn áp sát vào ngón 2).
- Do thương tổn thần kinh trụ, tổn thương cơ khép ngón cái và bó trong của cơ ngửa ngón.
- Tổn thương cơ khép (không giữ được tờ giấy khi khép ngón 1 vào ngón 2).

II. CHỈ ĐỊNH

- Thương tổn thần kinh giữa.
- Thương tổn thần kinh trụ.
- Thương tổn đám rối thần kinh cánh tay.
- Thương tổn thần kinh giữa do hội chứng ống cổ tay.
- Thương tổn thần kinh trụ vùng rãnh lồi cầu trong.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bàn tay có biểu hiện nhiễm trùng.
- Thiếu năng tuần hoàn bàn tay.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

- Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh.
- Cắt móng tay, làm sạch vùng cẳng bàn tay.

2. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình.
- Người phụ.
- Kíp gây mê.

3. Phương tiện, trang thiết bị

Bộ mổ phẫu thuật bàn tay.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Vô cảm bằng tê đám rối.
- Gây mê toàn thân.
- Sát khuẩn cồn 70 độ hoặc Betadine.
- Garo dồn máu vùng cánh cẳng tay.
- Có các thủ thuật chính sau đây:

+ Thủ thuật Royle:

Dùng gân gấp nông ngón 4 chuyển khâu vào đầu gân gấp ngắn ngón tay cái và cơ đối chiếu ngón cái.

+ Thủ thuật Thompson:

Dùng gân gấp nông ngón tay 3 hay 4 chuyển chéo qua dưới da gan tay, cố định vào khớp đốt bàn ngón cái. Cố định qua lỗ khoan xương ở cổ đốt bàn 1, lấy một vạt của gân gấp nông kéo qua khớp bàn ngón 1 và khâu bám vào đốt 1 ngón tay cái.

+ Thủ thuật Bunnell:

Tim gân gấp nông ngón 4, xong rạch thấp ở cẳng tay tìm cơ gấp cổ tay trụ (cơ trụ trước) để nguyên $\frac{1}{2}$ gân, bám vào xương đậu, còn lấy rời nửa gân, nửa gân này tạo thành

một quai ròng rọc cho gân gấp nông ngón 4 chui qua. Gân gấp nông ngón 4 cho chui dưới da gan tay và cố định vào ngón cái ở cổ đốt bàn 1.

Sau mổ, ngón cái có tư thế đối chiếu hoàn toàn, cổ tay 0 độ. Gân không căng quá. Đa số không cần nẹp bột. Cho tập cử động ngón cái và cổ tay luôn. Nếu cần thì làm nẹp bột 4 tuần.

VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỔ

- Theo dõi mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở, tri giác.
- Tại chỗ theo dõi tưới máu đầu ngón, vận động đầu ngón.
- Hướng dẫn vận động, tập phục hồi chức năng sau mổ.
- Kháng sinh đường tiêm 5-7 ngày.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu vết mổ: băng ép cầm máu hoặc mổ cầm máu.
- Nhiễm trùng: cắt chỉ tách vết mổ, thay băng hàng ngày, thay kháng sinh, cấy dịch làm kháng sinh đồ, bù dịch điện giải cho người bệnh.

CHỈNH HÌNH TRONG BỆNH ARTHROGRYPOSIS (VIÊM DÍNH NHIỀU KHỚP BẨM SINH)

I. ĐẠI CƯƠNG

- Danh từ này có gốc Hy Lạp: Gryposis có nghĩa là “cái móc”. Đây là tình trạng các khớp bị co rút bẩm sinh, chủ yếu co quắp của 4 cổ tay, cổ chân. Thường có kèm các bất thường về thần kinh và cơ.
- Người bệnh bị co rút từ lúc đẻ và không tiến triển. Nhiều khi bị co rút đối xứng. Các chi bị teo, các cử động thụ động của khớp bị hạn chế.
- Vai bị khép và xoay trong, cơ đai vai bị teo. Khuỷu bị cố định ở tư thế duỗi, cẳng tay bị sấp. Bàn tay, cổ tay bị co rút gấp và nghiêng trụ, ngón tay cái bị khép vào lòng bàn tay. Bàn chân bị vẹo trong, da mỏng và bóng. Vùng khớp thì da dày hơn.

II. CHỈ ĐỊNH

Nguyên nhân không rõ, có thể do thương tổn tế bào sừng trước tủy sống. Trước tiên bị thương tổn cơ vân và hệ thần kinh trung ương, sau đó khớp bị co rút, bao khớp dày lên, xơ hóa lâu ngày sụn khớp và hình dạng khớp bị biến đổi.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Thiếu năng trí tuệ.
- Đa dị tật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

- Phát hiện thêm những dị tật khác: về xương khớp, tim mạch, tiêu hóa,...
- Giải thích cho gia đình người bệnh.

2. Người thực hiện:

- Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình.
- Người phụ.
- Kíp gây mê.

3. Phương tiện, thiết bị:

- Bộ mổ phẫu thuật chi trên.
- Kim hoặc nẹp vít.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Điều trị chỉnh hình

- Ở trẻ sơ sinh, tập thụ động duỗi khớp, tập căng dần dần bằng nẹp và băng bột.
- Ở vài người bệnh rất ít chủ động dạng vai song thường khép vai. Tập chủ động và thụ động căng dần, tập dạng vai. Nếu căng dần không đủ để tay đưa được lên miệng thì xét mổ đục sửa trục 1/3 trên cánh tay.
- Khuỷu thường bị duỗi cố định. Tập thụ động gấp khuỷu. Nếu khuỷu bị duỗi cứng thẳng cánh tay, cho làm bột chỉnh hình giai đoạn cho đến khi khuỷu gấp được đến 40 đến 50 độ.
- Tập chủ động căng dần cơ và làm đai nẹp chỉnh hình. Ở trẻ trên 2 tuổi cho mang phương tiện chỉnh hình, tập cho trẻ cố gắng chủ động gấp khuỷu được để cho trẻ có thể đưa tay đến miệng. Người bệnh thường có chức năng chủ động của cơ tam đầu song ít có chức năng của cơ nhị đầu.

- Khi khuỷu không gấp được vì bị quá cứng thì xét mổ làm vận động khớp khuỷu. Chỉ mổ một bên còn tay kia thì để thẳng để khi ngồi trẻ có thể chống tay đứng lên được.
- Có phương pháp làm gấp khuỷu là chuyển cơ ngực to, cơ lưng to.
- Nếu cơ tam đầu còn chức năng thì chuyển ra trước để gấp khuỷu. Chỉ nên mổ một tay.
- Ở cổ tay, thường bị gấp bàn tay và bị nghiêng trụ.
- Ở bàn tay hay thấy nhất là bị gấp các khớp gian đốt gần của ngón tay.
- Thường cử động bàn ngón được ít.
- Thời gian đầu làm bột, nẹp chỉnh, đặt nẹp kéo dài rồi tập chủ động. Khi cổ tay bị co gấp nhiều thì mổ cắt bao khớp phía gan tay, đôi khi chuyển gân cơ gấp cổ tay trụ và gân cơ gấp cổ tay quay chuyển ra mu tay. Khi co gấp cứng ở cổ tay có thể mổ lấy bỏ hàng tụ cốt 1 ở cổ tay.

VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỔ

- Theo dõi mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở, tri giác.
- Tại chỗ theo dõi tưới máu đầu ngón, vận động đầu ngón.
- Hướng dẫn vận động, tập phục hồi chức năng sau mổ.
- Kháng sinh đường tiêm 5-7 ngày.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu vết mổ: Băng ép cầm máu hoặc mổ cầm máu.
- Nhiễm trùng: Cắt chỉ tách vết mổ, thay băng hàng ngày, thay kháng sinh, cấy dịch làm kháng sinh đồ, bù dịch điện giải cho người bệnh.

CHỈNH HÌNH TẬT DÍNH KHỚP QUAY TRỤ TRÊN BẨM SINH

I. ĐẠI CƯƠNG

- Điều trị dị tật dính khớp quay trụ trên bẩm sinh bằng phẫu thuật chỉnh trục cẳng tay cố định xương.
- Hay bị tật dính xương quay trụ đầu trên xương cẳng tay. Bị từ lúc đẻ. Song thường bố mẹ không để ý, vì tật này cản trở cơ năng ít và được bù trừ tốt. Thường mãi đến 5-6 tuổi bố mẹ mới biết.
- Phát hiện thấy đứa bé mất sấp ngửa cẳng tay. X-quang thấy dính hàn khớp quay trụ trên. Xương dính rộng. Kèm mất cơ ngửa dài, cơ sấp tròn, cơ ngửa vuông. Tình trạng cơ teo là nguyên phát hay thứ phát sau dính xương thì không rõ nguyên nhân.
- Tỷ lệ mắc ở nam và nữ bằng nhau. 60% số trường hợp bị cả hai bên tay.

II. CHỈ ĐỊNH

- Dị tật dính khớp quay trụ trên bẩm sinh một bên hoặc hai bên gây sấp cẳng tay quá mức (trên 45 độ) làm ảnh hưởng đến khả năng lao động và sinh hoạt.
- Có 2 dạng dính:
 - Dính hoàn toàn khớp quay trụ trên, không có chỏm và cổ xương quay.
 - Dính một phần cổ xương quay kèm trật chỏm xương quay.
- Khám lâm sàng thấy cẳng tay ở tư thế sấp, có khi sấp nhiều bị cứng hoàn toàn, mất sấp ngửa cẳng tay. Khi làm động tác, nhờ có sự bù trừ của cử động xương bả, lồng ngực và cử động rộng rãi của vai. Khả năng bù trừ là tốt.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Thiếu năng trí tuệ.
- Đa dị tật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

- Phát hiện thêm những dị tật khác: về xương khớp, tim mạch, tiêu hóa,...
- Giải thích cho gia đình người bệnh.

2. Người thực hiện:

- Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình.
- Người phụ.
- Kíp gây mê.

3. Phương tiện, thiết bị:

- Bộ mổ phẫu thuật chi trên.
- Kim hoặc nẹp vít.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Thường không cần điều trị nếu chỉ bị một bên, bị biến dạng nhẹ và không bị mất cơ năng nhiều.
- Nếu bị nặng, cẳng tay bị sấp nhiều, bị tật cả hai bên thì mổ. Cắt đoạn rộng tháo rời chỗ dính xương, làm tách màng lên cốt và làm lỏng khớp quay trụ dưới. Cắt đoạn đầu dưới xương trụ, không cho dính lại xương.
- Nếu bị sấp cẳng tay trên 45 độ, dù bị một bên hay hai bên, chỉ định đục xương xoay trục, găm kim hoặc làm nẹp vít đầu trên xương trụ.

- Nếu bị căng tay phải, để căng tay sấp 20 độ.
- Nếu bị căng tay trái, để căng tay 0 độ.

VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỔ

- Theo dõi mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở, tri giác.
- Tại chỗ theo dõi tưới máu đầu ngón, vận động đầu ngón.
- Hướng dẫn vận động, tập phục hồi chức năng sau mổ.
- Kháng sinh đường tiêm 5-7 ngày.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu vết mổ: băng ép cầm máu hoặc mổ cầm máu.
- Nhiễm trùng: cắt chỉ tách vết mổ, thay băng hàng ngày, thay kháng sinh, cấy dịch làm kháng sinh đồ, bù dịch điện giải cho người bệnh.

PHẪU THUẬT KHX GỠ LỖI CẦU XƯƠNG KHỚP NGÓN TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

Gãy bàn ngón tay khá phổ biến chiếm 30% tổng số gãy xương chi trên. Điều trị KHX bàn ngón nhằm mục đích làm liền xương, tránh cứng khớp, can lệch do bó bột. KHX bàn ngón giúp tập cử động và trả về chức năng thật sớm.

II. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh (NB) có chẩn đoán xác định bị gãy nội khớp xương bàn ngón tay trên lâm sàng và XQ.
- Gãy một lồi cầu
- Gãy cả hai lồi cầu (gãy chữ Y)

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có bệnh lý kèm theo chống chỉ định phẫu thuật: Tim mạch, ĐTĐ ...

IV. CHUẨN BỊ

1. **Người thực hiện:** Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình, phụ phẫu thuật

2. **Người bệnh:**

- Chuẩn bị hồ sơ bệnh án, xét nghiệm, thủ tục hành chính đầy đủ.
- Giải thích kỹ cho người bệnh và người nhà người bệnh trước mổ

3. **Phương tiện, trang thiết bị:** Bộ dụng cụ phẫu thuật phần mềm bàn tay

V. CÁC BƯỚC TIỀN HÀNH

1. **Vô cảm:** Tê ĐRCT bên chi phẫu thuật

2. **Kỹ thuật:**

- Sát khuẩn, trải toan
- Rạch da một bên gân duỗi phía mu tay tương ứng với vị trí gãy xương.
- Phẫu tích, bộc lộ ổ gãy, làm sạch diện gãy.
- Dùng dụng cụ giữ xương kéo nắn, đặt lại xương theo trục giải phẫu.
- Xuyên kim Kirschner nhỏ chéo qua ổ gãy .
- Đóng vết mổ theo giải phẫu
- Bó bột cố định bàn tay tăng cường 4- 6 tuần khi mổ nếu KHX không đủ vững.

VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỔ

- Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, tại chỗ vết mổ
- Kháng sinh 3 - 5 ngày
- Tập PHCN sau mổ

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu: Băng ép cầm máu hoặc khâu cầm máu
- Nhiễm trùng: tách chỉ, thay kháng sinh

PHẪU THUẬT GỠ DÍNH KHỚP GỐI

I. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật làm tăng tầm vận động gấp, duỗi hoặc cả gấp duỗi khớp gối.

II. CHỈ ĐỊNH

Hạn chế vận động gối sau chấn thương, sau phẫu thuật, hoặc bệnh lý tại khớp gối như thoái hóa.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Phần mềm xung quanh gối sẹo xấu, co kéo, nhiễm trùng.
- Tổn thương diện khớp đùi- chày.
- Bánh chè lên cao hoặc xuống thấp.
- Diện khớp bánh chè -đùi xấu.

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 hành chính đầy đủ.
3. **Phương tiện:** Bộ dụng cụ phẫu thuật chấn thương chỉnh hình cơ bản.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. **Tư thế:** Người bệnh nằm ngửa, tư thế duỗi cẳng chân.
2. **Vô cảm:** Tê tủy sống hoặc mê khí quản.
3. **Kỹ thuật:**
 - Garo hơi hoặc chun gốc chi.
 - Rạch da đường bên ngoài, vào cánh ngoài bao khớp.
 - Gỡ dính, di động diện khớp bánh chè-lồi cầu đùi.
 - Cắt bỏ dây chằng diện trên bánh chè, 2 cánh bên.
 - Vận động khớp gối.
 - Tùy vào từng trường hợp có thể phối hợp đường mổ bên trong, phối hợp phẫu thuật Juder.
 - Làm sạch khớp, dẫn lưu.
 - Đóng bao khớp, lớp cân ngoài trong tư thế gấp tối đa.
 - Đóng da.
 - Tháo garo.
 - Nẹp bột tư thế gấp tối đa.
 - Tập luyện sớm.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. **Theo dõi sau mổ:**
 - Theo dõi dấu hiệu sinh tồn, tưới máu đầu chi, tình trạng thấm dịch băng vết mổ, vận động và cảm giác, dẫn lưu.
 - Hướng dẫn vận động ngay sau phẫu thuật, tập phục hồi chức năng sớm.
 - Kháng sinh tiêm 3-5 ngày.
2. **Xử trí tai biến:**

- Chảy máu vết mổ: Băng ép nhẹ nhàng, nếu không hết mở băng kiểm tra có thể khâu tăng cường vết mổ.
- Nhiễm trùng: Tách chỉ vết mổ, thay băng hàng ngày, cấy dịch vết mổ làm kháng sinh đồ, có thể thay kháng sinh nếu yêu cầu.
- Cứng khớp tư thế duỗi hoặc gấp: Tích cực tập luyện hoặc có thể gây mê vận động sớm.

PHẪU THUẬT VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM ĐƠN GIẢN RÁCH DA ĐẦU

I. ĐẠI CƯƠNG

Vết thương phần mềm đơn giản rách da đầu là những tổn thương rách vùng da đầu không kèm theo tổn thương xương và cấu trúc nội sọ.

II. CHỈ ĐỊNH

- Vết thương chảy máu nhiều, dị vật bản.
- Kích thước > 1cm.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH: Không có chống chỉ định.

IV. CHUẨN BỊ

1. **Người thực hiện:** phẫu thuật viên ngoại khoa chung.
2. **Người bệnh:** chuẩn bị tâm lý, hồ sơ bệnh án hành chính đầy đủ.
3. **Phương tiện:** bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. **Tư thế:** Tùy thuộc vị trí người bệnh có thể nằm ngửa hoặc nằm sấp nếu có thể.
2. **Vô cảm:** Tê tại chỗ.
3. **Kỹ thuật:**
 - Cạo tóc xung quanh vùng tổn thương.
 - Sát trùng vùng tổn thương.
 - Rửa toan vô khuẩn.
 - Gây tê tại chỗ Lidocain 10%.
 - Làm sạch bằng oxy già, betadin, nước muối sinh lý.
 - Cắt lọc mép da.
 - Cắt lọc tổ chức dập nát, lấy bỏ hết dị vật bản.
 - Cầm máu bằng mũi chỉ chữ X với chỉ tiêu chậm.
 - Vết thương sạch, có thể khâu da 2 lớp.
 - Băng vết thương.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi:

- Dấu hiệu sinh tồn, điểm Glasgow
- Tình trạng vết thương.
- Nếu người bệnh không có tổn thương phối hợp có thể cho về nhà theo dõi, hẹn khám lại.

2. Xử trí tai biến:

- Chảy máu: Băng ép hoặc có thể khâu tăng cường mép vết mổ.
- Nhiễm trùng: Thay băng hàng ngày, có thể tách chỉ cho thoát dịch, điều trị kháng sinh.

PHẪU THUẬT VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM PHỨC TẠP

I. ĐẠI CƯƠNG

Không có định nghĩa cụ thể nào về vết thương phần mềm phức tạp, tuy nhiên trong thực hành có thể coi những vết thương với một hoặc nhiều hơn những yếu tố có thể gây ra nhiễm khuẩn, tổn thương cần phục hồi lâu dài, di chứng nặng nề.

II. CHỈ ĐỊNH

Chỉ định mổ tuyệt đối với những vết thương phần mềm phức tạp.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Bệnh lý toàn thân không cho phép phẫu thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. **Người thực hiện:** Phẫu thuật viên chuyên ngành chấn thương chỉnh hình.
2. **Người bệnh:** Chuẩn bị tâm lý, hồ sơ bệnh án đầy đủ.
3. **Phương tiện:** Bộ dụng cụ phẫu thuật chuyên ngành.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế:

Tùy thuộc vào vị trí tổn thương, tư thế người bệnh cần đảm bảo phẫu trường thuận lợi.

2. Vô cảm:

Tùy vào vị trí tổn thương, thông thường gây tê tủy sống, tê đám rối, mê khí quản.

3. Kỹ thuật:

- Bộc lộ rộng rãi vùng tổn thương.
- Nếu có thể nên garo gốc chi.
- Đánh giá toàn bộ, kiểm soát đáy vết thương, tránh bỏ sót tổn thương.
- Làm sạch nhiều lần bằng oxy già, betadin, nước với những vết thương nguy cơ nhiễm khuẩn cao.
- Lấy bỏ hết dị vật.
- Cắt lọc mép da, cần cắt lọc tiết kiệm tại những vị trí nguy cơ khuyết da nhiều.
- Cắt lọc tổ chức dập nát hoại tử như tổ chức dưới da, cơ dựa vào các dấu hiệu như màu sắc cơ, trương lực, vi tuần hoàn, đáp ứng kích thích.
- Lập lại cấu trúc giải phẫu các tổn thương nếu điều kiện cho phép như khâu nối gân, nối mạch máu, khâu bao thần kinh.
- Đóng da thừa.
- Sử dụng những dụng cụ trợ đỡ, bất động.
- Kháng sinh liều cao, phổ rộng.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi

- 3 ngày đầu:
 - + Dấu hiệu sinh tồn, tình trạng băng vết mổ.
 - + Tình trạng đầu chi.
 - + Hướng dẫn tập vận động sớm nếu có thể.
- Những ngày sau:
 - + Theo dõi tình trạng vết mổ
 - + Phát hiện sớm tình trạng nhiễm khuẩn nông, sâu.

+ Đánh giá tổ chức phần mềm nguy cơ tiếp tục hoại tử.

2. Xử trí tai biến:

- Chảy máu vết mổ: Băng ép.
- Nhiễm trùng: Thay băng hàng ngày, cắt chỉ khi tụ dịch, nguy cơ nhiễm trùng sâu, lấy dịch cấy vi khuẩn làm kháng sinh đồ, thay kháng sinh khi có kháng sinh đồ.
- Hoại tử tổ chức phần mềm: tiếp tục cắt lọc khi cần thiết.

PHẪU THUẬT LÀM SẠCH Ổ KHỚP

I. ĐẠI CƯƠNG

- Là phẫu thuật làm sạch ổ khớp do nguyên nhân viêm nhiễm hoặc tình trạng thoái hóa giai đoạn sớm.

II. CHỈ ĐỊNH

- Thoái hóa khớp giai đoạn sớm gây hạn chế vận động, đau nhiều.
- Viêm màng hoạt dịch do tình trạng viêm do vi khuẩn hoặc không.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân có chống chỉ định phẫu thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. **Người thực hiện:** Phẫu thuật viên chuyên ngành chấn thương chỉnh hình.
2. **Người bệnh:** Chuẩn bị tâm lý, hồ sơ đầy đủ thủ tục hành chính.
3. **Phương tiện:** Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi cơ bản.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. **Tư thế:** Tùy vị trí khớp.
2. **Vô cảm:** Tê đám rối, tê tủy sống, mask khí quản.
3. **Kỹ thuật:**
 - Garo gốc chi nếu có thể.
 - Mở lỗ vào bao khớp.
 - Cắt bỏ toàn bộ màng hoạt dịch viêm trong khớp.
 - Lấy bỏ dị vật nếu có (mảnh sụn tự do).
 - Cầm máu kỹ.
 - Rửa sạch nhiều lần bằng nước.
 - Dẫn lưu nếu là viêm mủ khớp.
 - Đóng da.
 - Tháo garo.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. **Theo dõi:**
 - Theo dõi toàn trạng và các dấu hiệu sinh tồn, tình trạng tại chỗ vết mổ.
 - Kháng sinh liều cao phổ rộng khi chưa có kháng sinh đồ.
 - Khâu da thì 2 khi hết tình trạng nhiễm trùng.
2. **Xử trí tai biến:**
 - Nhiễm trùng nông: Thay băng hàng ngày, lặn dịch vết mổ.
 - Nhiễm trùng sâu: Thay băng hàng ngày, tách chỉ vết mổ, nuôi cấy dịch vi khuẩn, thay kháng sinh khi có kháng sinh đồ.

PHẪU THUẬT VÁ DA DIỆN TÍCH < 5 CM²

I. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật sử dụng mảnh da dày hoặc mỏng ghép cho các vùng khuyết da < 5 cm. Tùy thuộc vào vị trí, chức năng vùng khuyết da mà lựa chọn mảnh ghép da dày hay mỏng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Vá da dày: với những vùng tỳ đè, cầm nắm.
- Vá da mỏng: tại những vị trí da mỏng, không có chức năng cầm nắm, tỳ đè chịu lực.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Vùng khuyết da tổ chức hạt mọc chưa tốt.
- Vùng khuyết da còn tình trạng viêm, nhiễm trùng.

IV. CHUẨN BỊ

1. **Người thực hiện:** phẫu thuật viên ngoại khoa chung đã được đào tạo vá da.
2. **Người bệnh:** chuẩn bị bệnh án, hồ sơ đầy đủ thủ tục hành chính.
3. **Phương tiện:** dao lấy da dày hoặc mỏng, bộ dụng cụ tiểu phẫu thuật.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. **Tư thế người bệnh:** Tùy thuộc vào vị trí lấy mảnh ghép, vùng khuyết da.
2. **Vô cảm:** Gây tê tại chỗ.
3. **Kỹ thuật:**
 - Đánh giá chức năng vùng khuyết da để quyết định vá da dày hay mỏng.
 - Đánh giá diện tích vùng khuyết da.
 - Gây tê tại chỗ vùng lấy da:
 - Lấy da dày: Da đầu, da bụng, nếp bẹn là những vị trí hay sử dụng.
 - Lấy da mỏng: Da cánh tay, cẳng tay, đặc biệt da mặt ngoài đùi.
 - Làm sạch mảnh ghép
 - Mảnh ghép da dày: Làm sạch tổ chức mỡ, tổ chức dưới da.
 - Mảnh ghép da mỏng: Làm sạch tổ chức máu, fibrin mặt trong.
 - Làm sạch vùng khuyết da bằng nước muối sinh lý, thấm khô.
 - Vá da dày:
 - + Đặt mảnh ghép vào vùng khuyết da, khâu các mép mảnh ghép mép vết thương.
 - + Đặt gạc dày ép lên vùng ghép da, cố định bằng khâu hoặc băng chun.
 - Vá da mỏng: trải đều mảnh ghép lên vùng khuyết da, tránh nhâm mặt trong và mặt ngoài.
 - Cố định mảnh ghép bằng gạc mỡ, băng chun.
 - Thay băng sau 3-5 ngày.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. **Theo dõi:**
 - Theo dõi băng vết thương.
 - Tình trạng mảnh ghép.
2. **Xử trí tai biến:**

- Mảnh ghép bị hoại tử: Đánh giá lại tổ chức hạt, nếu chưa tốt cần thay băng, kích thích tổ chức hạt mọc.
- Nhiễm trùng: Loại bỏ mảnh ghép nếu cần thiết, thay băng, khi tình trạng ổn định mới quyết định ghép.

PHẪU THUẬT VÁ DA DIỆN TÍCH 5 – 10 CM²

I. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật sử dụng mảnh da dày hoặc mỏng ghép cho các vùng khuyết da 5-10 cm. Tùy thuộc vào vị trí, chức năng vùng khuyết da mà lựa chọn mảnh ghép da dày hay mỏng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Vá da dày: Với những vùng tỳ đè, cầm nắm.
- Vá da mỏng: Tại những vị trí da mỏng, không có chức năng cầm nắm, tỳ đè chịu lực.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Vùng khuyết da tổ chức hạt mọc chưa tốt.
- Vùng khuyết da còn tình trạng viêm, nhiễm trùng.

IV. CHUẨN BỊ

- 1. Người thực hiện:** Phẫu thuật viên ngoại khoa chung đã được đào tạo vá da.
- 2. Người bệnh:** Chuẩn bị bệnh án, hồ sơ đầy đủ thủ tục hành chính.
- 3. Phương tiện:** Dao lấy da dày hoặc mỏng, bộ dụng cụ phẫu thuật.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- 1. Tư thế người bệnh:** Tùy thuộc vào vị trí lấy mảnh ghép, vùng khuyết da.
- 2. Vô cảm:** Gây tê tại chỗ.
- 3. Kỹ thuật:**
 - Đánh giá chức năng vùng khuyết da để quyết định vá da dày hay mỏng.
 - Đánh giá diện tích vùng khuyết da.
 - Gây tê tại chỗ vùng lấy da:
 - Lấy da dày: Da đầu, da bụng, nếp bẹn là những vị trí hay sử dụng.
 - Lấy da mỏng: Da cánh tay, cẳng tay, đặc biệt da mặt ngoài đùi.
 - Làm sạch mảnh ghép
 - Mảnh ghép da dày: Làm sạch tổ chức mỡ, tổ chức dưới da.
 - Mảnh ghép da mỏng: Làm sạch tổ chức máu, fibrin mặt trong.
 - Làm sạch vùng khuyết da bằng nước muối sinh lý, thấm khô.
 - Vá da dày:
 - + Đặt mảnh ghép vào vùng khuyết da, khâu các mép mảnh ghép mép vết thương.
 - + Đặt gạc dày ép lên vùng ghép da, cố định bằng khâu hoặc băng chun.
 - Vá da mỏng: Trải đều mảnh ghép lên vùng khuyết da, tránh nhăm mặt trong và mặt ngoài.
 - Cố định mảnh ghép bằng gạc mỡ, băng chun.
 - Thay băng sau 3-5 ngày.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi:

- Theo dõi băng vết thương.
- Tình trạng mảnh ghép.

2. Xử trí tai biến:

- Mảnh ghép bị hoại tử: Đánh giá lại tổ chức hạt, nếu chưa tốt cần thay băng, kích thích tổ chức hạt mọc.
- Nhiễm trùng: Loại bỏ mảnh ghép nếu cần thiết, thay băng, khi tình trạng ổn định mới quyết định ghép.

PHẪU THUẬT VÁ DA DIỆN TÍCH > 10 CM²

I. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật sử dụng mảnh da dày hoặc mỏng ghép cho các vùng khuyết da >10 cm. Tùy thuộc vào vị trí, chức năng vùng khuyết da mà lựa chọn mảnh ghép da dày hay mỏng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Vá da dày: với những vùng tỳ đè, cầm nắm.
- Vá da mỏng: tại những vị trí da mỏng, không có chức năng cầm nắm, tỳ đè chịu lực.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Vùng khuyết da tổ chức hạt mọc chưa tốt.
- Vùng khuyết da còn tình trạng viêm, nhiễm trùng.

IV. CHUẨN BỊ

1. **Người thực hiện:** Phẫu thuật viên chuyên ngành chấn thương chỉnh hình.
2. **Người bệnh:** Chuẩn bị bệnh án, hồ sơ đầy đủ thủ tục hành chính.
3. **Phương tiện:** Dao lấy da chuyên dụng, bộ dụng cụ phẫu thuật.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. **Tư thế người bệnh:** Tùy thuộc vào vị trí lấy mảnh ghép, vùng khuyết da.
2. **Vô cảm:** Gây tê tùy sống hoặc đám rối hoặc có thể mê khí quản.
3. **Kỹ thuật:**
 - Đánh giá chức năng vùng khuyết da để quyết định vá da dày hay mỏng.
 - Đánh giá diện tích vùng khuyết da.
 - Gây tê tại chỗ vùng lấy da:
 - Lấy da dày: Da đầu, da bụng, nếp bẹn là những vị trí hay sử dụng.
 - Lấy da mỏng: Da cánh tay, cẳng tay, đặc biệt da mặt ngoài đùi.
 - Làm sạch mảnh ghép
 - Mảnh ghép da dày: Làm sạch tổ chức mỡ, tổ chức dưới da.
 - Mảnh ghép da mỏng: Làm sạch tổ chức máu, fibrin mặt trong.
 - Làm sạch vùng khuyết da bằng nước muối sinh lý, thấm khô.
 - Vá da dày:
 - + Đặt mảnh ghép vào vùng khuyết da, khâu các mép mảnh ghép mép vết thương.
 - + Đặt gạc dày ép lên vùng ghép da, cố định bằng khâu hoặc băng chun.
 - Vá da mỏng: trải đều mảnh ghép lên vùng khuyết da, tránh nhâm mặt trong và mặt ngoài.
 - Cố định mảnh ghép bằng gạc mỡ, băng chun.
 - Thay băng sau 3-5 ngày.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi:

- Theo dõi băng vết thương.
- Tình trạng mảnh ghép.

2. Xử trí tai biến:

- Mảnh ghép bị hoại tử: Đánh giá lại tổ chức hạt, nếu chưa tốt cần thay băng, kích thích tổ chức hạt mọc.
- Nhiễm trùng: Loại bỏ mảnh ghép nếu cần thiết, thay băng, khi tình trạng ổn định mới quyết định ghép.