

SỞ Y TẾ AN GIANG
TRUNG TÂM Y TẾ HÀ TIÊN



**QUY TRÌNH KỸ THUẬT
CHUYÊN NGÀNH NGOẠI KHOA
QT.NGOAI.02**

Người soạn	Kiểm duyệt	Phê duyệt
Trưởng khoa Ngoại - phẫu thuật - GMHS - KSNK	Trưởng phòng Kế hoạch Nghiệp vụ	Giám đốc
BSCKI Lê Thành An	BSCKI Nguyễn Thanh Hồ	BSCKII Nguyễn Hiếu Nghĩa

MỤC LỤC
QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHUYÊN NGÀNH NGOẠI KHOA
CHẨN THƯƠNG CHÍNH HÌNH

Table of Contents

PHẪU THUẬT KHX GÃY THÂN ĐỐT BÀN VÀ NGÓN TAY.....	4
PHẪU THUẬT KHX GÃY LÒI CẦU XƯƠNG BÀN VÀ NGÓN TAY	6
KHÂU TÔN THƯƠNG GÂN GẤP Ở VÙNG CẨM (VÙNG II).....	8
PHẪU THUẬT THƯƠNG TÍCH PHẦN MỀM CÁC CƠ QUAN VẬN ĐỘNG.....	9
PHẪU THUẬT DẬP NÁT PHẦN MỀM CÁC CƠ QUAN VẬN ĐỘNG	10
PHẪU THUẬT VẾT THƯƠNG BÀN TAY.....	12
PHẪU THUẬT VẾT THƯƠNG BÀN TAY TỔN THƯƠNG GÂN DUỖI	13
PHẪU THUẬT VẾT THƯƠNG BÀN TAY TỔN THƯƠNG GÂN GẤP	14
PHẪU THUẬT CHUYÊN VẬT CHE PHỦ PHẦN MỀM CUỐNG MẠCH LIỀN	16
PHẪU THUẬT KHX GÃY XƯƠNG ĐỐT BÀN NGÓN TAY	18
PHẪU THUẬT GÃY XƯƠNG BÀN NGÓN TAY.....	19
PHẪU THUẬT LÀM MỎM CỤT NGÓN VÀ ĐỐT BÀN NGÓN.....	20
PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG ÓNG CỔ TAY	22
PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG CHÈN ÉP THẦN KINH TRỤ	24
KHÂU TÔN THƯƠNG GÂN GẤP BÀN TAY VÙNG I, II, III, IV	25
KHÂU TÔN THƯƠNG GÂN GẤP BÀN TAY VÙNG II	26
QUY TRÌNH PHẪU THUẬT GÃY XƯƠNG BÀN TAY	28
PHẪU THUẬT NHIỄM TRÙNG BÀN TAY	29
PHẪU THUẬT LÀM MỎM CỤT NGÓN VÀ ĐỐT BÀN NGÓN.....	31
QUY TRÌNH PHẪU THUẬT THÁO BỎ CÁC NGÓN TAY, ĐỐT NGÓN TAY	33
PHẪU THUẬT TỔN THƯƠNG GÂN DUỖI DÀI NGÓN MỘT.....	35
PHẪU THUẬT TỔN THƯƠNG GÂN GẤP DÀI NGÓN I	37
RÚT ĐINH/THÁO PHƯƠNG TIỆN KẾT HỢP XƯƠNG	39
KỸ THUẬT THÁO KHỚP NGÓN CHÂN.....	40
TRÊN NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG	40

PHẪU THUẬT KHX GÃY CHÔM ĐÓT BÀN VÀ NGÓN TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

Gãy đốt bàn và ngón tay là loại gãy phổ biến trong các gãy xương của chi trên. Gãy chỏm đốt bàn và ngón tay hiếm gặp hơn và là loại gãy nội khớp, thường gãy phức tạp, ảnh hưởng trực tiếp đến khớp bàn ngón và khớp liên đốt ngón. Do yêu cầu hoạt động chức năng tinh tế và vận động sớm của bàn tay.

Ngày nay phẫu thuật KHX bàn ngón tay thường được chỉ định để đạt được giải phẫu tốt nhất. Phẫu thuật KHX chỏm đốt bàn và ngón tay bằng nẹp vít mini hoặc kim Kirschner. Biện chứng hàng đầu có thể gặp: hạn chế vận động khớp bàn ngón, liên đốt ngón

II. CHỈ ĐỊNH

- Gãy chỏm đốt bàn, ngón tay di lệch
- Gãy phức tạp, gãy nội khớp, trật khớp
- Điều trị bảo tồn thất bại

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Đang có tình trạng nhiễm khuẩn
- Toàn trạng nặng vì đa chấn thương

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Phẫu thuật viên là bác sỹ chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình và 2 người phụ. Bác sỹ gây mê, KTV gây mê, tiếp liệu.

2. Người bệnh:

Được giải thích đầy đủ về cuộc phẫu thuật, các tai biến, biện chứng có thể gặp trong và sau cuộc phẫu thuật (tổn thương thần kinh quay, khớp giả, tai biến do gây tê đám rối, gây mê...). Nhịn ăn trước 6 giờ

3. Phương tiện

- Bộ dụng cụ KHX bàn ngón tay
- Bộ nẹp vít mini
- Bộ kim Kirschner

4. Hồ sơ bệnh án

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

5. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế người bệnh

Nằm ngửa, tay đặt ngang ra bàn mổ, garo hơi dồn máu

2. Vô cảm

Gây tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc gây mê

3. Kỹ thuật

- Đường mổ: Rạch da khoảng 3 - 5 cm (theo thương tổn phức tạp của xương)
đường mổ sau

- Phần tích tách qua gân duỗi
- Bộc lộ chỏm xương đốt bàn và ngón tay.
- Bộc lộ ổ gãy, làm sạch diện gãy
- Đặt lại xương, đặt nẹp vít và bắt vít mini (ít nhất trên và dưới ổ gãy 2 vít)
- Đối với đóng đinh nội tuỷ: Bộc lộ 2 lõi cầu hoặc xuyên kim qua da
- Kiểm tra ổ gãy, cầm máu, bơm rửa kỹ
- Khâu phục hồi các lớp theo giải phẫu
- Băng vô khuẩn
- Nẹp bột tư thế nghỉ và treo tay 2 tuần

Chú ý:

- Sau kết hợp xương cần kiểm tra vận động của khớp bàn ngón, liên đốt ngón
- Có thể bắt vít tự do hoặc dùng kim cố định chỏm với đốt bên cạnh

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Tụ máu, phù nề sau mổ
- Nhiễm trùng sau mổ

Phục hồi chức năng sau mổ tránh cứng khớp, hạn chế vận động ngón

PHẪU THUẬT KHX GÃY THÂN ĐỐT BÀN VÀ NGÓN TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

Gãy đốt bàn và ngón tay là loại gãy phổ biến trong các gãy xương của chi trên. Do yêu cầu hoạt động chức năng tinh tế và vận động sớm của bàn tay, ngày nay phẫu thuật KHX bàn ngón tay thường được chỉ định để đạt được giải phẫu tốt nhất

Phẫu thuật KHX chỏm đốt bàn và ngón tay bằng nẹp vít mini hoặc kim Kirschner. Biến chứng hàng đầu có thể gặp: Hạn chế vận động khớp bàn ngón, liên đốt ngón

II. CHỈ ĐỊNH

- Gãy đốt bàn, ngón tay di lệch
- Gãy phức tạp, có đường gãy nội khớp, trật khớp
- Gãy nhiều đốt, nhiều ngón tay
- Điều trị bảo tồn thất bại

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Đang có tình trạng nhiễm khuẩn
- Toàn trạng nặng vì đa chấn thương

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Phẫu thuật viên là bác sỹ chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình

2. Người bệnh

Được giải thích đầy đủ về cuộc phẫu thuật, các tai biến, biến chứng có thể gặp trong và sau cuộc phẫu thuật (tổn thương thần kinh quay, khớp giả, tai biến do gây tê đám rối, gây mê...). Nhịn ăn trước 6 giờ

3. Phương tiện

- Bộ dụng cụ KHX bàn ngón tay
- Bộ nẹp vít mini
- Bộ kim Kirschner/ Kwire

4. Hồ sơ bệnh án

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

5. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế người bệnh

Nằm ngửa, tay đặt ngang ra bàn mổ, garo hơi dồn máu

2. Vô cảm

Gây tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc gây mê

3. Kỹ thuật

- Đường mổ: Rạch da khoảng 3 - 5 cm (theo thương tổn phức tạp của xương) đường mổ sau
- Phẫu tích tách qua gân duỗi
- Bộc lộ xương đốt bàn và ngón tay.

- Bộc lộ ổ gãy, làm sạch diện gãy
- Đặt lại xương, đặt nẹp vít và bắt vít mini (ít nhất trên và dưới ổ gãy 2 vít)
- Đối với đóng đinh nội tuỷ: bộc lộ 2 lồi cầu hoặc từ nền đốt hoặc xuyên kim qua da
- Kiểm tra ổ gãy, cầm máu, bơm rửa kỹ
- Khâu phục hồi các lớp theo giải phẫu
- Băng vô khuẩn
- Nẹp bột tư thế nghỉ và treo tay 2 tuần

Chú ý:

- Sau kết hợp xương cần kiểm tra vận động của khớp bàn ngón, liên đốt ngón
- Có thể bắt vít tự do hoặc dùng kim cố định với đốt bên cạnh trong trường hợp gãy rất phức tạp

V. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Tụ máu, phù nề sau mổ
- Nhiễm trùng sau mổ
- Phục hồi chức năng sau mổ tránh cứng khớp, hạn chế vận động ngón

PHẪU THUẬT KHX GÃY LÒI CẦU XƯƠNG BÀN VÀ NGÓN TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

Gãy đốt bàn và ngón tay là loại gãy phổ biến trong các gãy xương của chi trên. Gãy lồi cầu đốt bàn và ngón tay là loại gãy nội khớp, ít gặp. Có thể gãy 1 hoặc cả 2 lồi cầu. Do yêu cầu hoạt động chức năng tinh tế và vận động sớm của bàn tay, ngày nay phẫu thuật KHX bàn ngón tay thường được chỉ định để đạt được giải phẫu tốt nhất.

Phẫu thuật KHX chỏm đốt bàn và ngón tay bằng nẹp vít mini hoặc kim KirschnerBiến chứng hàng đầu có thể gặp: hạn chế vận động khớp bàn ngón, liên đốt ngón

II. CHỈ ĐỊNH

- Gãy lồi cầu di lệch
- Điều trị bảo tồn thất bại

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Đang có tình trạng nhiễm khuẩn
- Toàn trạng nặng vì đa chấn thương

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Phẫu thuật viên là bác sỹ chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình, 2 người phụ. Bác sỹ gây mê, KTV gây mê, tiếp liệu.

2. Người bệnh

Được giải thích đầy đủ về cuộc phẫu thuật, các tai biến, biến chứng có thể gặp trong và sau cuộc phẫu thuật (tổn thương thần kinh quay, khớp giả, tai biến do gây tê đám rối, gây mê...). Nhịn ăn trước 6 giờ

3. Phương tiện

- Bộ dụng cụ KHX bàn ngón tay
- Bộ nẹp vít mini
- Bộ kim Kirschner

4. Hồ sơ bệnh án

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

5. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế người bệnh

Nằm ngửa, tay đặt ngang ra bàn mổ, garo hơi đồn máu

2. Vô cảm

Gây tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc gây mê

3. Kỹ thuật

- Đường mổ: Rạch da khoảng 3 - 5 cm (theo thương tổn phức tạp của xương) đường mổ sau
- Phẫu tích tách qua gân duỗi
- Bộc lộ xương đốt bàn và ngón tay.
- Bộc lộ ổ gãy, làm sạch diện gãy
- Đặt lại xương, đặt nẹp vít và bắt vít mini (ít nhất trên và dưới ổ gãy 2 vít)
- Đối với đóng đinh nội tuỷ: bộc lộ lõi cầu hoặc xuyên kim qua da
- Kiểm tra ổ gãy, cầm máu, bơm rửa kỹ
- Khâu phục hồi các lớp theo giải phẫu
- Băng vô khuẩn
- Nẹp bột tư thế nghỉ và treo tay 2 tuần

Chú ý:

Ngày ban hành 15/12/2025

- Sau kết hợp xương cần kiểm tra vận động của khớp bàn ngón, liên đốt ngón
- Kiểm tra hệ thống dây chằng khớp

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Tụ máu, phù nề sau mổ
- Nhiễm trùng sau mổ
- Phục hồi chức năng sau mổ tránh cứng khớp, hạn chế vận động ngón

KHÂU TỒN THƯƠNG GÂN GẤP Ở VÙNG CẨM (VÙNG II)

I. ĐẠI CƯƠNG

- Vết thương bàn tay rất hay gặp chiếm khoảng 40- 50 % tổng số vết thương bàn tay do tai nạn lao động. Vùng II phẫu trường nhỏ, dễ dính, cần bảo tồn tốt các rọc hình nhân

II. CHỈ ĐỊNH

- Tồn thương gân gấp vùng II đến sớm: Vùng II từ ngón 2 đến 5 có 2 gân gấp nông và sâu, ngón 1 có 1 gân.

- Phân vùng bàn tay

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tồn thương gân gấp vùng II đến muộn, 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 cho người bệnh.

2. Người thực hiện

Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình và hai người phụ; Bác sỹ gây mê, KTV gây mê, tiếp liệu

3. Phương tiện trang thiết bị

- Bộ dụng cụ phẫu tích bàn tay

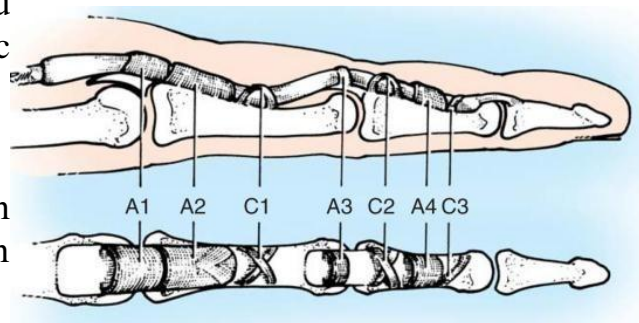
4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 60 phút

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

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

2. 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 đuôi



máu chosạch phẫu trường

3. Cắt lọc làm sạch vết thương (cắt lọc tiết kiệm), rạch rộng vết thương theo hình chữ Z, tránh rạch ngang qua các nếp gấp tự nhiên của bàn tay.

4. Nối gân:

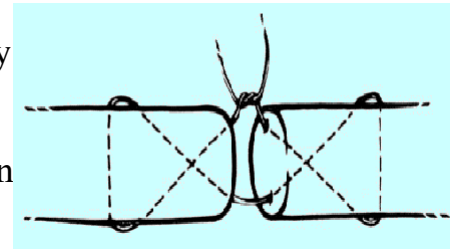
- Vùng II khâu cả hai gân theo kỹ thuật Kessler cải tiến bằng chỉ Prolen 3-5/0, miệng nối cần chơn chu, bảo tồn các rờng dọc nhãn

- Khâu yêu tiên gân gấp sâu các ngón, gân gấp nông có thể cắt bỏ để hạn chế dính và phẫu trường nhỏ



V. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỎ

- Theo dõi tình trạng vết thương, đầu ngón tay
- Điều trị: Kháng sinh 5-7 ngày, giảm viêm
- Tập phục hồi sau mổ: cần tập sớm tránh biến chứng dính gân



VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Hoại tử ngón, nhiễm trùng bàn tay: cắt chỉ, thay băng, cắt lọc lại
- Dính gân: tập phục hồi chức năng sớm, nếu muộn mổ gỡ dính.

PHẪU THUẬT THƯƠNG TÍCH PHẦN MỀM CÁC CƠ QUAN VẬN ĐỘNG

I. ĐẠI CƯƠNG

- Thương tích phần mềm cơ quan vận động là một tổn thương hay gặp trong tai nạn lao động, sinh hoạt, giao thông...

- Cần phát hiện các thương tích về da, gân cơ, thần kinh, xương, mạch máu để có thái độ xử trí kịp thời, phù hợp

II. CHỈ ĐỊNH

- Phân loại theo thời gian
- Vết thương phần mềm đến sớm trong 6h đầu
- Vết thương phần mềm đến muộn sau 6h: Viêm tấy tổ chức xung quanh
- Vết thương phần mềm đến muộn sau 24h: Viêm tấy tổ chức xung quanh có thể kèm nhiễm khuẩn huyết.
- Phân loại theo độ sâu VT
- Vết thương nông, nhỏ: chỉ tổn thương thượng bì
- Vết thương rách da đơn thuần
- Vết thương sâu: tổn thương gân, cơ, mạch máu thần kinh phía dưới

- Vết thương bong lóc da và phần mềm rộng

IV. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh: Tâm lý cho người bệnh, hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính và các xét nghiệm.

2. Người thực hiện: Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình và hai người phụ. Bác sỹ gây mê, KTV gây mê, tiếp liệu.

3. Phương tiện trang thiết bị: Bộ dụng cụ phẫu thuật chấn thương chung

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 60 - 90 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm: Gây tê hoặc gây mê

2. Kỹ thuật:

- Đánh rửa vết thương bằng xà phòng và nước muối cho sạch, Vệ sinh và chải xăng vô khuẩn

- Ga rô gốc chi, tốt nhất là ga rô hơi

- Cắt lọc mép vết thương 2-3 mm, riêng da mặt và da tay cắt lọc tiết kiệm

- Cắt lọc phần mềm dưới tổn thương tới tổ chức lành, tưới rửa và thay găng tay và dụng cụ

- Mở rộng vết thương, cắt lọc lại phần mềm, tưới rửa hết các góc ngách

- Khâu lại các lớp, đặt dẫn lưu, khâu da

VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỔ

- Thay băng vết thương

- Kháng sinh phối hợp hai loại KS, tốt nhất dùng theo KSD

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Nhiễm trùng nặng viêm tấy: cần điều trị tích cực, thay băng cắt chỉ, cấy dịch vết mổ làm KSD, thay kháng sinh

- Di chứng vận động, sẹo co kéo nếu tổn thương rộng và nặng: Cần phục hồi chức năng sớm.

PHẪU THUẬT DẬP NÁT PHẦN MỀM CÁC CƠ QUAN VẬN ĐỘNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Dập nát phần mềm là một tổn thương nặng gặp nhiều trong tai nạn lao động và tai nạn giao thông. Tổn thương dập nát gây hậu quả nặng nề: nguy cơ cắt cụt di dập nát hoặc các di chứng về sau

II. CHỈ ĐỊNH

- Dập nát phần mềm vừa: Dập nát phần mềm sau khi cắt lọc còn khả năng che phủ gân xương, mạch máu thần kinh

- Dập nát phần mềm nặng: cắt cụt chi

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh: Tâm lý cho người bệnh, hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính và các xét nghiệm.

2. Người thực hiện: Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình và hai người phụ, Bác sỹ gây mê, KTV gây mê, tiếp liệu.

3. Phương tiện trang thiết bị: Bộ dụng cụ phẫu thuật chấn thương chung

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 60 - 90 phút

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm: gây mê NKQ hoặc mass thanh quản

2. Kỹ thuật:

- Đánh rửa tay bằng xà phòng, nước muối vô khuẩn

- Ga rô gốc chi

- Phẫu thuật tổn thương phần mềm vừa

* Cắt mép vết thương tới tổ chức lành

* Cắt lọc tổ chức dập nát tới tổ chức lành, chú ý tránh tổn thương mạch máu và thần kinh, đánh rửa lại vết thương.

* Thay dụng cụ, găng tay mới. Cắt lọc lại phần mềm dập nát, rửa sạch bằng ô xi già và nước muối, khâu lại gân cơ, che phủ mạch máu, xương, để da hở đóng thì hai sau.

- Phẫu thuật tổn thương phần mềm nặng không có khả năng bảo tồn: phẫu thuật cắt cụt chi

IV. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỔ

- Thay băng vệ sinh vết mổ

- Kháng sinh mạnh, phối hợp trong 5-7 ngày, điều trị toàn thân bù máu điện giải cho người bệnh

- Tập PHCN

V. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Viêm tấy vết mổ hoặc nhiễm trùng mồm cụt: Nhẹ thì thay băng tách chỉ, nặng thì phẫu thuật cắt lọc lại, nặng cắt cụt chi.

- Nhiễm khuẩn huyết: Cần cấy máu làm kháng sinh đồ, điều trị theo KSD, điều trị các rối loạn điện giải.

PHẪU THUẬT VẾT THƯƠNG BÀN TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

- Thương tích bàn tay là tổn thương đa dạng phong phú, là thương tổn thường gặp trong cuộc sống hàng ngày
- Việc chẩn đoán chính xác tổn thương trong vết thương bàn tay khá khó khăn, vì vậy các thương tích bàn tay cần được xử trí phẫu thuật

II. CHỈ ĐỊNH

- NB bị vết thương bàn tay

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh: Tâm lý cho người bệnh, hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính và các xét nghiệm.

2. Người thực hiện: Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình và hai người phụ Bác sỹ gây mê, KTV gây mê, tiếp liệu.

3. Phương tiện trang thiết bị: Bộ dụng cụ phẫu thuật bàn tay

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 - 120 phút

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm: Người bệnh bằng gây tê đám rối

2. Kỹ thuật

- Sát khuẩn vùng mổ bằng Betadine hoặc cồn 70°
- Đặt Garo
- Cắt lọc vết thương: đánh giá các vật da lóc xem có sống được không
- Mở rộng vết thương theo các đường Zich – zac: kiểm tra kỹ thương tổn
- Xử trí thương tổn:
 - Kết hợp xương bằng kim Krichner hoặc bằng vis
 - Khâu gân bằng chỉ Prolene theo kiểu Kessler
 - Khâu nối thần kinh theo kiểu khâu bao , bó hoặc khâu bao bó thần kinh
- Bất động bột

V. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỔ

- Theo dõi mạch,, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở, tri giác, da, niêm mạc, màu sắc chi thể, vận động cảm giác chi thể, để phát hiện những biến chứng sau mổ

- Bất động bột
- Hướng dẫn tập vật lý trị liệu

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu: Băng ép cầm máu, nếu không được mở vết mổ cầm máu
- Nhiễm trùng: tách chỉ vết mổ, thay băng hàng ngày, kháng sinh, cấy dịch làm kháng sinh đồ

PHẪU THUẬT VẾT THƯƠNG BÀN TAY TỔN THƯƠNG GÂN DUỖI

I. ĐẠI CƯƠNG

- Thương tích bàn tay là tổn thương đa dạng phong phú, là thương tổn thường gặp trong cuộc sống hàng ngày
- Cần thăm kỹ lưỡng, toàn thể để phát hiện tổn thương gân duỗi của bàn tay cũng như các tổn thương phối hợp khác

II. CHỈ ĐỊNH

- NB bị vết thương bàn tay lâm sàng mất duỗi cổ tay, ngón tay

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh: Tâm lý cho người bệnh, hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính và các xét nghiệm.

2. Người thực hiện: Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình và hai người phụ Bác sỹ gây mê, KTV gây mê, tiếp liệu.

3. Phương tiện trang thiết bị: Bộ dụng cụ phẫu thuật bàn tay

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 - 120 phút

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm: Người bệnh bằng gây tê đám rối

2. Kỹ thuật:

- Sát khuẩn vùng mổ bằng Betadine hoặc cồn 70°
- Đặt Garo
- Cắt lọc vết thương: Đánh giá các vật da lóc xem có sống được không
- Mở rộng vết thương theo các đường Zich – zac: đánh giá thương tổn,
- Xử trí thương tổn: Khâu gân bằng chỉ Prolene theo kiểu Kessler
- Bất động nẹp bột cẳng bàn tay tư thế chùng gân, đặt ở gan tay

VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỔ

- Theo dõi mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở, tri giác, da, niêm mạc, màu sắc chi thể, vận động cảm giác chi thể, để phát hiện những biến chứng sau mổ
- Bất động bột
- Hướng dẫn tập vật lý trị liệu

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu: Băng ép cầm máu, nếu không được mở vết mổ cầm máu
- Nhiễm trùng: Tách chỉ vết mổ, thay băng hàng ngày, kháng sinh, cấy dịch làm kháng sinh đồ
- Đứt gân: Phẫu thuật nối gân hoặc chuyển gân

PHẪU THUẬT VẾT THƯƠNG BÀN TAY TỔN THƯƠNG GÂN GẤP

I. ĐẠI CƯƠNG

- Thương tích bàn tay tổn thương gân gấp là tổn thương đa dạng phong phú, là thương tổn thường gặp trong cuộc sống hàng ngày.
- Theo Verdan ở vùng cẳng tay và bàn tay chia 5 vùng, tổn thương gân ở mỗi vùng có những cách xử trí riêng

II. CHỈ ĐỊNH

- NB bị vết thương bàn tay tổn thương gân gấp

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh: Tâm lý cho người bệnh, hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính và các xét nghiệm.

2. Người thực hiện: Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình và hai người phụ. Bác sỹ gây mê, KTV gây mê, tiếp liệu.

3. Phương tiện trang thiết bị: Bộ dụng cụ phẫu thuật bàn tay

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 - 120 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm: Người bệnh bằng gây tê đám rối

2. Kỹ thuật:

- Sát khuẩn vùng mổ bằng Betadine hoặc cồn 70°
- Đặt Garo
- Cắt lọc vết thương: đánh giá các vật da lóc xem có sống được không
- Mở rộng vết thương theo các đường Zich – zac: kiểm tra kỹ thương tổn
- Xử trí thương tổn:
 - Vùng I:
 - Nếu gân gấp đứt trên chỗ bám tận 1cm thì nối gân bằng Prolene 4.0 và khâu tăng cường bằng prolene 6.0
 - Nếu gân gấp đứt cách chỗ bám gân dưới 1 cm thì dịch chuyển gân xuống thấp và cố định vào xương đốt 3

- Vùng II :
 - Rạch da zích-zac, phẫu tích tìm gân. Trường hợp đầu gân trung tâm tụt sâu lên gantay, có thể rạch ngang nếp gấp gan tay tìm đầu gân gấp
 - Luồn gân qua hệ thống ròng rọc
 - Nối gân gấp sâu bằng Prolene 4.0 và 6.0
 - Có thể cắt bỏ rộng rãi gân gấp nông
 - Cố gắng giữ dây chằng vòng A2 tránh co cứng gấp ngón tay
- Vùng III:
 - Thương tổn thường kèm cả mạch máu thần kinh
 - Khâu nối cả gân gấp nông và sâu bằng Prolene 4.0 và 6.0
 - Khâu nối thần kinh bằng Prolen 6.0. Khâu bao bó thần kinh dưới kính hiển vi là tốt nhất
- Vùng IV:
 - Thường gặp đứt nhiều gân, thần kinh giữa, cung gan tay nhánh vận động của thần kinh trụ
 - Nối gân gấp nông sâu bằng Prolene 4.0 và 6.0
 - Nối thần kinh
- Vùng V:
 - Thường bị tổn thương gân cơ, mạch máu, thần kinh giữa trụ
 - Nối gân bằng prolene 4.0 6.0
 - Khâu cơ bằng Vicryl 2.0
 - Nối thần kinh, mạch máu
- Bất động bột tư thế trùng gân, đặt ở mu tay.

VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỔ

- Theo dõi mạch,, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở, tri giác, da, niêm mạc, màu sắc chi thể, vận động cảm giác chi thể, để phát hiện những biến chứng sau mổ
- Bất động bột
- Hướng dẫn tập vật lý trị liệu

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu: Băng ép cầm máu, nếu không được mở vết mổ cầm máu.
- Nhiễm trùng: Tách chỉ vết mổ, thay băng hàng ngày, kháng sinh, cây dịch làm kháng sinh đồ.
- Đứt gân: Phẫu thuật ghép gân hoặc chuyển gân.

PHẪU THUẬT CHUYỂN VẬT CHE PHỦ PHẦN MỀM CUỐNG MẠCH LIỀN

I. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật lấy một vật tổ chức bao gồm da-cân được nuôi dưỡng bằng nguồn mạch, xoay chuyển để điều trị khuyết hồng phần mềm ở chi. Có nhiều dạng vật:

- Vật cơ
- Vật da cân
- Vật da cơ

II. CHỈ ĐỊNH

- Khuyết hồng phần mềm vùng chi lân cận vật được chuyển

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Vết thương phần mềm còn viêm nhiễm
- Còn rối loạn dinh dưỡng như phù nề nhiều, nhiều nốt phỏng
- Lộ xương nhưng còn viêm nhiễm
- Có các bệnh toàn thân như đái tháo đường, tim mạch... cần điều trị ổn định trước khi tiến hành

IV. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh: Tâm lý cho người bệnh, hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính và các xét nghiệm.

2. Người thực hiện: Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình và hai người phụ; Bác sỹ gây mê, KTV gây mê, tiếp liệu.

3. Phương tiện trang thiết bị: Bộ dụng cụ phẫu thuật chấn thương chung

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 - 120 phút

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Kiểm tra hồ sơ đã đúng và đầy đủ theo yêu cầu chưa?
- Kiểm tra người bệnh đã đúng và đã được chuẩn bị đúng yêu cầu chưa?
- Thực hiện kỹ thuật

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

2. Kỹ thuật bóc vật:

- **Thiết kế vật:**

- Đánh dấu vị trí lấy vật
- Vẽ đảo da và trục của vật da,
- Cuống vật là tổ chức cân mỡ chứa thần kinh và mạch máu
- Chiều dài của vật da đo từ điểm xoay đến bờ xa nhất của tổn khuyết

- Chiều dài của cuống vạt: Đo từ điểm xoay tới bờ gần nhất của tổn khuyết.
- Tư thế người bệnh
- Garo 1/3 G đùi (hoặc không).

Thì 1: Xử trí thương tổn

• Cắt lọc mép tổn thương, cắt lọc tổ chức hoại tử từ nông vào sâu đảm bảo không còn tổ chức hoại tử.

• Tưới rửa nhiều lần bằng ôxy già, nước muối, Betadin.

• Đục bạt bề mặt xương lộ nếu bị viêm.

• Cầm máu kỹ tổn thương.

• Kiểm tra lại vạt đã thiết kế xem có phù hợp với thương tổn vừa cắt lọc không.

Đắp gạc ẩm vào vùng thương tổn để chuyển sang thì bóc vạt.

Thì 2: Bóc vạt

• Phẫu tích tìm TM và TK

• Rạch da xung quanh đảo da đến hết lớp cân để lại phần nối với cuống vạt. Khâu cố định lớp cân với lớp da xung quanh đảo da để không làm bóc tách giữa chúng gây tổn thương các mạch máu từ lớp cân lên nuôi da.

• Phẫu tích cuống vạt

• Nâng vạt từ trên xuống dưới với một đảo da cân và cuống vạt thì chỉ có lớp mỡ dưới da và cân.

• Tháo garo kiểm tra tình trạng tưới máu của vạt, cầm máu kỹ, lựa chọn góc xoay vạt để không làm xoắn vặn cuống vạt.

• Tạo đường hầm hoặc rạch da để đưa vạt đến che phủ vùng khuyết hồng.

• Khâu cố định vạt vào vùng khuyết hồng, đặt dẫn lưu dưới vạt (hoặc không).

• Khâu 2 mép da dày nơi lấy cuống vạt

• Khâu khếp bớt nơi cho vạt, vá da mỏng hoặc ghép da Wolf- Krause nơi cho vạt.

• Băng ép nhẹ nhàng, để hở một phần vạt da để theo dõi sát tình trạng tưới máu của vạt, kịp thời phát hiện tình trạng chèn ép cuống vạt để xử trí.

• Đặt nẹp bột

V. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỔ

- Điều trị kháng sinh 5-7 ngày

- Thuốc chống phù nề, chống đông

- Ghép da mỏng lên vạt nếu vạt sống tốt (thông thường sau 5-7 ngày)

PHẪU THUẬT KHX GÃY XƯƠNG ĐÓT BÀN NGÓN TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

- Gãy xương đốt bàn ngón là thương tổn thường gặp, ảnh hưởng nhiều đến chức năng bàn tay.
- Phần lớn các xương bàn tay được chỉ định điều trị bảo tồn. Một số trường hợp được giải quyết bằng phẫu thuật.

II. CHỈ ĐỊNH

- Gãy không vững
- Gãy mà nắn điều trị bảo tồn không kết quả
- Gãy có mảnh lớn di lệch
- Gãy có kèm theo trật khớp
- Gãy phức tạp có kèm theo mất đoạn xương
- Gãy nội khớp có nhiều khả năng dính, cứng nên không vận động sớm
- Gãy có mảnh rời di lệch có kèm theo tổn thương mạch máu thần kinh
- Gãy xương mà hậu quả chậm liền xương
- Gãy xương mà cần can thiệp ghép xương
- Gãy xương và liền xương xấu ảnh hưởng tới thẩm mỹ và chức năng
- Gãy xương bệnh lý
- Gãy xương có mảnh gây kẹt khớp

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh: Tâm lý cho người bệnh, hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính và các xét nghiệm.

2. Người thực hiện: Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình và hai người phụ. Bác sỹ gây mê, KTV gây mê, tiếp liệu.

3. Phương tiện trang thiết bị: Bộ dụng cụ phẫu thuật bàn tay, nẹp vít mini

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 60 - 90 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm: Người bệnh bằng gây tê đám rối

2. Kỹ thuật:

- Sát khuẩn vùng mổ bằng Betadine hoặc cồn 70°
- Đặt Garo
- Kê bàn tay lên bàn, lòng bàn tay đặt lên một cuộn vải
- Rạch da mặt mu tay tương ứng với ổ gãy, vén gân duỗi ngón bộc lộ ổ gãy

- Kết hợp xương bằng vis mini
- Bơm rửa, đóng vết mổ
- Bất động nẹp bột

VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỔ

- Theo dõi mạch,, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở, tri giác, da, niêm mạc, màu sắc chi thể, vận động cảm giác chi thể, để phát hiện những biến chứng sau mổ
- Bất động bột
- Hướng dẫn tập vật lý trị liệu

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu: Băng ép cầm máu, nếu không được mở vết mổ cầm máu
- Nhiễm trùng: Tách chi vết mổ, thay băng hàng ngày, kháng sinh, cấy dịch làm kháng sinh đồ.

PHẪU THUẬT GỠY XƯƠNG BÀN 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

- NB có chẩn đoán xác định bị gãy xương bàn ngón tay trên lâm sàng và XQ.
- Đường gãy không phạm khớp.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

IV. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh: Tâm lý cho người bệnh, hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính và các xét nghiệm.

2. Người thực hiện: Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình và hai người phụ. Bác sỹ gây mê, KTV gây mê, tiếp liệu.

3. Phương tiện trang thiết bị: Bộ dụng cụ phẫu thuật bàn tay, nẹp vít mini

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 60 - 90 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm: Tê ĐRCT bên chi phẫu thuật

2. Kỹ thuật:

- Sát khuẩn, trải toan

- Rạch da mặt 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 chéo chữ X qua ổ gãy ngang

* Kỹ thuật Grundberg: Dùng đinh Steinmann ngắn, mở ổ gãy, đóng chìm vào ống tủy. Cho mũi nhọn khoan rộng ống tủy 2 đầu, xong đóng chìm với đầu tù của đinh vào ống tủy đầu trên, cho tới khi đinh còn lòi ra 1cm cho đốt ngón và 1,5cm cho đốt bàn, xong kéo giãn ổ gãy và luồn đinh vào ống thủy đầu dưới.

Buộc vòng qua ổ gãy theo Lister: dùng kim Kirschner khoan xương 2 lỗ song song cách trên và dưới đường gãy 5mm. Luồn chỉ thép buộc vòng qua xương hình chữ nhật, xuyên giữ chéo một đinh Kirschner, chéo qua ổ gãy.

- Kỹ thuật AO: Dùng nẹp vis mini.
- 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 LÀM MỎM CỤT NGÓN VÀ ĐỐT BÀN NGÓN

I. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ ngón tay đến gốc ngón tay, cắt bỏ xương đốt bàn ngón tay, giữ lại hệ thống xương khối tụ cốt.

Trong trường hợp tháo bỏ toàn bộ xương bàn ngón tay, toàn bộ chức năng bàn ngón tay mất hết, cần giải thích kỹ người bệnh và gia đình trước khi tiến hành phẫu thuật.

II. CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý mạch máu chi: tắc mạch, loét do đái tháo đường.
- Cụt chân thương, dập nát các ngón không có khả năng bảo tồn.
- Bỏng làm hoại tử ngón.

- Nhiễm trùng làm hoại tử tổ chức các ngón.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tồn thương dập nát, hoại tử cấp máu kém, xâm lấn đến khối tụ cốt bàn tay.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: Phẫu thuật viên chuyên khoa ngoại, phụ phẫu thuật, tiếp liệu. 1 bác sỹ Gây mê, phụ mê

2. Người bệnh: Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh, hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính.và các Làm các xét nghiệm cơ bản, chụp XQ, điện tim, đo chức năng hô hấp.

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

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: Người bệnh nằm ngửa, tay phẫu thuật để trên bàn phẫu thuật.

2. Vô cảm: tê gốc ngón, tê đám rối cánh tay hoặc gây mê.

3. Kỹ thuật:

- Garo gốc ngón hoặc garo cánh tay bằng garo hơi hoặc garo chun.
- Sát trùng vùng mổ bằng betadine hoặc cồn 700.
- Làm mồm cụt ngón.
- + Rạch da ngang nền đốt 1 các ngón.
- + Cắt bỏ hệ thống gân gấp, duỗi.
- + Cầm máu bó mạch bờ quay, trụ bằng dao điện hoặc khâu mũi chữ X chỉ tiêu.
- + Khi bị cụt các ngón giữa thì cần tháo bỏ đốt bàn và khâu khếp 2 đốt bàn lân cận lại.
- + Bóc tách tạo hình vạt da mồm cụt.
- + Khâu vết mổ.
- Làm mồm cụt xương bàn ngón: Tùy theo tổn thương ngón nào mà có các cách phẫu thuật khác nhau
- + Cụt đốt bàn ngón cái: bảo tồn tối đa, giữ lại nền đốt bàn, sử dụng vạt da cơ che phủ phần mềm tốt không để lộ xương.
- + Cụt đốt bàn ngón II:
 - Cắt cao xương đến nền đốt bàn.
 - Tìm buộc mạch máu, tìm thần kinh buộc và cắt ngang giữa đốt bàn, giấu thần kinh vào khoảng gian cốt.
 - Gân gấp thì cắt ngang và cho tự rút lên cao.

- Cầm máu, khâu ống màng xương.
 - Khâu da
- + Cụt đốt bàn III, IV:
- Khâu khép 2 đốt bàn lân cận, khâu vào màng xương tại cổ các đốt bàn lân cận để che lấp.
- + Cụt đốt bàn V: bảo tồn nên đốt bàn là vị trí bám gân gấp và duỗi cổ tay trụ
- Tìm nhánh cảm giác của thần kinh trụ ở ô mô út, cắt gân duỗi riêng, duỗi chung, cắt gân gấp ngón V
 - Lấy bỏ đốt bàn V, để lại nên đốt bàn.
 - Khâu vết mổ.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi:

- Dấu hiệu sinh tồn, tình trạng băng vết mổ, vận động cảm giác đầu ngón không tổn thương.
- Hướng dẫn vận động, tập phục hồi chức năng sớm.
- Kháng sinh đường tiêm 3-5 ngày.
- Xử trí tai biến:
- Chảy máu mỏm cụt: Băng ép nhẹ nhàng, không hết có thể khâu tăng cường vị trí mỏm cụt.
- Nhiễm trùng: Thay băng hàng ngày, cắt chỉ khi tụ dịch, nguy cơ nhiễm trùng sâu, lấy dịch cấy vi khuẩn làm kháng sinh đồ, thay kháng sinh .
- Hoại tử mỏm cụt: Lộ xương cần cắt cao hơn hoặc chuyển vật che xương.

PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG ỐNG CỔ TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

Hội chứng ống cổ tay: Là hiện tượng dây thần kinh giữa ở ống cổ tay bị chèn ép. Dây thần kinh giữa truyền cảm giác từ bề mặt gan bàn tay của các ngón tay (trừ ngón tay út) và điều khiển các cơ vận động ngón tay cái. Ống cổ tay được hình thành bởi xương cổ tay và dây chằng ngang cổ tay. Ống cổ tay là một “đường ống” hẹp chứa thần kinh giữa và gân vận động các ngón tay. Nếu các bộ phận ở gần hoặc trong ống cổ tay bị sưng hoặc dày lên có thể chèn ép dây thần kinh giữa, dẫn đến đau, tê và làm yếu bàn tay và ngón cái.

II. CHỈ ĐỊNH

NB có chẩn đoán xác định bị hội chứng ống cổ tay:

- Triệu chứng cơ năng gồm những triệu chứng về cảm giác vùng da do thần kinh giữa chi phối ở bàn tay: Giảm cảm, giảm cảm giác, đau, tê cứng.

- Triệu chứng thực thể gồm: Dấu hiệu Tinel dương tính, nghiệm pháp Phalen dương tính, giảm hoặc mất cảm giác châm chích vùng da thần kinh giữa chi phối.

- Test dẫn truyền thần kinh cho thấy có sự rối loạn chức năng thần kinh giữa vùng ống cổ tay.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

IV. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh: Tâm lý cho người bệnh, hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính và các xét nghiệm.

2. Người thực hiện: Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình và hai người phụ. Bác sỹ gây mê, KTV gây mê, tiếp liệu.

3. Phương tiện trang thiết bị: Bộ dụng cụ phẫu thuật bàn tay

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 30 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Vô cảm: Tê ĐRCT bên chi phẫu thuật
- Sát khuẩn, trải toan
- Rạch da cổ tay khoảng 1cm theo nếp gấp cổ tay
- Bộc lộ ống cổ tay dưới chỗ rạch da
- Dùng kéo luôn và cắt ống cổ tay mặt trước dọc theo trục chi. Rạch sao cho hết chiều dài ống cổ tay.

- Kiểm tra lại thần kinh giữa.

- Đóng vết mổ theo giải phẫu

VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỔ

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

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

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

PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG CHÈN ÉP THẦN KINH TRỤ

I. ĐẠI CƯƠNG

Thần kinh trụ có thể bị chèn ép tại rãnh thần kinh trụ ở khuỷu tay hoặc tại kênh Guyon ở cổ tay. Bệnh lý chèn ép thần kinh trụ ở khuỷu tay là bệnh lý thần kinh ngoại biên do đè ép phổ biến thứ 2, chỉ sau hội chứng ống cổ tay. Khi đi qua rãnh thần kinh trụ ở khuỷu tay, thần kinh trụ đi rất nông và không có cơ che phủ nên rất dễ bị tổn thương. Những nguyên nhân như bất thường các cấu trúc giải phẫu, gãy xương cũ hoặc mới, bệnh lý khớp viêm tại vùng khuỷu có thể dẫn đến thần kinh trụ bị chèn ép. Duy trì tư thế gấp khuỷu trong thời gian dài hoặc lặp đi lặp lại động tác gấp/duỗi khuỷu có thể gây tổn thương thần kinh trụ. Trong khi đó, những người làm nghề đòi hỏi vận động cổ tay nhiều là đối tượng nguy cơ của bệnh lý chèn ép thần kinh trụ ở kênh Guyon vùng cổ tay.

II. CHỈ ĐỊNH

NB có chẩn đoán xác định bị hội chứng chèn ép thần kinh trụ, không đáp ứng với điều trị bảo tồn:

- Biến dạng “bàn tay vuốt trụ”
- Mất động tác giang và khép các ngón, khép ngón cái, gấp đốt xa ngón 4-5
- Mất cảm giác ở ngón tay út, mô út và 1/2 ngón nhẫn.
- Mất phản xạ trụ sấp
- Kết quả khảo sát chẩn đoán điện phù hợp với tổn thương thần kinh trụ.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- NB có bệnh lý kèm theo chống chỉ định phẫu thuật: Tim mạch, ĐTD ...

IV. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh: Tâm lý cho người bệnh, hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính và các xét nghiệm.

2. Người thực hiện: Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình và hai người phụ Bác sỹ gây mê, KTV gây mê, tiếp liệu.

3. Phương tiện trang thiết bị: Bộ dụng cụ phẫu thuật bàn tay

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 60 phút

VIII. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm: Tê ĐRCT bên chi phẫu thuật

2. Kỹ thuật:

- Sát khuẩn, trải toan
- Đối với thần kinh trụ bị chèn ép ở khuỷu: phẫu thuật chuyển vị trí thần kinh trụ ra trước.

- Đối với thần kinh trụ bị chèn ép ở ống Guyon: phẫu thuật cắt bỏ mỏm móc của xương móc kết hợp với giải phóng thần kinh trụ bị chèn ép. Trường hợp người bệnh có u bao hoạt dịch hay một tổ chức gì khác ở trong hay gần kênh Guyon gây chèn ép thần kinh trụ thì cũng cần phải phẫu thuật

- Đóng vết mổ theo giải phẫu.

V. 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

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

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

KHÂU TỔN THƯƠNG GÂN GẤP BÀN TAY VÙNG I, II, III, IV

I. ĐẠI CƯƠNG

- Vết thương bàn tay rất hay gặp chiếm khoảng 40- 50 % tổng số vết thương bàn tay do tai nạn lao động.

- Bàn tay có nhiều bộ phận tinh tế: gân, thần kinh... Vết thương bàn tay phẫu trường nhỏ, dễ nhiễm trùng... do đó phải xử trí các thương tổn hoàn hảo về gân, xương, mạch máu và thần kinh, tập phục hồi chức năng sớm để hạn chế di chứng

II. CHỈ ĐỊNH

- Tổn thương gân gấp vùng I, III, IV, V đến sớm
- Phân vùng: Bàn tay từ ngón 2 tới ngón 5 mỗi ngón có 2 gân gấp (gân gấp nông và gân gấp sâu), ngón 1 có 1 gân gấp dài và một gân gấp ngắn. Vùng I có 1 gân, vùng III, IV, V có hai gân.

- Phân vùng bàn tay



III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Chống chỉ định khâu gân gấp 1 thì trong trường hợp nhiễm trùng, đến muộn

IV. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh: Tâm lý cho người bệnh, hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính và các xét nghiệm.

2. Người thực hiện: Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình và hai người phụ; Bác sỹ gây mê, KTV gây mê, tiếp liệu

3. Phương tiện trang thiết bị: Bộ dụng cụ phẫu thuật bàn tay

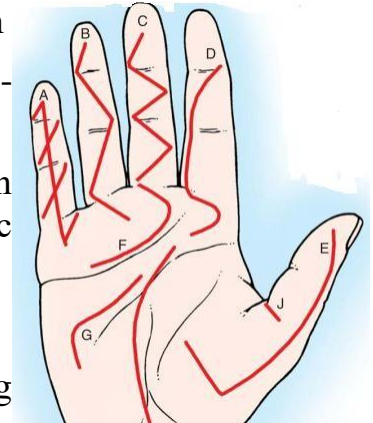
4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 - 120 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

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

2. Kỹ thuật:

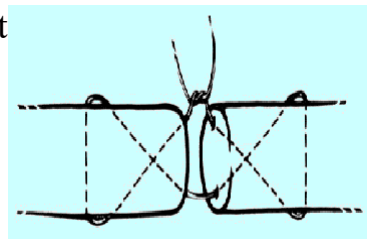
- Rửa tay bằng xà phòng, nước muối vô khuẩn
- Ga rô cánh tay: tốt nhất ga rô hơi với áp lực 200-250mmHg, ga rô đuôi máu cho sạch phẫu trường
- Cắt lọc làm sạch vết thương (cắt lọc tiết kiệm), rạch rộng vết thương theo hình chữ Z, tránh rạch ngang qua các nếp gấp tự nhiên của bàn tay.



- Nối gân:

+ Vùng I: Nếu đứt sát xương phải khâu xuyên xương vào đốt xa, đính kiểu khuy áo ở phía móng tay

+ Vùng III, IV, V khâu cả hai gân theo kỹ thuật Kessler cải tiến bằng chỉ Prolen 3-5/0



VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỔ

- Theo dõi tình trạng vết thương, đầu ngón tay
- Điều trị: Kháng sinh 5-7 ngày, giảm viêm
- Tập phục hồi sau mổ: cần tập sớm tránh biến chứng dính gân

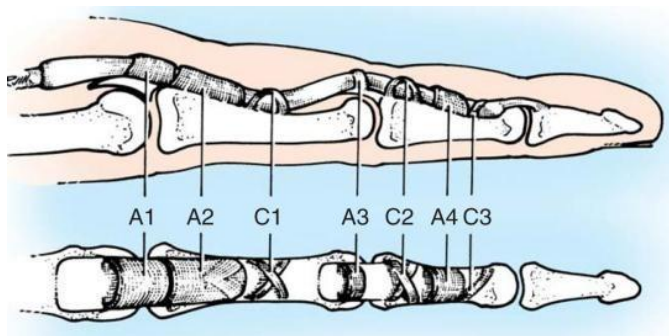
VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Hoại tử ngón, nhiễm trùng bàn tay: cắt chỉ, thay băng, cắt lọc lại
- Dính gân: tập phục hồi chức năng sớm, nếu muộn mổ gỡ dính

KHÂU TÔN THƯƠNG GÂN GẤP BÀN TAY VÙNG II

I. ĐẠI CƯƠNG

- Vết thương bàn tay rất hay gặp chiếm khoảng 40- 50 % tổng số vết thương bàn tay do tai nạn lao động.
- Vùng II phẫu trường nhỏ, dễ dính, cần bảo tồn tốt các rọc hình nhẫn



II. CHỈ ĐỊNH

- Tổn thương gân gấp vùng II đến sớm: Vùng II từ ngón 2 đến 5 có 2 gân gấp nông và sâu, ngón 1 có 1 gân.

- Phân vùng bàn tay

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH.

Tổn thương gân gấp vùng II đến muộn, nhiễm trùng

IV. CHUẨN BỊ

1. **Người bệnh:** Tâm lý cho người bệnh, hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính và các xét nghiệm.

2. **Người thực hiện:** Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình và hai người phụ

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

4. **Dự kiến thời gian phẫu thuật:** 90 - 120 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

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

2. Kỹ thuật:

- 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 đuôi máu cho sạch phẫu trường

- Cắt lọc làm sạch vết thương (cắt lọc tiết kiệm), rạch rộng vết thương theo hình chữ Z, tránh rạch ngang qua các nếp gấp tự nhiên của bàn tay.

- Nối gân:

• Vùng II khâu cả hai gân theo kỹ thuật Kessler cải tiến bằng chỉ Prolen 3-5/0, miệng nối cần chôn chu, bảo tồn các rãnh dọc nhẵn

• Khâu yêu tiên gân gấp sâu các ngón, gân gấp nông có thể cắt bỏ để hạn chế dính và phẫu trường nhỏ

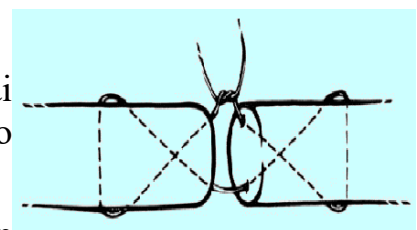
VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỔ

- Theo dõi tình trạng vết thương, đầu ngón tay

- Điều trị: Kháng sinh 5-7 ngày, giảm viêm

- Tập phục hồi sau mổ: Cần tập sớm tránh biến chứng dính gân

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ



QUY TRÌNH PHẪU THUẬT GÃY XƯƠNG BÀN TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

Gãy xương bàn tay là gãy xương trong vùng bàn tay, thường gặp gãy xương đốt bàn ngón tay và đốt ngón tay.

1. Nguyên tắc điều trị

- Xương lành vững chắc.
- Không giới hạn vận động nơi gãy xương.

2. Điều trị trước phẫu thuật

- Nẹp cố định chỗ gãy.
- Thuốc giảm đau paracetamol 15mg/kg/6giờ.
- Kháng sinh dự phòng cefazolin nếu có phẫu thuật.

II. CHUẨN BỊ

1. **Người thực hiện** : Phẫu thuật viên chuyên khoa Ngoại – Chấn thương, phụ mổ. Bác sỹ gây mê, KTV gây mê, tiếp liệu.

2. Phương tiện và dụng cụ

Bộ dụng cụ phẫu thuật bàn tay và kim chỉ khâu chuyên dụng.

3. Xét nghiệm:

- Công thức máu
- Sinh hóa máu
- HIV, HbsAg, Anti HCV
- Đông máu cơ bản
- Xq tim phổi
- Siêu âm tim, điện tâm đồ (nếu có bệnh lý tim mạch)
- Xq bàn tay

III. CHỈ ĐỊNH

1. Gãy xương bàn ngón tay

- + Thường nắn kín, cố định với nẹp hoặc bó bột.
- + Phẫu thuật khi di lệch xoay, gãy nhiều xương bàn, gãy đầu ương bàn ngón có tổn thương khớp.

+ Đối với gãy nền xương bàn ngón I bó bột với ngón I dạng, phẫu thuật khi gãy Salter - Harris type III cố định với kim Kirschner.

2. Gãy xương đốt ngón tay

+ Gãy nền xương: Salter-Harris type III và IV nắn kín, cố định với nẹp hoặc bó bột. Phẫu thuật cố định với kim Kirschner khi nắn kín thất bại, di lệch > 25% bề mặt khớp.

+ Gãy thân xương: nắn kín, cố định với nẹp hoặc bó bột. Nếu thất bại phẫu thuật cố định với kim Kirschner.

+ Gãy chỏm xương: thường phẫu thuật cố định với kim Kirschner vì chỏm thường di lệch xoay và gập góc nặng.

+ Gãy kèm tổn thương khớp: không di lệch nắn kín, cố định với nẹp hoặc bó bột.

Nếu di lệch, phẫu thuật cố định với kim Kirschner.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Kỹ thuật mổ gãy đầu xương bàn tay hay xương đốt ngón tay

- Rạch da đường dọc bên qua đầu xương gãy.
- Cắt mô mềm, bóc tách thần kinh, mạch máu.
- Bộc lộ đầu xương gãy, không làm tổn thương đầu xương, vòng sụn và màng xương.
- Lấy máu tụ và các mảnh xương gãy vụn.
- Nắn xương thẳng trục.
- Xuyên 2 kim Kirschner qua hành xương hay đầu xương..
- Đóng vết mổ từng lớp.
- Nẹp hoặc bó bột cố định.

V. THEO DÕI

- Tái khám mỗi tuần.
- Rút kim Kirschner sau 4 tuần.

PHẪU THUẬT NHIỄM TRÙNG BÀN TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

- Nhiễm khuẩn bàn tay là những nhiễm trùng các tổ chức cấu tạo nên bàn và ngón tay, thường gây những biến chứng nặng, diễn biến nặng nề và gây tàn phế.
- Chẩn đoán sớm, điều trị đúng và kịp thời.

II. CHỈ ĐỊNH

- Viêm tấy bàn tay đã hóa mủ.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Viêm tấy đang lan tỏa, chưa hóa mủ.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình, người phụ mổ. Bác sỹ gây mê, KTV gây mê, tiếp liệu.

2. Phương tiện: Bộ dụng cụ phẫu thuật bàn tay chuyên dụng và kim chỉ khâu chuyên dụng.

3. Người bệnh: Chuẩn bị tâm lý, hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính.

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: Người bệnh nằm ngửa, tùy vào tổn thương để bàn tay sấp hay ngửa.

2. Vô cảm: Tê tại chỗ, tê đám rối hoặc mê khí quản

3. Kỹ thuật:

- Sát trùng rộng rãi.
- Ga rô gốc chi, không dôn máu.
- Chấn mé: Rạch hai bên ngón, mở hết các khoang, cắt hết các vách xơ, cắt lọc tổ chức hoại tử và làm sạch, dẫn lưu bằng gạc, để da hở.
- Viêm mũ quanh móng: Rạch tháo mũ, cắt bỏ tổ chức phần mềm phủ lên gốc móng, có thể cắt một phần móng để dẫn lưu mũ.
- Viêm tủy sâu kẽ ngón: Rạch dọc hai đường phía trước và phía sau thông nhau để dẫn lưu mũ.
- Áp xe khoang giữa bàn tay: Rạch da theo nếp gấp của gan tay, dẫn lưu mũ theo khoang.
- Viêm khoang mô cái: Rạch tháo mũ bằng hai đường thông nhau, một ở gan tay và một ở mu tay.
- Viêm mũ bao hoạt dịch gân gấp ngón 2, 3, 4: Rạch tháo mũ theo trục của ngón, đường rạch hơi lệch ra sau để tránh mạch máu và thần kinh, rạch theo đường thẳng hay đường zích- zắc, đường rạch các ngón 2, 3, 4 ở phía bờ trụ, đường rạch ngón 1, 5 ở phía bờ quay. Đường rạch da là đường rạch liên tục, đường rạch bao hoạt dịch là đường rạch gián đoạn, để lại các dây chằng vòng, cắt lọc bao gân và bao hoạt dịch bị viêm, để da hở.
- Viêm mũ bao hoạt dịch gân gấp ngón 1 và bao hoạt dịch quay: Rạch mở bao gân ở cổ tay và nếp ô mô cái.
- Viêm mũ bao hoạt dịch gân gấp ngón 5 và bao hoạt dịch trụ: Rạch mở bao gân ở cổ tay và nếp ô mô út, phía bờ quay.
- Cầm máu kỹ, để da hở để dẫn lưu mũ.
- Bất động nếp bột sau phẫu thuật

V. 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.
- Hoại tử da và tổ chức phần mềm: Cắt lọc tổ chức hoại tử.
- Nhiễm khuẩn huyết: Xét cắt cụt khi không còn khả năng bảo tồn chi thể.

PHẪU THUẬT LÀM MỒM CỤT NGÓN VÀ ĐÓT BÀN NGÓN**I. ĐẠI CƯƠNG**

Là phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ ngón tay đến gốc ngón tay, cắt bỏ xương đốt bàn ngón tay, giữ lại hệ thống xương khối tụ cốt.

Trong trường hợp tháo bỏ toàn bộ xương bàn ngón tay, toàn bộ chức năng bàn ngón tay mất hết, cần giải thích kỹ người bệnh và gia đình trước khi tiến hành phẫu thuật.

II. CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý mạch máu chi: tắc mạch, loét do đái tháo đường.
- Cụt chân thương, dập nát các ngón không có khả năng bảo tồn.
- Bỏng làm hoại tử ngón.
- Nhiễm trùng làm hoại tử tổ chức các ngón.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tổn thương dập nát, hoại tử cấp máu kém, xâm lấn đến khối tụ cốt bàn tay.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình, phụ phẫu thuật. Bác sỹ gây mê, KTV gây mê, tiếp liệu.

2. Người bệnh: Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh, hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính.

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

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: Người bệnh nằm ngửa, tay phẫu thuật để trên bàn phẫu thuật.

2. Vô cảm: tê gốc ngón, tê đám rối cánh tay hoặc gây mê.

3. Kỹ thuật:

- Garo gốc ngón hoặc garo cánh tay bằng garo hơi hoặc garo chun.
- Sát trùng vùng mổ bằng betadine hoặc cồn 70⁰.
- Làm mỏm cụt ngón.
- + Rạch da ngang nền đốt 1 các ngón.
- + Cắt bỏ hệ thống gân gấp, duỗi.
- + Cầm máu bó mạch bờ quay, trụ bằng dao điện hoặc khâu mũi chữ X chỉ tiêu.
- + Khi bị cụt các ngón giữa thì cần tháo bỏ đốt bàn và khâu khép 2 đốt bàn lân cận lại.
- + Bóc tách tạo hình vạt da mỏm cụt.
- + Khâu vết mổ.
- Làm mỏm cụt xương bàn ngón: Tùy theo tổn thương ngón nào mà có các cách phẫu thuật khác nhau
- + Cụt đốt bàn ngón cái: bảo tồn tối đa, giữ lại nền đốt bàn, sử dụng vạt da cơ che phủ phần mềm tốt không để lộ xương.
- + Cụt đốt bàn ngón II:
 - Cắt cao xương đến nền đốt bàn.
 - Tìm buộc mạch máu, tìm thần kinh buộc và cắt ngang giữa đốt bàn, giấu thần kinh vào khoảng gian cốt.
 - Gân gấp thì cắt ngang và cho tự rút lên cao.
 - Cầm máu, khâu ống màng xương.
 - Khâu da
- + Cụt đốt bàn III, IV:
 - Khâu khép 2 đốt bàn lân cận, khâu vào màng xương tại cổ các đốt bàn lân cận để che lấp.
- + Cụt đốt bàn V: bảo tồn nền đốt bàn là vị trí bám gân gấp và duỗi cổ tay trụ
 - Tìm nhánh cảm giác của thần kinh trụ ở ô mô út, cắt gân duỗi riêng, duỗi chung, cắt gân gấp ngón V
 - Lấy bỏ đốt bàn V, để lại nền đốt bàn.
 - Khâu vết mổ.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi:

- Dấu hiệu sinh tồn, tình trạng băng vết mổ, vận động cảm giác đầu ngón không tổn thương.
- Hướng dẫn vận động, tập phục hồi chức năng sớm.
- Kháng sinh đường tiêm 3-5 ngày.

2. Xử trí tai biến:

- Chảy máu mỗm cụt: Băng ép nhẹ nhàng, không hết có thể khâu tăng cường vị trí mỗm cụt.
- Nhiễm trùng: Thay băng hàng ngày, cắt chỉ khi tụ dịch, nguy cơ nhiễm trùng sâu, lấy dịch cấy vi khuẩn làm kháng sinh đồ, thay kháng sinh khi có kháng sinh đồ.
- Hoại tử mỗm cụt: Lộ xương cần cắt cao hơn hoặc chuyển vạt che xương.

QUY TRÌNH PHẪU THUẬT THÁO BỎ CÁC NGÓN TAY, ĐÓT NGÓN TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

- Là phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ ngón tay đến gốc ngón tay, cắt bỏ xương đốt bàn ngón tay, giữ lại hệ thống xương khối tụ cốt.
- Trong trường hợp tháo bỏ toàn bộ xương bàn ngón tay, toàn bộ chức năng bàn ngón tay mất hết, cần giải thích kỹ người bệnh và gia đình trước khi tiến hành phẫu thuật.

II. CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý mạch máu chi: tắc mạch, loét do đái tháo đường.
- Cụt chân thương, dập nát các ngón không có khả năng bảo tồn.
- Bỏng làm hoại tử ngón.
- Nhiễm trùng làm hoại tử tổ chức các ngón.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tổn thương dập nát, hoại tử cấp máu kém, xâm lấn đến khối tụ cốt bàn tay.

IV. CHUẨN BỊ

- 1. Người thực hiện:** Phẫu thuật viên ngoại khoa chấn thương chỉnh hình.
- 2. Người bệnh:** Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh, hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính.

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

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: Người bệnh nằm ngửa, tay phẫu thuật để trên bàn phẫu thuật.

2. Vô cảm: tê gốc ngón, tê đám rối cánh tay hoặc gây mê.

3. Kỹ thuật

- Garo gốc ngón hoặc garo cánh tay bằng garo hơi hoặc garo chun.
- Sát trùng vùng mổ bằng betadine hoặc cồn 70⁰.
- Làm mỏm cụt ngón.
- + Rạch da ngang nền đốt 1 các ngón.
- + Cắt bỏ hệ thống gân gấp, duỗi.
- + Cầm máu bó mạch bờ quay, trụ hoặc khâu mũi chữ X chỉ tiêu.
- + Khi bị cụt các ngón giữa thì cần tháo bỏ đốt bàn và khâu khép 2 đốt bàn lân cận lại.
- + Bóc tách tạo hình vạt da mỏm cụt.
- + Khâu vết mổ.
- Làm mỏm cụt xương bàn ngón: Tùy theo tổn thương ngón nào mà có các cách phẫu thuật khác nhau
- + Cụt đốt bàn ngón cái: bảo tồn tối đa, giữ lại nền đốt bàn, sử dụng vạt da cơ che phủ phần mềm tốt không để lộ xương.
- + Cụt đốt bàn ngón II
 - Cắt cao xương đến nền đốt bàn.
 - Tìm buộc mạch máu, tìm thần kinh buộc và cắt ngang giữa đốt bàn, giấu thần kinh vào khoảng gian cốt.
 - Gân gấp thì cắt ngang và cho tự rút lên cao.
 - Cầm máu, khâu ống màng xương.
 - Khâu da
- + Cụt đốt bàn III, IV:
 - Khâu khép 2 đốt bàn lân cận, khâu vào màng xương tại cổ các đốt bàn lân cận để che lấp.
- + Cụt đốt bàn V: bảo tồn nền đốt bàn là vị trí bám gân gấp và duỗi cổ tay trụ
 - Tìm nhánh cảm giác của thần kinh trụ ở ô mô út, cắt gân duỗi riêng, duỗi chung, cắt gân gấp ngón V.
 - Lấy bỏ đốt bàn V, để lại nền đốt bàn.
 - Khâu vết mổ.

II. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi

- Dấu hiệu sinh tồn, tình trạng băng vết mổ, vận động cảm giác đầu ngón không tổn thương.

- Hướng dẫn vận động, tập phục hồi chức năng sớm.

- Kháng sinh đường tiêm 3-5 ngày.

2. Xử trí tai biến

- Chảy máu mỗm cụt: Băng ép nhẹ nhàng, không hết có thể khâu tăng cường vị trí mỗm cụt.

- Nhiễm trùng: Thay băng hàng ngày, cắt chỉ khi tụ dịch, nguy cơ nhiễm trùng sâu, lấy dịch cấy vi khuẩn làm kháng sinh đồ, thay kháng sinh khi có kháng sinh đồ.

- Hoại tử mỗm cụt: Lộ xương cần cắt cao hơn hoặc chuyển vạt che xương

III. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong phẫu thuật

Chảy máu: Cầm máu kỹ.

2. Sau phẫu thuật

- Chảy máu: Cầm máu.

- Nhiễm khuẩn: Điều trị kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ

PHẪU THUẬT TỔN THƯƠNG GÂN DUỖI DÀI NGÓN MỘT

I. ĐẠI CƯƠNG

- Tổn thương gân cơ duỗi dài ngón một chủ yếu gặp trong các vết thương vùng bàn chân, cổ chân và phần dưới cẳng chân.

- Là một trong các cơ quan trọng giúp ngón 1 gấp về phía mu chân nên phẫu thuật cần khâu nối phục hồi gân theo đúng giải phẫu, vững chắc đảm bảo phục hồi chức năng tốt nhất cho người bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH

- Vết thương vùng bàn chân giữa, cổ chân và 1/3 dưới cẳng chân.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tình trạng toàn thân của người bệnh nặng không cho phép phẫu thuật.

- Vùng chi dưới dập nát không có khả năng bảo tồn hoặc cấp máu kém.

- Cứng khớp hoặc dập nát không có khả năng bảo tồn ngón I bàn chân.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

- Phẫu thuật viện chuyên khoa chấn thương chỉnh hình.
- 2 PTV phụ mổ.
- Bác sỹ gây mê hồi sức
- KTV gây mê
- Tiếp liệu

2. Người bệnh:

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

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

3. Phương tiện, trang thiết bị:

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

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 40phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: Người bệnh nằm ngửa.

2. Vô cảm:

- Người bệnh được dùng kháng sinh dự phòng.
- Vô cảm người bệnh bằng gây tê tủy sống hoặc gây mê.

3. Kỹ thuật:

Bước 1: Sát khuẩn vùng mổ bằng dung dịch Betadine hoặc cồn 70 độ.

Bước 2: Dùng garo hơi trong mổ với áp lực 350-400 mmHg hoặc garo chun.

Bước 3: Đánh rửa, cắt lọc, làm sạch vết thương.

Bước 4: Rạch da theo đường đi của gân tùy theo vị trí đứt (nên đốt 2 ngón 1 qua mắt trước mu chân và khớp cổ chân đến sát phía ngoài mào chày ở 1/3 dưới cẳng chân).

Bước 5: Tiến hành khâu nối gân kiểu tận tận (Kessler, Kessler cải tiến hoặc Kessler –Tajima) bằng chỉ nylon đơn sợi 2/0 hoặc 3/0.

Bước 6: Cầm máu, làm sạch vết mổ và đặt dẫn lưu nếu cần.

Bước 7: Đóng da hai lớp (dưới da và khâu da).

Bước 8: Nẹp bột cẳng bàn chân tư thế cơ năng.

VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỔ

1. Theo dõi

- Theo dõi tình trạng chi thể: Màu sắc da, vận động, cảm giác đầu chi, mạch đầu chi.
- Hướng dẫn tập phục hồi chức năng sau mổ.
- Kháng sinh đường tiêm dùng 5-7 ngày sau mổ.
- Giảm đau sau mổ đường tiêm hoặc uống.

2. Tai biến và xử trí

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

PHẪU THUẬT TỒN THƯƠNG GÂN GẤP DÀI NGÓN I

I. ĐẠI CƯƠNG

- Tồn thương gân gấp dài ngón I chủ yếu gặp trong các vết thương vùng gan chân, cổ chân đoạn ống gót và mặt sau cẳng chân.
- Là một trong các cơ quan trọng giúp ngón I gấp về phía gan chân nên cần khâu nối gân theo đúng giải phẫu, vững chắc đảm bảo phục hồi chức năng tốt nhất cho người bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH

- Vết thương có tổn thương gân vùng gan chân, cổ chân đoạn ống gót và mặt sau cẳng chân.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tình trạng toàn thân của người bệnh nặng không cho phép phẫu thuật.
- Vùng chi dưới dập nát không có khả năng bảo tồn hoặc cấp máu kém.
- Cứng khớp hoặc dập nát không có khả năng bảo tồn ngón I bàn chân.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

- Phẫu thuật viên chuyên khoa chấn thương chỉnh hình.
- 2 PTV phụ mổ.
- Bác sỹ gây mê hồi sức
- KTV gây mê
- Tiếp liệu

2. Người bệnh:

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

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

3. Phương tiện, trang thiết bị:

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

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 40phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: Người bệnh nằm ngửa.

2. Vô cảm:

- Người bệnh được dùng kháng sinh dự phòng.
- Vô cảm người bệnh bằng gây tê tủy sống hoặc gây mê.

3. Kỹ thuật:

Bước 1: Sát khuẩn vùng mổ bằng dung dịch Betadine hoặc cồn 70 độ.

Bước 2: Dùng garo hơi trong mổ với áp lực 350-400 mmHg hoặc garo chun.

Bước 3: Đánh rửa, cắt lọc, làm sạch vết thương.

Bước 4: Rạch da theo đường đi của gân tùy theo vị trí đứt (nền đốt 2 ngón I mặt gan chân, dọc mặt gan chân đốt bàn ngón I đi vào ống gót vùng mặt trong khớp cổ chân đến sát phía sau mắt cá trong và mặt sau cẳng chân).

Bước 5: Tiến hành khâu nối gân kiểu tận tận (Kessler, Kessler cải tiến hoặc Kessler – Tajima) bằng chỉ nylon đơn sợi 2/0 hoặc 3/0.

Bước 6: Cầm máu, làm sạch vết mổ và đặt dẫn lưu nếu cần. Bước 7: Đóng da hai lớp (dưới da và khâu da).

Bước 8: Nẹp bột cẳng bàn chân tư thế cơ năng.

VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỔ

1. Theo dõi

- Theo dõi tình trạng chi thể: Màu sắc da, vận động, cảm giác đầu chi, mạch đầu chi.
- Hướng dẫn tập phục hồi chức năng sau mổ.
- Kháng sinh đường tiêm dùng 5-7 ngày sau mổ.
- Giảm đau sau mổ đường tiêm hoặc uống.

2. Tai biến và xử trí

- Chảy máu vết mổ: Băng chun ép cầm máu, có thể phải mở vết mổ cầm máu

nếu cần.

- Nhiễm trùng vết mổ: Tách chỉ vết mổ, thay băng làm sạch vết mổ hàng ngày, dùng thuốc theo kháng sinh đồ.

RÚT ĐINH/THÁO PHƯƠNG TIỆN KẾT HỢP XƯƠNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Tháo phương tiện kết hợp xương là tháo ra các phương tiện cố định diện gãy xương khi tình trạng xương đã liền, hay do tình trạng nhiễm trùng sau phẫu thuật phải lấy bỏ.

II. CHỈ ĐỊNH

- Các phương tiện kết hợp xương tạm thời (như K- wires hay phương tiện cố định

- Các trường hợp phương tiện kết hợp xương có nguy cơ của sự ăn mòn, phản ứng dị ứng, tiêu xương.

- Các tiêu chuẩn xuất phát từ phẫu thuật: gãy phương tiện kết hợp xương, nhiễm khuẩn, hoại tử vô khuẩn, tổn thương nội khớp, viêm gân hay đứt gân.

- Theo nhu cầu của người bệnh không hài lòng khi có di vật trong người

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh không có nhu cầu phẫu thuật

- Xương chưa liền, cal xương chưa vững chắc

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

- Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình, người phụ

- 2 PTV phụ mổ.

- 1 Bác sỹ Gây mê hồi sức

- 1 CN Gây mê hồi sức

- 1 tiếp liệu

2. Người bệnh:

- Được giải thích về tình trạng bệnh tật, lợi ích, rủi ro và các biến chứng có thể xảy ra

- Hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính và xét nghiệm

3. Phương tiện: Bộ dụng cụ kết hợp xương thông thường

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 40phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm:

- Gây tê đám rối cánh tay hoặc tủy sống
- Gây mê nội khí quản

2. Kỹ thuật:

Bước 1: Sát trùng toàn bộ chi bằng Bêtadin hoặc cồn 70°

Bước 2: Ga rô cầm máu đối với những vị trí có thể được

Bước 3: Rửa da theo đường mổ cũ

Bước 4: Bộc lộ và tháo phương tiện kết hợp xương
Bước 5: Đục bỏ xương chồi

Bước 6: Dẫn lưu

V. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi

- Theo dõi mạch, huyết áp, nhiệt độ, dẫn lưu, vận động cảm giác chi thể... để phát hiện các biến chứng sau mổ

- Hướng dẫn tập phục hồi chức năng sau mổ

2. Tai biến và xử trí

- Chảy máu: Băng ép cầm máu nếu không được thì mổ lại cầm máu
- Nhiễm trùng: Thay kháng sinh, điều trị theo kháng sinh đồ, bù nước và điện giải cho người bệnh
- Xương gãy lại: Mổ kết hợp xương

KỸ THUẬT THÁO KHỚP NGÓN CHÂN TRÊN NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Đái tháo đường (ĐTĐ) là bệnh nội tiết – chuyển hóa hay gặp nhất và là bệnh có tỷ lệ phát triển nhanh.

Loét bàn chân là biến chứng thường gặp (5-10%) và xuất hiện sớm ở bệnh nhân ĐTĐ. Đó là hậu quả của bệnh lý thần kinh ngoại biên- do giảm nhận cảm và rối loạn thần kinh tự động và thiếu máu – do xơ vữa của các mạch máu của chân.

Quá trình viêm loét bàn chân được phân chia thành 6 độ (theo Wagner 1987):

Độ 0: không có tổn thương hở nhưng có thể có biến dạng xương hoặc dày sừng bàn chân.

Độ 1: loét nông, không thâm nhiễm các mô sâu. - Độ 2: loét sâu, lan đến gân, xương hoặc khớp.

Độ 3: viêm gân, xương, áp xe hoặc viêm mô tế bào sâu.

Độ 4 : hoại tử một ngón hoặc phần trước bàn chân, thường phối hợp nhiễm khuẩn bàn chân.

Độ 5: hoại tử rộng bàn chân, phối hợp với tổn thương hoại tử và nhiễm khuẩn mô mềm

Viêm hoại tử các ngón chân thường xuất hiện sớm và điều trị thường phải phẫu thuật tháo ngón chân. Nếu không được xử trí sớm và triệt để sẽ dẫn đến tình trạng nhiễm trùng lan rộng ra toàn bộ bàn chân hay nhiễm trùng huyết, nhiễm độc toàn thân, phải cắt cụt bàn chân, cẳng chân...

II. CHỈ ĐỊNH

Loét bàn chân ở độ 2, 3 hoặc 4 : viêm gân, xương, áp xe, viêm mô tế bào sâu hoặc hoại tử. Phạm vi tổn thương viêm và hoại tử khu trú ở các đốt xa của ngón chân: đốt 2 của ngón I, đốt II, III của các ngón khác.

Trên phim XQ bàn chân có thể thấy trên các xương ngón chân tình trạng tổn thương màng xương, viêm hoại tử mất đoạn xương, hoại tử khớp ngón hoặc có các đoạn xương chết.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Các bệnh rối loạn đông máu.

Các bệnh lý về tim mạch không đảm bảo cho thủ thuật.

IV. CHUẨN BỊ NGƯỜI BỆNH

1. Người thực hiện

- 1 bác sỹ phẫu thuật.
- 1 bác sỹ phụ.
- 1 điều dưỡng dụng cụ.
- 1 Bác sỹ Gây mê hồi sức
- 1 CN gây mê
- 1 tiếp liệu

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ tiểu phẫu.
- Dao điện
- Dây ga rô cao su.
- Bơm tiêm vô khuẩn 5 ml hoặc 10 ml.
- Thuốc gây tê: Lidocain 1% 5- 20 ml, chỉ khâu phẫu thuật.

- Bộ hộp thuốc chống sốc phản vệ.

3. Người bệnh

- Khám và giải thích về bệnh tình cho người bệnh và người nhà người bệnh.
- Làm các xét nghiệm cơ bản.
- Kháng sinh phổ rộng phối hợp.
- Người bệnh phải được kiểm soát tốt đường huyết ($< 10 \text{ mmol/l}$) bằng Insulin.
- Nước tiểu không có ceton .

4. Hồ sơ bệnh án

Theo mẫu của Bộ Y tế.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế người bệnh

Người bệnh nằm ngửa, cẳng chân bên bệnh được cố định chắc vào bàn mổ, để bàn chân ra ngoài bàn mổ.

2. Vị trí phẫu thuật viên và phụ

Phẫu thuật viên đứng đối diện với chân bệnh, người phụ đứng đối diện chân còn lại.

3. Thực hiện kỹ thuật

- Sát trùng bàn chân bằng Betadin, sau đó bằng cồn 70 độ.
- Ga rô động mạch sát phía trên cổ chân.
- Vô cảm bằng tiêm dưới da gốc ngón chân bằng Lidocain 1% 3-5 ml.
- Vẽ vạt da cần rạch trước khi mổ, có 2 vạt da ở trên và dưới: vạt ở phần gan chân dài bằng chu vi ngón chân vị trí cần cắt, vạt ở phần mu dài bằng $\frac{1}{2}$ vạt gan chân.
- Dùng dao mổ rạch da theo đường vẽ, qua da và tổ chức dưới da. Bộc lộ khớp cần tháo, cắt các phần mềm có liên quan như gân, dây... Kiểm tra máu chảy và tiến hành cầm máu, kiểm tra tình trạng nuôi dưỡng của vạt da.
- Rửa sạch vùng mổ bằng nước ô xy già, betadin pha loãng và nước muối sinh lý. Nới lỏng garô để kiểm tra cầm máu.
- Khâu tạo hình mồm cụt hai lớp bằng chỉ không tiêu.
- Băng ép mồm cụt.

VI. CÁC TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Choáng, shock

Có thể xuất hiện ngay khi tiêm thuốc gây tê. Nguyên nhân có thể do phản ứng với Lidocain hay người bệnh hoảng sợ và lo lắng quá mức.

Xử trí: theo phác đồ chống shock, động viên, giải thích cho người bệnh.

2. Chảy máu mồm cụt

Băng ép mồm cụt bằng băng thun, nếu không được thì mở mồm cụt cầm lại máu và băng ép bằng băng thun.

VII. ĐIỀU TRỊ VÀ THEO DÕI SAU PHẪU THUẬT

- Kháng sinh toàn thân theo kháng sinh đồ và ít nhất 2 dòng, chống viêm, giảm đau.
- Thay băng mồm cụt cách ngày.
- Kiểm soát tốt đường máu bằng insulin.
- Điều trị tích cực các bệnh kèm theo.
- Nâng cao thể trạng: truyền máu, đạm và các chất dinh dưỡng khác.