

MỤC LỤC

PHẪU THUẬT KHX GÃY XƯƠNG BẢ VAI	3
PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG TRẬT KHỚP ỨC ĐÒN	4
PHẪU THUẬT KHX KHỚP GIẢ XƯƠNG CÁNH TAY	5
PHẪU THUẬT KHX GÃY THÂN XƯƠNG CÁNH TAY PHỨC TẠP	6
PHẪU THUẬT KHX GÃY TRÊN LÒI CẦU XƯƠNG CÁNH TAY	8
PHẪU THUẬT KHX GÃY LIÊN LÒI CẦU XƯƠNG CÁNH TAY	10
PHẪU THUẬT KHX GÃY MỖM KHUYU.....	12
PHẪU THUẬT KHX GÃY MỖM KHUYU PHỨC TẠP	14
PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG GÃY HỖ ĐỘ III TRÊN VÀ LIÊN LÒI CẦU XƯƠNG ĐÙI.....	16
PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG GÃY HỖ ĐỘ I THÂN HAI XƯƠNG CẰNG TAY...	18
PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG GÃY HỖ ĐỘ II THÂN HAI XƯƠNG CẰNG TAY..	19
PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG GÃY HỖ ĐỘ III THÂN HAI XƯƠNG CẰNG TAY	21
PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG GÃY HỖ ĐỘ I THÂN XƯƠNG CÁNH TAY	22
PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG GÃY HỖ ĐỘ II THÂN XƯƠNG CÁNH TAY.....	24
PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG GÃY HỖ ĐỘ III THÂN XƯƠNG CÁNH TAY	25
PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG GÃY HỖ LIÊN LÒI CẦU XƯƠNG CÁNH TAY	27
PHẪU THUẬT KHX GÃY ĐÀI QUAY.....	29
PHẪU THUẬT KHX GÃY ĐÀI QUAY PHỨC TẠP	30
PHẪU THUẬT TẠO HÌNH CỨNG KHỚP CỔ TAY SAU CHẤN THƯƠNG	32
PHẪU THUẬT KHX GÃY ĐÀU DƯỚI XƯƠNG QUAY	34
PHẪU THUẬT KHX GÃY TRẬT KHỚP CỔ TAY	36
PHẪU THUẬT KHX GÃY CHÓM ĐÓT BÀN VÀ NGÓN TAY	37
PHẪU THUẬT KHX GÃY THÂN ĐÓT BÀN VÀ NGÓN TAY	39
PHẪU THUẬT KHX GÃY LÒI CẦU XƯƠNG BÀN VÀ NGÓN TAY	41
PHẪU THUẬT TỒN THƯƠNG DÂY CHẰNG CỦA ĐÓT BÀN VÀ NGÓN TAY	43
PHẪU THUẬT KHX GÃY TRÊN LÒI CẦU XƯƠNG ĐÙI	45
PHẪU THUẬT KHX GÃY LÒI CẦU NGOÀI XƯƠNG ĐÙI	47
PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG GÃY LÒI CẦU TRONG XƯƠNG ĐÙI.....	48
PHẪU THUẬT KHX KHỚP GIẢ XƯƠNG ĐÒN.....	50
PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG ĐIỀU TRỊ GÃY THÂN XƯƠNG ĐÙI PHỨC TẠP..	51
CÓ ĐỊNH NGOẠI VI TRONG ĐIỀU TRỊ GÃY HỖ CHI TRÊN	53
PHẪU THUẬT THƯƠNG TÍCH PHẦN MỀM CÁC CƠ QUAN VẬN ĐỘNG.....	55
PHẪU THUẬT DẬP NÁT PHẦN MỀM CÁC CƠ QUAN VẬN ĐỘNG	56

PHẪU THUẬT VẾT THƯƠNG BÀN TAY	57
PHẪU THUẬT VẾT THƯƠNG BÀN TAY TỔN THƯƠNG GÂN DUỖI.....	59
PHẪU THUẬT VẾT THƯƠNG BÀN TAY TỔN THƯƠNG GÂN GẤP	60
PHẪU THUẬT KHX GÃY XƯƠNG ĐỐT BÀN NGÓN TAY	62
PHẪU THUẬT GÃY XƯƠNG BÀN NGÓN TAY	63
PHẪU THUẬT KHX GÃY ĐẦU DƯỚI XƯƠNG QUAY	64
PHẪU THUẬT KHX GÃY NỘI KHỚP ĐẦU DƯỚI XƯƠNG QUAY	66
PHẪU THUẬT CHỈNH TRỤC CAL LỆCH ĐẦU DƯỚI XƯƠNG QUAY	67
KHÂU TỔN THƯƠNG GÂN GẤP BÀN TAY VÙNG I, II, III, IV	68
KHÂU TỔN THƯƠNG GÂN GẤP BÀN TAY VÙNG II	69
TÁI TẠO PHỤC HỒI TỔN THƯƠNG GÂN GẤP 2 THÌ.....	70
PHẪU THUẬT NHIỄM TRÙNG BÀN TAY	72
PHẪU THUẬT LÀM MỎM CỤT NGÓN VÀ ĐỐT BÀN NGÓN.....	73
PHẪU THUẬT KHX GÃY XƯƠNG SÊN VÀ TRẬT KHỚP.....	75
PHẪU THUẬT KHX GÃY XƯƠNG GÓT	77
PHẪU THUẬT KHX CHẤN THƯƠNG LISFRANC VÀ BÀN CHÂN GIỮA.....	78
PHẪU THUẬT KHX GÃY XƯƠNG ĐỐT BÀN VÀ ĐỐT NGÓN CHÂN.....	80
PHẪU THUẬT KHX TRẬT KHỚP DƯỚI SÊN.....	81
PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG GÃY TRẬT KHỚP CỘ CHÂN Ở TRẺ EM.....	82
CỤT CHẤN THƯƠNG CỘ VÀ BÀN CHÂN.....	84
PHẪU THUẬT TỔN THƯƠNG GÂN CHÀY TRƯỚC	86
PHẪU THUẬT TỔN THƯƠNG GÂN DUỖI DÀI NGÓN MỘT.....	87
PHẪU THUẬT TỔN THƯƠNG GÂN CƠ MÁC BÊN	89
PHẪU THUẬT TỔN THƯƠNG GÂN CƠ CHÀY SAU	91
PHẪU THUẬT TỔN THƯƠNG GÂN GẤP DÀI NGÓN I.....	93
PHẪU THUẬT LẤY XƯƠNG CHẾT NẠO VIÊM.....	94
RÚT ĐINH/THÁO PHƯƠNG TIỆN KẾT HỢP XƯƠNG	96
PHẪU THUẬT KHX KHỚP GIẢ XƯƠNG ĐÒN.....	97
PHẪU THUẬT THƯƠNG TÍCH PHẦN MỀM CÁC CƠ QUAN VẬN ĐỘNG.....	99

PHẪU THUẬT KHẸP GỠ XƯƠNG Bả VAI

I. ĐẠI CƯƠNG

Xương bả vai được giữ cố định che phủ khá chắc chắn bởi gân, dây chằng và cơ nơi vị trí khá đặc biệt ở lồng ngực nên hiếm khi bị gãy do chấn thương.

Khi bị chấn thương gãy xương bả vai thì lực chấn thương phải đủ mạnh nên thường có tổn thương lồng ngực kèm theo. Triệu chứng của gãy xương bả vai cũng giống như các gãy xương khác. Tuy nhiên vì các tổn thương phối hợp khác có đe dọa sinh tồn và vì các dấu hiệu gãy xương bả vai có khi xuất hiện muộn sau vài ngày nên gãy xương bả vai hay bị bỏ quên và chẩn đoán muộn.

II. CHỈ ĐỊNH

- Gãy di lệch của bờ hoặc đáy ổ chảo
- Gãy di lệch của cổ ổ chảo
- Biến dạng phức hợp treo phía trên khớp vai

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Chống chỉ định trong ngoại khoa nói chung

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

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

2. Người bệnh và gia đình

Được giải thích đầy đủ về cuộc phẫu thuật, các tai biến có thể gặp trong và sau cuộc phẫu thuật (nhiễm trùng, tử vong ...). Nhịn ăn trước 6 giờ.

3. Phương tiện

Bộ dụng cụ kết hợp xương chung.

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế người bệnh: nằm nghiêng 90 độ hoặc sấp 45 độ.

2. Vô cảm:

Gây mê nội khí quản

3. Kỹ thuật:

- Đường mổ phía sau: Dọc theo gai vai, kéo cơ delta xuống dưới ra ngoài, bóc tách giữ cơ trên gai và tròn bé.

- Phương tiện kết hợp xương: Vis xóp rời, nẹp vis uốn, nẹp đặc chủng.

- Dẫn lưu.

- Khâu da che phủ.

VI. THEO DÕI XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu, tụ máu: Mở vết mổ cầm máu, lấy máu tụ, băng ép.
- Nhiễm trùng: Tách vết mổ, làm sạch, để hở.
- Đau sau mổ: Chống phù nề, giảm đau.

PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG TRẬT KHỚP ỨC ĐÒN

I. ĐẠI CƯƠNG

Trật khớp ỨC ĐÒN hay gãy sau một chấn thương gián tiếp vào cung trước vai với cánh tay dạng. Thường gãy là xương đòn di lệch ra trước, thỉnh thoảng cũng có trường hợp di lệch ra sau. Cũng có thể gãy bẩm sinh hoặc sau thoái hóa khớp hoặc viêm khớp.

II. CHỈ ĐỊNH

Khi nắn bó đai số 8 không có kết quả

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Chống chỉ định trong ngoại khoa nói chung

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

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

2. Người bệnh và gia đình

Được giải thích đầy đủ về cuộc phẫu thuật, các tai biến có thể gặp trong và sau cuộc phẫu thuật (nhiễm trùng, tử vong ...). Nhịn ăn trước 6 giờ.

3. Phương tiện

Bộ dụng cụ kết hợp xương chung.

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế người bệnh: Nằm ngửa, có đệm ở dưới lưng.

2. Vô cảm:

Gây mê nội khí quản

3. Kỹ thuật:

- Đường mổ: Đi ngang ngay mặt trước khớp ỨC ĐÒN
- Phương tiện kết hợp xương: Kim Kirschner hoặc vis xóp rời.

VI. THEO DÕI XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu, tụ máu: Mở vết mổ cầm máu, lấy máu tụ, băng ép.
- Nhiễm trùng: Tách vết mổ, làm sạch, để hở.
- Đau sau mổ: Chống phù nề, giảm đau.
- Một số tai biến: Xuyên kim vào tim, phổi, động mạch phổi, động tĩnh mạch chủ.

PHẪU THUẬT KHẸP KHỚP GIẢ XƯƠNG CÁNH TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

Khớp giả xương cánh tay là tình trạng không liền xương cánh tay sau gãy xương 6 tháng. Xương cánh tay là một trong những xương rất hay gặp khớp giả.

II. CHỈ ĐỊNH

- Không liền xương sau mổ hoặc bó bột ít nhất là 6 tháng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Chống chỉ định trong ngoại khoa nói chung

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

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

2. Người bệnh và gia đình

Được giải thích đầy đủ về cuộc phẫu thuật, các tai biến có thể gặp trong và sau cuộc phẫu thuật (nguy cơ liệt thần kinh quay, nhiễm trùng, tử vong ...). Nhịn ăn trước 6 giờ.

3. Phương tiện

Bộ dụng cụ kết hợp xương chi trên.

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế người bệnh:

Nằm ngửa, có thể kê vai

2. Vô cảm:

Gây tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc gây mê.

3. Kỹ thuật

- Đường mổ bên: Là đường nối mỏm cùng vai và lồi cầu ngoài, tách vào vách gian cơ giữa cơ khu trước và khu sau (chú ý bộc lộ tránh thần kinh quay)
- Phương tiện kết hợp xương: Nẹp vis, đinh nội tủy có chốt.
- Ghép xương chấu
- Dẫn lưu.
- Khâu da che phủ.
- Đặt nẹp bột cánh cẳng bàn tay sau mổ 1 tháng.

VI. THEO DÕI XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu, tụ máu: Mờ vết mổ cầm máu, lấy máu tụ, băng ép.
- Nhiễm trùng: Tách vết mổ, làm sạch, để hở.
- Đau sau mổ: Chống phù nề, giảm đau.
- Liệt thần kinh quay sau mổ: Phục hồi chức năng sớm để tránh co rút, theo dõi ít nhất sau 6 tháng.

PHẪU THUẬT KHX GÃY THÂN XƯƠNG CÁNH TAY PHỨC TẠP

I. ĐẠI CƯƠNG

Gãy thân xương cánh tay được tính từ cổ phẫu thuật xương cánh tay đến vùng trên lồi cầu xương cánh tay. Gãy thân xương cánh tay phức tạp là gãy chéo, xoắn, có mảnh rời

Phẫu thuật KHX thân xương cánh tay bằng nẹp vít hoặc đinh nội tủy, đinh nội tủy có chốt dưới màn tăng sáng.

Biên chứng hàng đầu có thể gặp: Liệt thần kinh quay, khớp giả

II. CHỈ ĐỊNH

Gãy thân xương cánh tay phức tạp có hoặc không kèm theo các biến chứng khác

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 cánh tay
- Bộ nẹp vít xương cánh tay
- Bộ đinh nội tủy xương cánh tay

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: 120 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế người bệnh: Nằm ngửa, tay đặt ngang ra bàn mổ

2. Vô cảm:

Gây tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc gây mê

3. Kỹ thuật:

- Đường mổ: Rạch da khoảng 10 - 20 cm (theo thương tổn phức tạp của xương) đường trước ngoài hoặc đường bên
- Phẫu tích tách qua vách gian cơ ngoài
- Bộc lộ và tách thần kinh quay. Thần kinh quay đi từ sau ra trước, từ trong ra ngoài đi xuyên qua vách gian cơ, theo rãnh thần kinh quay.
- Bộc lộ ổ gãy, làm sạch diện gãy
- Đặt lại xương, đặt nẹp vít và bắt vít (ít nhất trên và dưới ổ gãy 3 vít)
- Đối với đóng đinh nội tủy:
 - + Rạch da 2 - 3cm ngang máu động lớn và dùi ống tủy
 - + Rạch da 2 - 5cm trên mỏm khuỷu, dùi ống tủy trên hố khuỷu
- Kiểm tra ổ gãy, cầm máu, bơm rửa kỹ
- Đặt dẫn lưu nếu cần thiết, rút sau 24 - 48h
- Khâu phục hồi các lớp theo giải phẫu
- Băng vô khuẩn
- Túi treo tay hoặc nẹp bột cánh cẳng bàn tay khuỷu 90° trong 2 - 3 tuần

Chú ý:

- Phẫu tích thần kinh quay cần thận tránh liệt sau mổ, lưu ý động mạch cánh tay sâu đi kèm
- Nếu kiểm tra thấy đứt thần kinh quay do gãy xương, tiến hành KHX cánh tay rồi khâu phục hồi thần kinh

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Tụ máu, phù nề sau mổ
- Nhiễm trùng sau mổ
- Liệt thần kinh quay sau mổ: Do chấn thương cơ kéo trong mổ, garo kéo dài (liệt 3 dây)
- Sau khâu phục hồi thần kinh quay cần lý liệu pháp sớm tránh teo cơ, theo dõi ít nhất 6 tháng.

PHẪU THUẬT KHX GÃY TRÊN LÒI CẦU XƯƠNG CÁNH TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

Gãy trên lồi cầu xương cánh tay là loại gãy phổ biến ở trẻ em. Đường gãy ngoài khớp, chỗ thành xương yếu. Thường gặp là cơ chế gãy duỗi, do ngã chống tay, chủ yếu gặp ở trẻ em. Ít gặp cơ chế gãy gấp, do ngã ngửa ra sau, chống khuỷu, gặp ở người lớn.

Gãy trên lồi cầu trẻ em thường điều trị nắn bó bột bảo tồn.

Phẫu thuật KHX trên lồi cầu bằng kim Kirschner/Kwire hoặc nẹp vít

Biến chứng hàng đầu có thể gặp: Tổn thương thần kinh, mạch máu, hạn chế vận động khuỷu

II. CHỈ ĐỊNH

- Điều trị bảo tồn thất bại
- Gãy di lệch, gãy phức tạp: Tổn thương mạch máu, thần kinh
- Gãy trên lồi cầu người lớn

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 cánh tay
- Bộ nẹp vít xương cánh tay
- 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 dạng vuông góc với thân mình và được đặt trên một bàn mổ riêng.

2. Vô cảm:

Gây tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc gây mê

3. Kỹ thuật:

- Đường mổ: Rạch da khoảng 5 - 10 cm (theo thương tổn phức tạp của xương) đường ngoài
- Phẫu tích tách qua vách gian cơ ngoài
- Bộc lộ ổ gãy trên lồi cầu
- Làm sạch diện gãy
- Đặt lại xương, kết hợp xương bằng kim Kirschner/Kwire chéo ổ gãy hoặc đặt nẹp vít và bắt vít
- Kiểm tra ổ gãy, cầm máu, bơm rửa kỹ
- Đặt dẫn lưu nếu cần thiết, rút sau 24 - 48h
- Khâu phục hồi các lớp theo giải phẫu
- Băng vô khuẩn
- Túi treo tay hoặc nẹp bột cánh cẳng bàn tay khuỷu 90° trong 2 tuần

Chú ý:

- Phẫu tích kiểm tra và XỬ TRÍ tổn thương mạch máu, thần kinh có thể kết hợp đường mổ trong

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Tụ máu, phù nề sau mổ
- Nhiễm trùng sau mổ
- Liệt thần kinh sau mổ: Do chấn thương cơ kéo trong mổ, garo kéo dài (liệt 3 dây)
- Phục hồi chức năng sau mổ
- Hội chứng Volkmann (sau tổn thương mạch máu, thần kinh): Phục hồi chức năng, bột chỉnh duỗi dần, hoặc phẫu thuật kéo dài gân...

PHẪU THUẬT KHX GÃY LIÊN LÒI CẦU XƯƠNG CÁNH TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

Gãy liên lồi cầu xương cánh tay là loại gãy nội khớp di lệch nhiều (lồi cầu và ròng rọc) phổ biến ở người lớn. Gãy kiểu chữ T hoặc chữ V Gãy liên lồi cầu thường phải xử trí phẫu thuật

Phẫu thuật KHX liên lồi cầu bằng kim Kirschner/Kwire hoặc nẹp vít

Biên chứng hàng đầu có thể gặp: Tổn thương thần kinh, mạch máu, hạn chế vận động khuỷu

II. CHỈ ĐỊNH

- Gãy liên lồi cầu người lớn
- 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 cánh tay
- Bộ nẹp vít xương cánh tay
- 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, cánh tay đưa ra trước 90 độ, khuỷu gấp 90 độ, đặt trên thân mình, ôm qua ngực.
- + Nằm nghiêng về bên lành, tay vuông góc thân mình trên 1 giá đỡ riêng.

2. Vô cảm:

Gây tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc gây mê

3. Kỹ thuật:

- Đường mổ: Rạch da khoảng 10 - 20 cm (theo thương tổn phức tạp của xương) đường sau cánh tay và qua mỏm khuỷu.
- Phẫu tích bộc lộ thần kinh trụ, giữ bằng lam mềm
- Cắt mỏm khuỷu hoặc cắt gân cơ tam đầu
- Bộc lộ đầu dưới xương cánh tay
- Làm sạch diện gãy và khớp khuỷu
- Đặt lại xương, kết hợp xương bằng kim Kirschner/Kwire chéo ổ gãy hoặc đặt nẹp vít và bắt vít (theo thứ tự ổ gãy liên lồi cầu - ổ gãy trên lồi cầu)
- KHX theo nguyên tắc 2 cột trụ trong và ngoài
- Kiểm tra ổ gãy, cầm máu, bơm rửa kỹ
- Đặt dẫn lưu nếu cần thiết, rút sau 24 - 48h
- Khâu phục hồi các lớp theo giải phẫu
- Néo ép lại mỏm khuỷu hoặc khâu lại gân cơ tam đầu

- Băng vô khuẩn
- Túi treo tay hoặc nẹp bột cánh cẳng bàn tay khuỷu 90° sau mổ.

Chú ý:

- Phẫu tích bộc lộ thần kinh trụ tránh tổn thương thứ phát
- Kết hợp xương vững chắc liên lồi cầu - liên lồi cầu (2 cột trụ trong ngoài)

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Tụ máu, phù nề sau mổ
- Nhiễm trùng sau mổ
- Liệt thần kinh sau mổ: do chấn thương cơ kéo trong mổ, garo kéo dài (liệt 3 dây)
- Phục hồi chức năng sau mổ

PHẪU THUẬT KHẸP GỠ MỠM KHUỶU

I. ĐẠI CƯƠNG

Gãy mòm khuỷu là loại gãy nội khớp, thường do chấn thương trực tiếp. Mòm khuỷu là nơi bám tận của gân cơ tam đầu cánh tay, sau chấn thương do lực cơ kéo nên thường gãy di lệch nhiều.

Gãy mòm khuỷu thường phải xử trí phẫu thuật; Phẫu thuật KHẸP MỠM KHUỶU néo ép bằng kim Kirschner/Kwire và chỉ thép hoặc nẹp vít.

Biến chứng hàng đầu có thể gặp: Hạn chế vận động khuỷu.

II. CHỈ ĐỊNH

- Gãy mòm khuỷu di lệch, hoặc có trật khớp khuỷu
- Điều trị bảo tồn thất bại
- Nhu cầu vận động sớm

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 cẳng tay
- Bộ nẹp vít xương cẳng tay
- Bộ kim Kirschner/Kwire và chỉ thép

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 vuông góc với thân mình, ôm qua ngực

2. Vô cảm

Gây tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc gây mê

3. Kỹ thuật

- Đường mổ: Rạch da khoảng 10 - 20 cm (theo thương tổn phức tạp của xương) đường sau xương trụ và qua mỏm khuỷu
- Bộc lộ đầu trên xương trụ và ổ gãy mỏm khuỷu
- Làm sạch diện gãy và khớp khuỷu
- Đặt lại xương, kết hợp xương néo ép bằng kim Kirschner/Kwire và chỉ thép hoặc đặt nẹp vít ôm mỏm khuỷu và bắt vít
- Kiểm tra ổ gãy, cầm máu, bơm rửa kỹ
- Đặt dẫn lưu nếu cần thiết, rút sau 24 - 48h
- Khâu phục hồi các lớp theo giải phẫu
- Băng vô khuẩn
- Túi treo tay hoặc nẹp bột cánh cẳng bàn tay khuỷu 90° trong 1 tuần

Chú ý:

- Phẫu tích tránh tổn thương thần kinh trụ
- Làm sạch khớp khuỷu, tránh xơ dính sau mổ

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Tụ máu, phù nề sau mổ

- Nhiễm trùng sau mổ
- Liệt thần kinh sau mổ: do chấn thương cơ kéo trong mổ, garo kéo dài (liệt 3 dây)
- Phục hồi chức năng sau mổ

PHẪU THUẬT KHX GỠY MỠM KHUYỠ PHỨC TẠP

I. ĐẠI CƯƠNG

Gãy mỗm khuỷu là loại gãy nội khớp, thường do chấn thương trực tiếp. Mỗm khuỷu là nơi bám tận của gân cơ tam đầu cánh tay, sau chấn thương do lực cơ kéo nên thường gãy di lệch nhiều. Gãy mỗm khuỷu phức tạp do cơ chế trực tiếp và gián tiếp, lực cơ cơ mạnh gây di lệch nhiều, trật khớp.

Gãy mỗm khuỷu phức tạp thường phải xử trí phẫu thuật. Phẫu thuật KHX mỗm khuỷu néo ép bằng kim Kirschner/Kwire và chỉ thép hoặc nẹp vít.

Biến chứng hàng đầu có thể gặp: hạn chế vận động khuỷu.

II. CHỈ ĐỊNH

- Gãy mỗm khuỷu phức tạp, di lệch, hoặc có trật khớp khuỷu, khớp quay trụ trên
- 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 cẳng tay
- Bộ nẹp vít xương cẳng tay
- Bộ kim Kirschner/Kwire và chỉ thép

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 vuông góc với thân mình, ôm qua ngực

2. Vô cảm:

Gây tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc gây mê

3. Kỹ thuật:

- Đường mổ: Rạch da khoảng 10 - 20 cm (theo thương tổn phức tạp của xương) đường sau xương trụ và qua mỏm khuỷu.
- Bộc lộ rộng rãi đầu trên xương trụ và ổ gãy mỏm khuỷu, khớp quay trụ trên
- Làm sạch diện gãy và khớp khuỷu
- Đặt lại xương, đặt lại khớp khuỷu, khớp quay trụ trên, kết hợp xương nẹp ép bằng kim Kirschner/Kwire và chỉ thép hoặc đặt nẹp vít ôm mỏm khuỷu và bắt vít
- Trường hợp gãy phức tạp kèm trật khớp, có thể cố định khớp khuỷu, khớp quay trụ tạm thời bằng kim Kirschner/Kwire (rút sau 3 - 4 tuần)
- Kiểm tra ổ gãy, cầm máu, bơm rửa kỹ
- Đặt dẫn lưu nếu cần thiết, rút sau 24 - 48h
- Khâu phục hồi các lớp theo giải phẫu
- Băng vô khuẩn
- Túi treo tay hoặc nẹp bột cánh cẳng bàn tay khuỷu 90° trong 2 - 3 tuần

Chú ý:

- Phẫu tích tránh tổn thương thần kinh trụ
- Làm sạch khớp khuỷu, tránh xơ dính sau mổ

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Tụ máu, phù nề sau mổ
- Nhiễm trùng sau mổ
- Liệt thần kinh sau mổ: Do chấn thương co kéo trong mổ, garo kéo dài (liệt 3 dây)
- Phục hồi chức năng sau mổ tích cực

PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG GÃY HỞ 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 phân 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.

5. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

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

2. Vô cảm

Gây tê tùy 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.

PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG GỖ HỖ ĐỘ I THÂN HAI XƯƠNG CẰNG TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

Gãy hờ độ I hai xương cẳng tay là loại gãy hờ có vết thương nhỏ dưới 1 cm, gọn sạch. Loại này thường do cơ chế chấn thương gián tiếp: ngã chống tay, xương gãy chọc ra ngoài.

II. CHỈ ĐỊNH PHẪU THUẬT

Gãy hờ hai xương cẳng tay người lớn

Gãy hờ hai xương cẳng tay trẻ em di lệch

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Gãy hờ độ I cẳng tay ở trẻ em không di lệch (gãy cành tươi)

IV. CHUẨN BỊ

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

2. Người bệnh

Được giải thích đầy đủ về bệnh, về cuộc phẫu thuật, các tai biến có thể gặp trong và sau mổ (nhiễm trùng, khớp giả...). 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 trên.

Khoan Y tế, nẹp vít chuyên dùng các cỡ, đinh Rush, Kirschner... các loại

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

5. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế người bệnh: Nằm ngửa, tay dạng vuông góc với thân mình, kê trên một bàn mổ riêng.

2. Vô cảm

Gây tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc gây mê toàn thân.

3. Kỹ thuật tiến hành

Đánh rửa sạch chi trên từ nách đến bàn tay, cạo lông, cắt móng tay...

Ga-rô gốc chi, tốt nhất với ga-rô hơi. Áp lực 250 mmHg.

Thì xử trí phần mềm và rạch da:

Cắt lọc mép vết thương ít nhất 2 mm, cắt bỏ tổ chức dập nát. Rạch rộng vết thương, tiếp tục cắt lọc phần mềm và rửa vùng mổ bằng nhiều nước muối sinh lý

Rạch da: xương quay theo đường Henry hoặc đường Thompson. Xương trụ rạch da dọc theo mào trụ.

Thì can thiệp về xương

Làm sạch hai đầu xương gãy, bơm rửa huyết thanh, Betadin

Đặt lại xương, giữ ổ gãy bằng dụng cụ giữ xương

Cố định ổ gãy bằng nẹp - vít hoặc đinh Rush

Dẫn lưu ổ gãy, ống dẫn lưu cỡ 14-16F

Thì đóng vết mổ: Theo các lớp giải phẫu

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Theo dõi sau mổ: Mạch quay, mạch trụ, ống dẫn lưu 30'/lần trong 6h đầu sau mổ

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

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

Gác tay cao, tập vận động cổ và bàn ngón tay, vận động khuỷu.

PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG GỠ HỠ ĐỘ II THÂN HAI XƯƠNG CẰNG TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

Gãy hở độ II hai xương cẳng tay là loại gãy hở có vết thương trên 2 cm, gọn sạch (theo Gustilo). Nếu gãy hở đến sớm trước 6 giờ chỉ định kết hợp xương ngay, nếu đến muộn thì cắt lọc, bất động bột, mổ kết hợp xương thì 2.

II. CHỈ ĐỊNH PHẪU THUẬT với tất cả loại gãy hở độ 2 hai xương cẳng tay.

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

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: 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, khớp giả...). 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 trên.

Khoan Y tế, nẹp vít chuyên dùng các cỡ, đinh Rush, Kirschner... các loại

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

5. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế người bệnh: Nằm ngửa, tay giàng vuông góc với thân mình, kê trên một bàn mổ riêng.

2. Vô cảm: Gây tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc gây mê nội khí quản

3. Kỹ thuật tiến hành

Đánh rửa sạch chi trên từ nách đến bàn tay, cạo lông, cắt móng tay...

Ga-rô góc chi, tốt nhất với ga-rô hơi. Áp lực 250 mmHg.

Thì xử trí phần mềm và rạch da:

Cắt lọc mép vết thương ít nhất 2 mm, cắt bỏ tổ chức dập nát. Rạch rộng vết thương, tiếp tục cắt lọc phần mềm và rửa vùng mổ bằng nhiều nước muối sinh lý

Rạch da: Xương quay theo đường Henry hoặc đường Thompson. Xương trụ rạch da dọc theo mào trụ.

Thì can thiệp về xương:

Làm sạch hai đầu xương gãy, bơm rửa huyết thanh, Betadin

Đặt lại xương, giữ ổ gãy bằng dụng cụ giữ xương.

Nếu người bệnh đến muộn: Bó bột cánh-cẳng-bàn tay rạch dọc, khuỷu tay gấp tư thế 90 độ, cẳng tay ngửa.

Nếu người bệnh đến sớm, tình trạng toàn thân tốt: kết hợp xương bằng nẹp - vít hoặc đinh Rush

Dẫn lưu ổ gãy, ống dẫn lưu cỡ 14-16F.

Thì đóng vết mổ theo các lớp giải phẫu

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Theo dõi sau mổ: Mạch quay, mạch trụ, ống dẫn lưu 30'/lần trong 6h đầu sau mổ

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

Chảy máu sau mổ: Mở vết mổ lấy máu tụ, cầm máu, băng ép.
Gác tay cao, tập vận động cổ và bàn ngón tay, vận động khuỷu.

PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG GỠ ĐỘ III THÂN HAI XƯƠNG CẰNG TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

Gãy hở độ III hai xương cẳng tay là loại gãy hở rất nặng, vết thương rộng trên 10 cm, dập nát tổ chức phần mềm nhiều. Loại này gây ra nhiều biến chứng: Nhiễm trùng, hạn chế chức năng sấp ngửa cẳng tay, cứng khớp khuỷu và khớp cổ tay... Gãy hở độ III C 2 xương cẳng tay có tỷ lệ cắt cụt chi cao.

II. CHỈ ĐỊNH PHẪU THUẬT

Tất cả loại gãy hở độ III hai xương cẳng tay đều phải phẫu thuật cấp cứu. Chỉ định chung cho gãy hở độ III: Cắt lọc tổ chức phần mềm, cố định ngoài (đây là phương pháp tốt nhất, nếu có) hoặc bó bột cánh- cẳng- bàn tay, kết hợp xương thì sau.

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

IV. CHUẨN BỊ

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

2. Người bệnh

Được giải thích đầy đủ về bệnh, về cuộc phẫu thuật, các tai biến có thể gặp trong và sau mổ (nhiễm trùng, khớp giả...).

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 trên.

Khoan Y tế, khung cố định ngoài chuyên dùng cho cẳng tay.

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

5. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế người bệnh: Nằm ngửa, tay giạng vuông góc với thân mình, kê trên một bàn mổ riêng.

2. Vô cảm: Gây tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc gây mê nội khí quản

3. Kỹ thuật tiến hành

Đánh rửa sạch chi trên từ nách đến bàn tay, cạo lông, cắt móng tay...

Ga-rô góc chi, tốt nhất với ga-rô hơi. Áp lực 250 mmHg.

Thì xử trí phần mềm:

Cắt lọc mép vết thương ít nhất 2 mm, cắt bỏ tổ chức dập nát. Rửa sạch vết thương, tiếp tục cắt lọc phần mềm và rửa vùng mổ bằng nhiều nước muối sinh lý. Phục hồi gân, thần kinh và mạch máu.

Thì can thiệp về xương:

Làm sạch hai đầu xương gãy, bơm rửa huyết thanh, ô xy già... Đặt lại xương thẳng trục chi.

Cố định xương bằng khung cố định ngoài (nếu có) Dẫn lưu ổ gãy, ống dẫn lưu cỡ 14-16F.

Thì đóng vết mổ theo các lớp giải phẫu.

Bó bột cánh- cẳng-bàn tay (nếu không có khung cố định ngoài), để khuỷu ở tư thế cơ năng.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Theo dõi sau mổ: Mạch quay, mạch trụ, ống dẫn lưu 30'/lần trong 6h đầu sau mổ

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

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

Gác tay cao, tập vận động cổ và bàn ngón tay, vận động khuỷu.

PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG GỠ HỠ ĐỘ I THÂN XƯƠNG CÁNH TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

Gãy hở độ I thân xương cánh tay là loại gãy hở có vết thương nhỏ dưới 1 cm, gọn sạch. Loại này thường do cơ chế chấn thương gián tiếp, xương gãy chéo vát chọc ra ngoài.

II. CHỈ ĐỊNH PHẪU THUẬT

Phẫu thuật kết hợp xương gãy hở độ I thân xương cánh tay người lớn.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Phẫu thuật kết hợp xương gãy hở độ I thân xương cánh tay ở trẻ em

IV. CHUẨN BỊ

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

2. Người bệnh

Được giải thích đầy đủ về bệnh, về cuộc phẫu thuật, các tai biến có thể gặp trong và sau mổ (nhiễm trùng, khớp giả...). 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 trên.

Khoan Y tế, nẹp vít cánh tay các cỡ, đinh Rush các cỡ.

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

5. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế người bệnh: Nằm ngửa, tay giàng vuông góc với thân mình, kê trên một bàn mổ riêng.

2. Vô cảm: Gây tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc gây mê nội khí quản

3. Kỹ thuật tiến hành

Đánh rửa sạch chi trên từ bàn tay đến nách và một phần ngực bên cánh tay gãy, cạo lông, cắt móng tay...

Thì xử trí phần mềm:

Cắt lọc mép vết thương ít nhất 2 mm, cắt bỏ tổ chức dập nát. Rạch rộng vết thương theo trục chi, tiếp tục cắt lọc phần mềm và rửa vùng mổ bằng nhiều nước muối sinh lý.

Đường rạch tùy theo vị trí vết thương và phải thuận tiện cho việc kết hợp xương. Phẫu tích thần kinh quay, tránh làm tổn thương.

Thì can thiệp về xương:

Làm sạch hai đầu xương gãy, bơm rửa huyết thanh, ô xy già... Đặt lại xương thẳng trục chi.

Kết hợp xương bằng nẹp vít hoặc đinh Rush

Dẫn lưu ổ gãy, ống dẫn lưu cỡ 16-18F.

Thì đóng vết mổ theo các lớp giải phẫu.

Tăng cường nẹp bột cánh- cẳng-bàn tay, để khuỷu ở tư thế cơ năng.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Theo dõi sau mổ: Mạch quay, mạch trụ, ống dẫn lưu 30'/lần trong 6h đầu sau mổ

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

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

Gác tay cao, tập vận động cổ và bàn ngón tay, vận động khuỷu.

PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG GỠ HỞ ĐỘ II THÂN XƯƠNG CÁNH TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

Gãy hở độ II thân xương cánh tay là loại gãy hở có vết thương trên 2 cm, gọn sạch (theo Gustilo). Nếu gãy hở đến sớm trước 6 giờ chỉ định kết hợp xương ngay, nếu đến muộn thì cắt lọc, bất động bột, mổ kết hợp xương thì 2.

II. CHỈ ĐỊNH PHẪU THUẬT với tất cả loại gãy hở độ II thân xương cánh tay.

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

IV. CHUẨN BỊ

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

2. Người bệnh

Được giải thích đầy đủ về bệnh, về cuộc phẫu thuật, các tai biến có thể gặp trong và sau mổ (nhiễm trùng, khớp giả...). 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 trên.

Khoan Y tế, nẹp vít cánh tay các cỡ, đinh Rush các cỡ.

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

5. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế người bệnh: Nằm ngửa, tay giạng vuông góc với thân mình, kê trên một bàn mổ riêng.

2. Vô cảm: Gây tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc gây mê nội khí quản

3. Kỹ thuật tiến hành

Đánh rửa sạch từ bàn tay đến nách và một phần ngực bên cánh tay gãy, cạo lông, cắt móng tay...

Thì xử trí phần mềm:

Cắt lọc mép vết thương ít nhất 2 mm, cắt bỏ tổ chức dập nát. Rạch rộng vết thương theo trục chi, tiếp tục cắt lọc phần mềm và rửa vùng mổ bằng nhiều nước muối sinh lý.

Đường rạch tùy theo vị trí vết thương và phải thuận tiện cho việc kết hợp xương. Phần tích thần kinh quay, tránh làm tổn thương.

- Thì can thiệp về xương:

Làm sạch hai đầu xương gãy, bơm rửa huyết thanh, ô xy già...

Đặt lại xương thẳng trục chi.

Kết hợp xương bằng nẹp vít hoặc đinh Rush

Dẫn lưu ổ gãy, ống dẫn lưu cỡ 16-18F.

Thì đóng vết mổ theo các lớp giải phẫu.

Tăng cường nẹp bột cánh- cẳng-bàn tay, để khuỷu ở tư thế cơ năng.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Theo dõi sau mổ: Mạch quay, mạch trụ, ống dẫn lưu 30'/lần trong 6h đầu sau mổ

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

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

Gác tay cao, tập vận động cổ và bàn ngón tay, vận động khuỷu.

PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG GÃY HỞ ĐỘ III THÂN XƯƠNG CẢNH TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

Gãy hở độ III thân xương cánh tay là loại gãy hở rất nặng, vết thương rộng trên 10 cm, dập nát tổ chức phần mềm nhiều. Loại này gây ra nhiều biến chứng: nhiễm trùng, hạn chế chức năng cánh, cẳng tay, cứng khớp khuỷu và vai...Gãy hở độ III thân xương cánh tay có tỷ lệ cắt cụt chi cao.

II. CHỈ ĐỊNH PHẪU THUẬT

Mổ cấp cứu với tất cả loại gãy hở độ III thân xương cánh tay. Chỉ định chung cho gãy hở độ III: cắt lọc tổ chức phần mềm, cố định ngoài (đây là phương

pháp tốt nhất, nếu có) hoặc bó bột cánh- cẳng- bàn tay ôm vai, kết hợp xương thì sau.

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

IV. CHUẨN BỊ

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

2. Người bệnh

Được giải thích đầy đủ về bệnh, về cuộc phẫu thuật, các tai biến có thể gặp trong và sau mổ (nhiễm trùng, khớp giả, hoại tử chi do tổn thương mạch...). 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 trên.

Khoan Y tế, khung cố định ngoài.

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

5. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế người bệnh: Nằm ngửa, tay giạng vuông góc với thân mình, kê trên một bàn mổ riêng.

2. Vô cảm: Gây tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc gây mê nội khí quản

3. Kỹ thuật tiến hành

Đánh rửa sạch từ bàn tay đến nách và một phần ngực bên cánh tay gãy, cao lông, cắt móng tay...

Thì xử trí phần mềm:

Cắt lọc mép vết thương ít nhất 2 mm, cắt bỏ tổ chức dập nát. Rạch rộng vết thương theo trục chi, tiếp tục cắt lọc phần mềm và rửa vùng mổ bằng nhiều nước muối sinh lý.

Đường rạch tùy theo vị trí vết thương và phải thuận tiện cho việc đặt khung cố định ngoài. Phẫu tích kiểm tra thần kinh quay, tránh làm tổn thương. Nếu có tổn thương mạch, thần kinh cần phải phục hồi.

Thì can thiệp về xương:

Làm sạch hai đầu xương gãy, bơm rửa huyết thanh, ô xy già...

Đặt lại xương thẳng trục chi.

Lắp khung cố định ngoài để bất động xương.

Dẫn lưu ổ gãy, ống dẫn lưu cỡ 16-18F.

Thì đóng vết mổ theo các lớp giải phẫu.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Theo dõi sau mổ: Mạch quay, mạch trụ, ống dẫn lưu 30'/lần trong 6h đầu sau mổ

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

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

Gác tay cao, tập vận động cổ và bàn ngón tay, vận động khuỷu.

PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG GỠ LIÊN LÒI CẦU XƯƠNG CÁNH TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

Gãy hở độ liên lồi cầu (LLC) xương cánh tay hay gặp ở người trưởng thành, là loại gãy hở nặng, thường do cơ chế chấn thương trực tiếp.

Loại này gây ra nhiều biến chứng và di chứng: tổn thương mạch máu cánh tay, thần kinh quay, thần kinh giữa, hay bị dính khớp khuỷu, hạn chế chức năng sấp ngửa cẳng tay.

II. CHỈ ĐỊNH PHẪU THUẬT

Mổ cấp cứu với tất cả loại gãy hở LLC xương cánh tay. Chỉ định chung:

Gãy hở độ I, II đến sớm: Cắt lọc tổ chức phần mềm, đặt lại xương và kết hợp băng nẹp vít hoặc kim Kirschner.

Gãy hở độ III: Cắt lọc tổ chức phần mềm, đặt lại xương và bó bột cánh- cẳng- bàn tay ômvai, kết hợp xương thì sau.

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

IV. CHUẨN BỊ

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

2. Người bệnh

Được giải thích đầy đủ về bệnh, về cuộc phẫu thuật, các tai biến có thể gặp trong và sau mổ (nhiễm trùng, khớp giả, hoại tử chi do tổn thương mạch...). 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 trên.

Khoan Y tế, nẹp vít chuyên dùng cho vùng khuỷu, kim Kirschner các cỡ.

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

5. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế người bệnh: Nằm ngửa, tay giạng vuông góc với thân mình, kê trên một bàn mổ riêng.

2. Vô cảm: Gây tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc gây mê nội khí quản

3. Kỹ thuật tiến hành

Đánh rửa sạch từ bàn tay đến nách, cạo lông, cắt móng tay...

Ga-rô gốc chi, tốt nhất với ga-rô hơi. Áp lực 250 mmHg.

Thì xử trí phần mềm:

Cắt lọc mép vết thương ít nhất 2 mm, cắt bỏ tổ chức dập nát. Rạch rộng vết thương theo trục chi, tiếp tục cắt lọc phần mềm và rửa vùng mổ bằng nhiều nước muối sinh lý.

Đường rạch tùy theo vị trí vết thương và phải thuận tiện cho việc đặt nẹp vít. Phẫu tích kiểm tra mạch máu và thần kinh, tránh làm tổn thương. Nếu có tổn thương mạch, thần kinh cần phải phục hồi.

Thì can thiệp về xương:

Làm sạch diện gãy, bơm rửa huyết thanh, bê-ta-đin...

Đặt lại diện LLC, găm kim Kirschner để giữ tạm, đặt nẹp vít ở bờ ngoài đầu dưới xương cánh tay để kết hợp xương.

Dẫn lưu ổ gãy, ống dẫn lưu cỡ 16-18F.

Thì đóng vết mổ theo các lớp giải phẫu.

Tăng cường bột cánh-cẳng-bàn tay với khuỷu gấp 90 độ

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Theo dõi sau mổ: Mạch quay, mạch trụ, ống dẫn lưu 30'/lần trong 6h đầu sau mổ

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

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

Gác tay cao, tập vận động cổ và bàn ngón tay, vận động khuỷu.

PHẪU THUẬT KHẸP GỠ ĐÀI QUAY

I. ĐẠI CƯƠNG

Gãy đài quay hay gãy, chiếm 30% gãy xương vùng khuỷu. Khoảng 30% có tổn thương phối hợp: gãy lồi cầu trong, gãy mỏm vẹt, tổn thương thần kinh. Phân loại theo Mason có 4 loại:

Loại 1: Gãy không di lệch

Loại 2: Gãy di lệch

Loại 3: Gãy nhiều mảnh khó hồi phục

Loại 4: Gãy kèm theo trật khớp

Có thể điều trị bảo tồn cho những gãy ít lệch. Lấy bỏ đài quay hay thay đài quay trong gãy phức tạp không có khả năng phục hồi. Phẫu thuật KHẸP giúp phục hồi cơ năng tốt. Biến chứng hay gặp là liệt quay thấp và hạn chế vận sấp-ngửa.

II. CHỈ ĐỊNH

- Gãy có mảnh rời to di lệch.
- Gãy kèm theo tổn thương phối hợp cần giải quyết: trật khớp khuỷu, có mảnh kẹt khớp.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tại chỗ bị rối loạn dinh dưỡng, phỏng nước.
- Toàn thân: Tình trạng nhiễm khuẩn, sốc vì đa chấn thương.

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, các tai biến, biến chứng có thể gặp trong và sau cuộc phẫu thuật (tổn thương thần kinh quay, hạn chế vận động khuỷu, tai biến do gây tê đám rối...). Nhịn ăn trước 6 giờ.

3. Phương tiện

- Bộ dụng cụ kết hợp xương cho xương cẳng tay.
- Bộ nẹp vít mini hoặc kim Kirschner nhỏ.

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, cánh tay dạng, khuỷu gấp 90° .

2. Vô cảm

Gây tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc gây mê.

3. Kỹ thuật

- Đường mổ: Rạch da đường ngoài khoảng 7cm từ lồi cầu ngoài xương cánh tay đến đầu trên xương quay.
- Rạch lớp cân sâu theo đường rạch da. Vào khoang giữa cơ khuỷu và cơ duỗi cổ tay trậpộc lộ bao khớp và dây chằng vòng.
- Tránh làm tổn thương thần kinh quay (thần kinh gian cốt sau): Sấp cẳng tay, rạch bao khớp đi ra phía sau và không phẫu tích quá xa xuống dưới dây chằng vòng.
- Bộc lộ rõ diện gãy, làm sạch.
- Đặt lại xương. Cố định diện gãy bằng nẹp vít mini, vít tự do hoặc kim Kirschner nhỏ tùy thuộc vào kích thước và hình dạng mảnh gãy.
- Rửa vùng mổ, kiểm tra cầm máu.
- Đặt một dẫn lưu 48h.
- Khâu phục hồi các lớp cơ, cân, da theo giải phẫu.
- Băng vô khuẩn.
- Nẹp bột cánh cẳng bàn tay khuỷu 90° trong 10 ngày.

V. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Tụ máu, phù nề sau mổ.
2. Nhiễm khuẩn sau mổ.
3. liệt thần kinh quay: Có thể do chấn thương, garo hoặc co kéo trong mổ.

PHẪU THUẬT KHX GÃY ĐÀI QUAY PHỨC TẠP

I. ĐẠI CƯƠNG

Gãy đài quay hay gấp, chiếm 30% gãy xương vùng khuỷu. Khoảng 30% có tổn thương phối hợp: gãy lồi cầu trong, gãy mỏm vẹt, tổn thương thần kinh. Phân loại theo Mason có 4 loại:

Loại 1: Gãy không di lệch

Loại 2: Gãy di lệch

Loại 3: Gãy nhiều mảnh khó hồi phục

Loại 4: Gãy kèm theo trật khớp

Gãy đài quay phức tạp thuộc loại 3 theo phân loại Mason. Phẫu thuật KHX là khó khăn.

Phẫu thuật lấy bỏ hoặc thay đài quay nhân tạo có thể được xem xét chỉ định.

Biến chứng hay gặp là liệt quay thấp và hạn chế vận sắp-ngửa và vận động khuỷu.

II. CHỈ ĐỊNH

- Gãy di lệch, các mảnh đủ lớn để đưa dụng cụ KHX vào (dựa vào CT scan).
- Gãy kèm theo tổn thương phối hợp cần giải quyết: trật khớp khuỷu, có mảnh kẹt khớp.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tại chỗ bị rối loạn dinh dưỡng, phỏng nước.
- Toàn thân: tình trạng nhiễm khuẩn, sốc vì đa chấn thương.

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, các tai biến, biến chứng có thể gặp trong và sau cuộc phẫu thuật (tổn thương thần kinh quay, hạn chế vận động khuỷu, tai biến do gây tê đám rối...). Nhịn ăn trước 6 giờ.

3. Phương tiện

- Bộ dụng cụ kết hợp xương cho xương cẳng tay.
- Bộ nẹp vít mini hoặc kim nhỏ.

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, cánh tay dạng, khuỷu gấp 90°.

2. Vô cảm

Gây tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc gây mê.

3. Kỹ thuật

- Đường mổ: Rạch da đường ngoài khoảng 7cm từ lồi cầu ngoài xương cánh tay đến đầu trên xương quay.

- Rạch lớp cân sâu theo đường rạch da. Vào khoang giữa cơ khuỷu và cơ duỗi cổ tay trübộc lộ bao khớp và dây chằng vòng.
- Tránh làm tổn thương thần kinh quay (thần kinh gian cốt sau): Sấp cẳng tay, rạch bao khớp đi ra phía sau và không phẫu tích quá xa xuống dưới dây chằng vòng.
- Bộc lộ rõ diện gãy.
- Đặt lại các mảnh gãy, cố định bằng vít mini hoặc kim nhỏ.
- Rửa vùng mổ, kiểm tra cầm máu.
- Đặt một dẫn lưu 48h.
- Khâu phục hồi các lớp cơ, cân, da theo giải phẫu.
- Băng vô khuẩn.
- Nẹp bột cánh cẳng bàn tay khuỷu 90° trong 10 ngày.

V. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Tụ máu, phù nề sau mổ.
2. Nhiễm khuẩn sau mổ.
3. liệt thần kinh quay: Có thể do chấn thương, garo hoặc co kéo trong mổ.

PHẪU THUẬT TẠO HÌNH CỨNG KHỚP CỔ TAY SAU CHẤN THƯƠNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Sự tiến bộ của phẫu thuật với xu hướng phẫu thuật tái tạo thì phẫu thuật làm cứng khớp cổ tay ít được thực hiện hơn so với vài thập kỷ trước.

Có các phương pháp như vít, đinh Steinmann, nẹp vít. Năm 1970, nhóm AO mô tả 1 loại nẹp nén động giúp cố định vững. Từ đó đến nay kỹ thuật này được sử dụng phổ biến nhất.

Các biến chứng có thể gặp: tổn thương gân, nhiễm trùng, hạn chế vận động khớp bànngón, đau tái phát hoặc không liền diện sụn.

II. CHỈ ĐỊNH

- Đau do thoái hóa khớp sau chấn thương.
- Gãy nội khớp phức tạp.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Trẻ em dưới 10 tuổi.
- Thường không chỉ định cho bệnh nhân lớn tuổi hoặc bệnh viêm khớp dạng thấp.

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, các tai biến, biến chứng có thể gặp trong và sau cuộc phẫu thuật (tôn thương thần kinh quay, hạn chế vận động khuỷu, tai biến do gây tê đám rối...). Nhịn ăn trước 6 giờ.

3. Phương tiện

- Bộ dụng cụ kết hợp xương cho xương cẳng tay.
- Bộ nẹp vít mini hoặc kim nhỏ.

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 dạng, cẳng tay sát.

2. Vô cảm

Gây tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc gây mê.

3. Kỹ thuật

- Đường mổ: Rạch da hình cong phía mu tay ngay trên khớp quay-trụ dưới khoảng 3 cm đến giữa đốt bàn ngón 3.
- Tìm và bảo vệ nhánh thần kinh bì.
- vén gân duỗi chung các ngón sang 1 bên và gân duỗi dài ngón cái sang 1 bên.
- Đục phần xương cho phẳng để đặt nẹp và lấy hết sạch phần sụn khớp.
- Đặt nẹp với cổ tay ở vị trí duỗi cổ tay khoảng 10-20 độ và nghiêng trụ khoảng 5 độ.
- Bắt vít để cố định nẹp: Phần xương bàn ngón 3 và xương quay 3 vít và phần khớp cổ tay 1 vít
- Rửa vùng mổ, kiểm tra cầm máu.
- Khâu phục hồi các lớp bao khớp, cân, da theo giải phẫu.
- Băng vô khuẩn.

- Nẹp bột cánh cẳng bàn tay theo tư thế đặt nẹp khoảng 2-3 tuần.

V. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Tụ máu và phù nề sau mổ.
2. Nhiễm khuẩn sau mổ.
3. Đứt gân duỗi hoặc dính gân.

PHẪU THUẬT KHX GỠ ĐẦU DƯỚI XƯƠNG QUAY

I. ĐẠI CƯƠNG

Gãy đầu dưới xương quay rất phổ biến, chiếm 16% tất cả gãy xương điều trị ở phòng cấp cứu và chiếm 75% tất cả gãy xương cẳng tay.

Có thể điều trị bảo tồn nắn bột hoặc nắn kín rồi cố định diện gãy bằng kim Kirschner chéo diện gãy hay kỹ thuật Kapandji. Phẫu thuật KHX nẹp vít giúp bệnh nhân vận động được sớm và phục hồi cơ năng tốt.

Biến chứng hay gặp là can lệch và tổn thương thần kinh giữa.

II. CHỈ ĐỊNH

- Gãy di lệch hoặc điều trị bảo tồn thất bại
- Có biến chứng như can lệch, tổn thương thần kinh quay...

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tại chỗ bị rối loạn dinh dưỡng, phỏng nước.
- Toàn thân: Tình trạng nhiễm khuẩn, sốc vì đa chấn thương.

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, các tai biến, biến chứng có thể gặp trong và sau cuộc phẫu thuật (tổn thương thần kinh quay, hạn chế vận động khuỷu, tai biến do gãy tê đám rối...). Nhịn ăn trước 6 giờ.

3. Phương tiện

- Bộ dụng cụ kết hợp xương cho xương cẳng tay.
- Bộ nẹp vít cho gãy đầu dưới xương quay.

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, cánh tay dạng, cẳng tay ngửa.

2. Vô cảm

Gây tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc gây mê.

3. Kỹ thuật

- Đặt Garo.
- Đường mổ: Rạch da theo đường Henry dài khoảng 10cm.
- Vào khoảng giữa gân gấp cổ tay quay và bó mạch quay bộc lộ gân gấp các ngón, sau đó vén sang bên bộc lộ cơ sấp vuông.
- Bộc lộ cơ sấp vuông và vén vào trong để vào đầu dưới xương quay.
- Bộc lộ rõ diện khớp và phía trung tâm đủ để đặt nẹp, làm sạch đầu xương.
- Đặt lại xương, ốp nẹp và cố định bằng kim kẹp xương giữ nẹp.
- Bắt vít để cố định nẹp, ít nhất 3 vít ở đầu trung tâm.
- Rửa vùng mổ, kiểm tra cầm máu.
- Khâu phục hồi các lớp cân cơ, da theo giải phẫu.
- Băng vô khuẩn.
- Nẹp bột cẳng bàn tay, treo tay để trong 2-3 tuần.

V. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Tụ máu, phù nề sau mổ.
2. Nhiễm khuẩn sau mổ.
3. Tồn thương động mạch quay hoặc thần kinh giữa.

PHẪU THUẬT KHẸP GỠ TRẬT KHỚP CỔ TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

Ở cổ tay có thể gặp trật khớp hoặc gãy xương đơn thuần, nhưng thường là gãy xương kèm theo trật khớp. Gãy xương thuyền-trật xương nguyệt là loại gãy trật phổ biến nhất. Cần chú ý để đưa ra chẩn đoán để xử trí. Phẫu thuật KHẸP giúp phục hồi chức năng và tránh các di chứng sau này.

Biến chứng hay gặp là tổn thương thần kinh giữa và khớp giả.

II. CHỈ ĐỊNH

- Gãy xương thuyền di lệch.
- Điều trị bảo tồn nắn bột thất bại.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

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, các tai biến, biến chứng có thể gặp trong và sau cuộc phẫu thuật (tổn thương thần kinh quay, hạn chế vận động khuỷu, tai biến do gây tê đám rối...). Nhịn ăn trước 6 giờ.

3. Phương tiện

- Bộ dụng cụ kết hợp xương cho xương cẳng tay.
- Bộ nẹp vít cho gãy đầu dưới xương quay.

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, cẳng tay để ngửa, kê toan cho cổ tay duỗi.

2. Vô cảm

Gây tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc gây mê.

3. Kỹ thuật

- Đặt Garo.

- Đường mổ: Rạch da 6-8 cm từ nếp gấp cổ tay theo gân gấp cổ tay quay kéo lên trên.
- Tách và kéo gân gấp cổ tay quay về phía bờ trụ, rạch dọc bao khớp cổ tay kéo sang hai bên làm lộ xương thuyền, xương nguyệt và đầu dưới xương quay.
- Bộc lộ rõ các mặt khớp của xương nguyệt và diện gãy xương thuyền, làm sạch khớp và diện gãy.
- Nắn trật, đặt lại diện gãy sau đó cố định bằng kim Kirschner hoặc vít mini tùy kích thước mảnh gãy.
- Rửa vùng mổ, kiểm tra cầm máu.
- Khâu phục hồi các lớp bao khớp, cân, da theo giải phẫu.
- Băng vô khuẩn.
- Nẹp bột cứng bàn tay ôm ngón cái 2-3 tuần. Chú ý:
 - + Tránh làm tổn thương động mạch quay và gân gấp cổ tay quay.
 - + Khi kéo bộc lộ vết mổ bằng móc về phía trụ cần tránh làm tổn thương thần kinh giữa.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Tụ máu, phù nề sau mổ.
2. Nhiễm khuẩn sau mổ.
3. Tổn thương động mạch quay, thần kinh giữa hay gân gấp cổ tay quay.

PHẪU THUẬT KHX GÃY CHỖM 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. 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 Biến 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

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 dãn 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 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 tủy: Bộc lộ 2 lồi 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 dãn 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 tủy: 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

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 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 Kirschner Biến 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 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

2. 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 tủy: 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:

- 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

PHẪU THUẬT TỒN THƯƠNG DÂY CHẰNG CỦA 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. Tồn thương dây chằng của đốt bàn và ngón tay thường do cơ chế gián tiếp. Tồn thương này có thể kèm theo mảnh xương dưới dạng nhỏ, giạt. Do yêu cầu hoạt động chức năng tinh tế và vận động sớm của bàn tay, ngày nay phẫu thuật KHX bàn ngón tay thường được chỉ định để đạt được giải phẫu tốt nhất

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

II. CHỈ ĐỊNH

- Di lệch mảnh xương từ 2mm
- Tồn thương kèm bán trật khớp
- Điều trị bảo tồn thất bại

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

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

2. Người bệnh

Được giải thích đầy đủ về cuộc phẫu thuật, các tai biến, biến chứng có thể gặp trong và sau cuộc phẫu thuật (tồn 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 mô sau hoặc đường bên
- Phẫu tích tách qua gân duỗi
- Bộc lộ diện khớp đốt bàn và ngón tay tổn thương
- Bộc lộ làm sạch diện dây chằng tổn thương
- Đặt lại mảnh xương cùng dây chằng, bắt vít mini hoặc cố định kim Kirschner
- Có thể nắn chỉnh xuyên kim qua da
- Khâu tăng cường dây chằng tổn thương
- Kiểm tra ổ gãy, cầm máu, bơm rửa kỹ
- Khâu phục hồi các lớp theo giải phẫu
- Băng vô khuẩn
- Nẹp bột tư thế nghỉ và treo tay 2 tuần

Chú ý:

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

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

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

PHẪU THUẬT KHẸP GỖY TRÊN LỖI CẦU XƯƠNG ĐÙI

I. ĐẠI CƯƠNG

Gãy trên lồi cầu xương đùi thường gặp ở người trẻ do chấn thương, ở người già do ngã. Loại gãy này có đường gãy chéo xuống dưới và ra trước trên chỗ bám của cơ sinh đôi. Cơ này kéo gục đầu dưới ra sau, chọc vào hõm khoeo gây tổn thương bó mạch khoeo. Đầu trên thúc vào ngách túi hoạt dịch và cơ tứ đầu. Ở người già mô kết hợp xương với nẹp vít có khó khăn do loãng xương.

II. CHỈ ĐỊNH

- Gãy trên lồi cầu đùi di lệch

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 (nhiễm trùng, mất máu, khớp giả, hạn chế biên độ khớp gối, tai biến do gây tê đám rối, gây mê...). Nhịn ăn trước 6 giờ

3. Phương tiện

- Bộ dụng cụ kết hợp xương đùi
- Bộ nẹp vít xương đùi, nẹp ốp lồi cầu, nẹp DCS, đinh nội tủy có chốt

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, có kê gối đệm dưới hông bên chi gãy

2. Vô cảm

Gây tê tủy sống.

3. Kỹ thuật

- Đường mổ: Sử dụng đường ngoài với mốc máu chuyển lớn và phía ngoài khớp gối dọc theo trục xương đùi, rạch da khoảng 15 - 20 cm (theo thương tổn phức tạp của xương).

- Rạch cân cơ căng mạc đùi, tách và vén cơ rộng ngoài, cầm máu các nhánh mạch xiênbăng đốt điện hoặc thắt
- Bộc lộ diện gãy, xác định các mảnh rời.
- Làm sạch diện gãy, lấy máu cục
- Đặt lại xương, kết hợp xương bằng các phương pháp sẵn có: nẹp vít, nẹp DCS, nẹp ốp lâu cầu, đinh nội tủy có chốt ngang.
- Kiểm tra ổ gãy, cầm máu, bơm rửa kỹ
- Đặt dẫn lưu nếu cần thiết, rút sau 24 - 48h
- Khâu phục hồi các lớp theo giải phẫu
- Băng vô khuẩn

Chú ý:

- Qua trình nâng hai đầu xương tránh làm tổn thương động, tĩnh mạch đùi.
- Làm sạch khớp gối, tránh xơ dính sau mổ

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Tụ máu, phù nề sau mổ
- Nhiễm trùng sau mổ
- Phục hồi chức năng sau mổ

PHẪU THUẬT KHẸP GỖY LỖI CẦU NGOÀI XƯƠNG ĐÙI

I. ĐẠI CƯƠNG

Gãy lồi cầu ngoài xương đùi đơn thuần là loại gãy hiếm gặp, tuy nhiên thường liên quan đến sự vững chắc của khớp gối do hệ thống dây chằng bên ngoài bám vào lồi cầu ngoài xương đùi. Là loại gãy nội khớp nên thường chỉ định phẫu thuật.

I. CHỈ ĐỊNH

- Gãy lồi cầu ngoài đùi di lệch

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 sĩ 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 (nhiễm trùng, mất máu, khớp giả, hạn chế biên độ khớp gối, tai biến do gây tê đám rối, gây mê...). Nhịn ăn trước 6 giờ

3. Phương tiện

- Bộ dụng cụ kết hợp xương đùi
- Bộ nẹp vít xương đùi, nẹp ốp lồi cầu, vít xóp

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: 120 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế người bệnh

Nằm ngửa, có kê gối độn dưới mông bên chi gãy

2. Vô cảm

Gây tê túy sống.

3. Kỹ thuật

- Đường mổ: Sử dụng đường ngoài với mốc máu chuyển lớn và phía ngoài khớp gối dọc theo trục xương đùi. Rạch da khoảng 15 - 20 cm cong về phía lồi củ chày

- Rạch cân cơ căng mạc đùi, tách và vén cơ rộng ngoài, cầm máu các nhánh mạch xiên bằng đốt điện hoặc thắt
- Bộc lộ diện gãy, tránh bóc tách rộng rãi gây tổn thương dây chằng bên ngoài
- Làm sạch diện gãy, lấy máu cục khớp gối
- Đặt lại xương, kiểm tra diện khớp cố định tạm thời bằng kim Kirschner và kết hợp xương bằng các phương pháp sẵn có: Nẹp vít, nẹp ộp lâu cầu, vít xóp đường kính 6,5mm.
- Kiểm tra ổ gãy, vận động gối, cầm máu, bơm rửa kỹ
- Đặt dẫn lưu nếu cần thiết, rút sau 24 - 48h
- Khâu phục hồi các lớp theo giải phẫu
- Băng vô khuẩn
- Bó bột tăng cường

Chú ý:

- Làm sạch khớp gối, tránh xơ dính sau mổ

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Tụ máu, phù nề sau mổ
- Nhiễm trùng sau mổ
- Phục hồi chức năng sau mổ

PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG GỠY LỖI 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.

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

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.
- Rạch 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 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 TRÍ kịp thời.

PHẪU THUẬT KHẸP KHỚP GIẢ XƯƠNG ĐÒN

I. ĐẠI CƯƠNG

- Khớp giả xương đòn là di chứng sau gãy xương đòn, hay gặp trong các vị trí khớp giả, đặc biệt sau gãy hở, chấn thương năng lượng lớn, tổn thương phần mềm và mạch nuôi dưỡng...

II. CHỈ ĐỊNH

- Khớp giả xương đòn nếu không được can thiệp sẽ không có khả năng liền vì vậy được chỉ định cho mọi trường hợp khớp giả xương đòn đã được chẩn đoán.

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. Có hai phụ mổ

2. Phương tiện: Khoan xương nẹp nhỏ và vít 3.5mm

3. Người bệnh: Vệ sinh sạch sẽ. Nhịn ăn uống 6 giờ trước phẫu thuật.

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 60 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

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

2. Kỹ thuật kết hợp xương:

- Đường rạch: Rạch da theo sọc mổ cũ mặt trước xương đòn.
- Bộc lộ ổ khớp giả xương chày, tránh bóc tách, phá hủy nhiều phần mềm và màng xương.
- Lấy bỏ các tổ chức xơ kết vào ổ gãy. Làm sạch diện gãy.
- Khoan thông ống tủy.
- Đặt lại diện gãy và các mảnh rời nếu có.
- Đặt phương tiện kết xương: nẹp vis
- Ghép xương xóp tự thân lấy từ mào chậu.
- Cầm máu
- Đặt 1 dẫn lưu.

VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỔ

- 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

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

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

PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG ĐIỀU TRỊ GÃY THÂN XƯƠNG ĐÙI PHỨC TẠP

I. ĐẠI CƯƠNG

Xương đùi là 1 xương dài nhất cơ thể, có nhiều cơ xung quanh nên khi gãy xương đùi, thường không điều trị bảo tồn được mà phải mổ kết hợp xương.

Gãy thân xương đùi phân loại theo AO có 3 mức:

- A: Đường gãy đơn giản
- B: Gãy có mảnh rời
- C: Gãy có nhiều mảnh
- Trong đó nhóm B và C được gọi là gãy phức tạp

II. CHỈ ĐỊNH

- Gãy xương đùi di lệch

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tình trạng toàn thân không cho phép
- Gãy xương đùi ít lệch ở trẻ em
- Gãy xương hở

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 gãy xương đùi và phẫu thuật chấn thương chung. Dụng cụ kết hợp xương (đinh nội tủy, nẹp vít)
- 4. Dự kiến thời gian phẫu thuật:** 90 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế người bệnh: Nằm ngửa, kê độn ở dưới hông cùng bên.

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

3. Kỹ thuật:

- Sát trùng vùng mổ rộng rãi
- Rạch da theo đường định hướng từ máu chuyển lớn đến lõi cầu ngoài xương đùi
- Bóc tách cơ vào xương theo vách gian cơ ngoài
- Dùng kim cặp xương nâng 2 đầu xương gãy, làm sạch hai đầu xương gãy
- Đặt lại xương gãy
- Dùng chỉ thép hoặc vis rời đặt lại những mảnh gãy
- Có thể KHX bằng nẹp hoặc đinh nội tủy
- Dùng nẹp bản rộng 10 lỗ hoặc hơn tùy theo mức độ phức tạp của ổ gãy, cố gắng đảm bảo ở mỗi phía có thể bắt được 4 hoặc 5 vít.
- Khoan với mũi khoan đường kính 3.5 mm
- Dùng thước xác định chiều dài lỗ khoan
- Bắt vít với chiều dài bằng chiều dài đã đo
- Nếu dùng đinh nội tủy: Đo chiều dài đinh tương ứng, đóng đinh xuôi dòng hoặc ngược dòng tùy theo diện gãy có thể bắt vis chốt
- Bơm rửa, cầm máu
- Dẫn lưu vùng mổ
- Phục hồi phần mềm theo giải phẫu
- Băng

VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU PHẪU THUẬT

- Toàn trạng
- Mạch mu chân và chày sau, vận động và cảm giác các ngón chân
- Dẫn lưu
- Tình trạng vết mổ
- Kê chân cao, dùng kháng sinh đường tiêm 5-7 ngày

VII. XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG

- Nếu có nguy cơ chảy máu nghi do tai biến vào mạch máu trong phẫu thuật thì có thể phải mổ lại kiểm tra
- Nếu có biểu hiện nhiễm trùng thì săn sóc vết thương, tách chỉ, thay kháng sinh, ...

CỔ ĐỊNH NGOẠI VI TRONG ĐIỀU TRỊ GÃY HỞ CHI TRÊN

I. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Gãy xương hở là tình trạng gãy xương có sự phá vỡ lớp da và mô mềm dưới da, thông trực tiếp vào ổ gãy và ổ máu tụ quanh ổ gãy.
- Gãy hở chi trên bao gồm gãy hở cánh tay và hai xương cẳng tay
- Phân loại gãy hở theo Gustilo & Anderson
 - I: Năng lượng gây chấn thương thấp, tổn thương mô mềm ít, vết thương < 1cm
 - II: Năng lượng gây chấn thương cao, rách da > 1cm, vẩy bần ít
 - IIIA: Năng lượng gây chấn thương cao, còn đủ mô mềm che phủ
 - IIIB: Năng lượng gây chấn thương cao, bóc tách mô mềm rộng lớn, không đủ mô mềm để che phủ, vẩy bần nặng
 - IIIC: Tổn thương mạch máu cần được phẫu thuật sửa chữa

II. CHỈ ĐỊNH

Chỉ định cố định ngoài trong điều trị gãy xương hở chi trên (chủ yếu dùng trong trường hợp gãy xương cánh tay)

- Gãy hở nặng (Gustilo 2, 3^a, 3b,3c)
- Gãy kín kèm tổn thương phần mềm nặng
- Gãy hở kèm mất xương
- Hội chứng chèn ép khoang sau mổ giải ép cân mạc khoang
- Phối hợp với kết hợp xương bên trong
- Kéo dài chi hoặc chuyển dịch một đoạn xương
- Gãy hở mà tổ chức phần mềm bị vẩy bần nhiều
- Trật khớp hay gãy xương kèm trật khớp
- Gãy phức tạp quanh khớp

III. CHUẨN BỊ

- 1. Người bệnh:** Tâm lý cho người bệnh, hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính và các xét nghiệm.
- 2. Người thực hiện:** Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình và hai người phụ
- 3. Phương tiện trang thiết bị:** Bộ dụng cụ phẫu thuật chi trên và phẫu thuật chấn thương chung, khung cố định ngoài các loại
- 4. Dự kiến thời gian phẫu thuật:** 60 - 90 phút

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế:

- Người bệnh nằm ngửa, tay dạng vuông góc với thân
- Phẫu thuật viên đứng sao cho tay trái hướng về gốc chi người bệnh.
- Người phụ đứng đối diện.

2. Vô cảm: Tùy từng người bệnh có thể gây mê nội khí quản hoặc gây tê tủy sống

3. Các bước tiến hành:

- Làm sạch ổ gãy, loại bỏ các thành phần vấy bẩn, ngăn ngừa hoặc làm giảm các biến chứng nhiễm trùng, tổn thương mô mềm thêm

- Lấy bỏ các mảnh xương vấy bẩn, không còn mạch máu nuôi
- Bảo vệ các mô mềm còn dính vào mảnh xương
- Giữ lại các mảnh xương chính
- Bằng mọi giá, phải giữ lại các mảnh xương của mặt khớp
- Tránh: khoảng chết, vết thương căng
- Cắt lọc kỹ càng các tổ chức cơ đụng dập, giữ lại cơ còn phản xạ, còn máu nuôi dưỡng

- Đặt lại xương về giải phẫu

- Sử dụng khung cố định ngoài phải đạt được các yêu cầu

- Các đinh cách xa nhau
- Các thanh dọc nằm gần xương
- Đinh được dự ứng lực
- Số thanh dọc: hai tốt hơn một
- Phải bảo đảm đinh xuyên qua được vỏ xương đối diện:

Đo chiều dài đinh bằng cảm giác chạm vỏ xương đối diện

Nếu dùng loại đinh tự khoan, mũi đinh chỉ vừa thủng vỏ đối diện

Đừng khoan đinh xuyên qua vỏ đối diện, mũi đinh chỉ vừa thủng vỏ đối diện

- Che phủ lại được các thành phần quan trọng như thần kinh, mạch máu, gân, xương còn sống

V. ĐIỀU TRỊ SAU PHẪU THUẬT

- Sử dụng kháng sinh toàn thân tùy thuộc tác nhân gây bệnh phổ biến
- Sau khi tháo khung cố định ngoài, nên cẩn thận bó bột hoặc mang nẹp bảo vệ thêm một thời gian

VII. BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu do khoan vào mạch máu: Mở rộng vết thương tìm thương tổn xử trí theo thương tổn
- Nhiễm trùng chân đinh: Chăm sóc chân đinh hàng ngày nếu có nguy cơ nhiễm trùng lan rộng có thể phải tháo dụng cụ sớm

PHẪU THUẬT THƯƠNG TÍCH PHẦN MỀM CÁC CƠ QUAN VẬN ĐỘNG

I. ĐẠI CƯƠNG

- Thương tích phần mềm cơ quan vận động là một tổn thương hay gặp trong tai nạn lao động, sinh hoạt, giao thông...
- Cần phát hiện các thương tích về da, gân cơ, thần kinh, xương, mạch máu để có thái độ xử trí kịp thời, phù hợp

II. CHỈ ĐỊNH

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

IV. CHUẨN BỊ

- 1. Người bệnh:** Tâm lý cho người bệnh, hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính và các xét nghiệm.
- 2. Người thực hiện:** Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình và hai người phụ
- 3. Phương tiện trang thiết bị:** Bộ dụng cụ phẫu thuật chấn thương chung
- 4. Dự kiến thời gian phẫu thuật:** 60 - 90 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm: Gây tê hoặc gây mê

2. Kỹ thuật:

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

- 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

IV. CHUẨN BỊ

- 1. Người bệnh:** Tâm lý cho người bệnh, hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính và các xét nghiệm.
- 2. Người thực hiện:** Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình và hai người phụ
- 3. Phương tiện trang thiết bị:** Bộ dụng cụ phẫu thuật chấn thương chung

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm: gây 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

VI. 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

VII. 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

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
- 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
- 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 xương thấp và cố định vào xương đốt 3
 - Vùng II:
 - Rạch da zich-zac, phẫu tích tìm gân. Trường hợp đầu gân trung tâm tụt sâu lên gan tay, có thể rạch ngang nếp gấp gan tay tìm đầu gân gấp
 - Luồn gân qua hệ thống ròng rọc
 - Nối gân gấp sâu bằng Prolene 4.0 và 6.0
 - Có thể cắt 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, cấy dịch làm kháng sinh đồ.

- Đứt gân: Phẫu thuật ghép gân hoặc chuyển gân.

PHẪU THUẬT KHẸP GỠ XƯƠNG ĐỐT BÀN NGÓN TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

- Gãy không vững
- Gãy mà nắn điều trị bảo tồn không kết quả
- Gãy có mảnh lớn di lệch
- Gãy có kèm theo trật khớp
- Gãy phức tạp có kèm theo mất đoạn xương
- Gãy nội khớp có nhiều khả năng dính, cứng 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
- 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 nếp 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 chỉ vết mổ, thay băng hàng ngày, kháng sinh, cấy dịch làm kháng sinh đồ

PHẪU THUẬT GỠ 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
- 3. Phương tiện trang thiết bị:** Bộ dụng cụ phẫu thuật bàn tay, nếp vít mini
- 4. Dự kiến thời gian phẫu thuật:** 60 - 90 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- 1. Vô cảm:** Tê DRCT 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 lồi ra 1cm cho đốt ngón và 1,5cm cho đốt bàn, xong kéo giãn ổ gãy và luồn đinh vào ống tủy 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 KHX GÃY ĐẦU DƯỚI XƯƠNG QUAY

I. ĐẠI CƯƠNG

- Gãy đầu dưới xương quay điển hình hay còn gọi là gãy Pouteau-Colles (Pouteau là người đầu tiên mô tả, Colles là người trình bày về kỹ thuật tổn thương giải phẫu và phương pháp điều trị loại gãy này) là gãy đầu dưới xương quay phía trên khớp quay -
tụ cốt, với di lệch điển hình: đoạn ngoại vi di lệch ra sau, ra ngoài và lên trên. Loại gãy này hay gặp người già (do loãng xương), có thể gặp người lớn, ở trẻ em thường bong sụn tiếp hợp.

II. CHỈ ĐỊNH

- NB có chẩn đoán xác định bị gãy đầu dưới xương quay trên lâm sàng và XQ.

- Đường gãy không vào 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
- 3. Phương tiện trang thiết bị:** Bộ dụng cụ phẫu thuật cẳng tay
- 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
- Rửa da dọc bờ quay 1/3 dưới cẳng tay.
- Phẫu tích, bộc lộ ổ gãy, làm sạch diện gãy.
- Dùng dụng cụ giữ xương kéo nắn, đặt lại xương theo trục giải phẫu.
- KHX găm kim Kirchner hoặc nẹp chữ T tùy từng trường hợp cụ thể
- Đóng vết mổ theo giải phẫu
- Có thể bó bột tăng cường 4 - 6 tuần khi mổ nếu chưa 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 KHX GÃY NỘI KHỚP ĐẦU DƯỚI XƯƠNG QUAY

I. ĐẠI CƯƠNG

- Gãy đầu dưới xương quay nội khớp chiếm 80% tổng số gãy đầu dưới xương quay bao gồm nhiều hình thái: Gãy chữ V, gãy chữ T, gãy mỏm tram quay, gãy chéo dọc đầu dưới ...

- KHX trong gãy nội khớp thường không vững và cần bó bột tăng cường sau mổ.

II. CHỈ ĐỊNH

- NB có chẩn đoán xác định bị gãy đầu dưới xương quay trên lâm sàng và XQ.

- Đường gãy phạm khớp.

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

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

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm: Tê DRCT bên chi phẫu thuật

2. Kỹ thuật:

- Sát khuẩn, trải toan

- Rửa da dọc bờ quay 1/3 dưới cẳng tay.

- Phẫu tích, bộc lộ ổ gãy, làm sạch diện gãy.

- Dùng dụng cụ giữ xương kéo nắn, đặt lại xương theo trục giải phẫu.

- KHX găm kim Kirchner hoặc nẹp chữ T tùy từng trường hợp cụ thể

- Đóng vết mổ theo giải phẫu

- Bó bột cẳng bàn tay tăng cường 4 - 6 tuần khi mổ.

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 CHỈNH TRỤC CAL LỆCH ĐẦU DƯỚI XƯƠNG QUAY

I. ĐẠI CƯƠNG

- Can lệch là một trong các di chứng sau gãy xương. Do cal lệch mà đoạn chi sẽ ngắn, trục chi biến dạng do đó khả năng tỳ đè bị hạn chế, ảnh hưởng đến sinh hoạt, làm việc của người bệnh.
- Cal lệch đầu dưới xương quay hay gặp, đặc biệt cal lệch sau gãy Colle, làm giảm cơ năng đáng kể

II. CHỈ ĐỊNH: Cal lệch gây biến dạng trục chi nhiều

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tình trạng tại chỗ và toàn thân không cho phép
- Cal lệch vừa phải, không ảnh hưởng nhiều đến chức năng vận động

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 cẳng tay và nẹp vít
- 4. Dự kiến thời gian phẫu thuật:** 60 - 90 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm: Gây mê toàn thân hoặc tại chỗ

2. Kỹ thuật:

- Sát khuẩn đoạn chi
- Garo sau khi dồn máu
- Rạch da, phẫu tích phần mềm vào xương
- Đục rời xương ở vị trí gãy cũ, phá bỏ cal lệch, lưu ý giữ lại các tổ chức cal có nhiều xương xốp để ghép lại về sau
- Nắn chỉnh xương về vị trí giải phẫu, kiểm tra trục và độ dài chi
- Cố định xương bằng nẹp vít hoặc găm kim Krichner giữ xương phối hợp với bó bột
- Bơm rửa
- Ghép lại phần cal xương quanh vị trí ổ gãy xương
- Dẫn lưu vùng mổ
- Phục hồi giải phẫu phần mềm
- Băng

VI. THEO DÕI

- Biến chứng chảy máu
- Biến chứng nhiễm trùng

VII. XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG

- Chảy máu: băng ép chặt vùng mổ, mở lại kiểm tra nếu cần
- Nhiễm trùng: săn sóc tại chỗ, thay kháng sinh

KHÂU TỒN 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

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

Phân vùng bàn tay

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

IV. CHUẨN BỊ

- 1. Người bệnh:** Tâm lý cho người bệnh, hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính và các xét nghiệm.
- 2. Người thực hiện:** Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình và hai người phụ
- 3. Phương tiện trang thiết bị:** Bộ dụng cụ phẫu thuật bàn tay
- 4. Dự kiến thời gian phẫu thuật:** 90 - 120 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

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

- Đánh rửa tay bằng xà phòng, nước muối vô khuẩn
- Ga rô cánh tay: tốt nhất ga rô hơi với áp lực 200- 250mmHg, ga rô đuổi máu cho sạch phẫu trường
- Cắt lọc làm sạch vết thương (cắt lọc tiết kiệm), rạch rộng vết thương theo hình chữ Z, tránh rạch ngang qua các nếp gấp tự nhiên của bàn tay.
- Nối gân:
 - + Vùng 1: Nếu đứt sát xương phải khâu xuyên xương vào đốt xa, đính kiểu khuy áo ở phía móng tay
 - + Vùng III, IV, V khâu cả hai gân theo kỹ thuật Kessler cải tiến bằng chỉ Prolen 3-5/0

VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỔ

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

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

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

KHÂU TỔN THƯƠNG GÂN GẤP BÀN TAY VÙNG II

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH.

Tổn thương gân gấp vùng II đến 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:

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

- Ga rô cánh tay: tốt nhất ga rô hơi với áp lực 200- 250mmHg, ga rô đuổi máu cho sạch phẫu trường

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

- Nối gân:

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

- Hoại tử ngón, nhiễm trùng bàn tay: cắt chỉ, thay băng, cắt lọc lại

- Dính gân: Tập phục hồi chức năng sớm, nếu muôn mổ gỡ dính

TÁI TẠO PHỤC HỒI TỔN THƯƠNG GÂN GẤP 2 THÌ

I. ĐẠI CƯƠNG

- Tái tạo phục hồi gân hai thì trong các tổn thương gân gấp vùng II đến muôn sau 3 tuần, nguyên tắc là ghép gân tự thân và đưa miệng nối gân ra ngoài vùng II

II. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh đứt gân gấp vùng II muôn quá 3 tuần, cho phép ghép gân tự thân nối ở vùng I và vùng III
- Vết thương phải lành tốt
- Các khớp phải mềm mại.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Vết thương bàn tay nhiễm trùng, các khớp ngón tay cứng

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:**

- Vệ sinh bàn tay kỹ
- Ga rô cánh tay: tốt nhất ga rô hơi với áp lực 200- 250mmHg, ga rô đuôi máu cho sạch phẫu trường
- Rửa da chữ Z theo Bruner

Thì 1: Kiểm tra tổn thương gân và bao gân,

Cắt bỏ gân gấp nông và gân gấp sâu trên nguyên ủy cơ giun ở gan tay

Tạo hình lại các rỗng dọc nhẵn của ngón tay, đặt ống silicon dưới các rỗng dọc tạo hình

Thì 2: Lấy gân ghép rời (gân gan tay, gân chân..)

Khâu gân ghép vào ống silicon và luồn qua ống gân

Nối gân ghép qua xương tại nền đốt III

Khâu gân gấp đầu gân tại vùng 3 theo Kessler

- Đóng vết mổ và đặt nẹp CBT tư thế để sau 3 tuần

VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỔ

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

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Nhiễm trùng: Nhiễm trùng nhẹ thay băng vết thương
- Nhiễm trùng nặng làm sạch bỏ mảnh ghép
- Dính gân gấp nếu không tập PHCN

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.

CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Viêm tấy đang lan tỏa, chưa hóa mủ.

III. CHUẨN BỊ

- 1. Người thực hiện:** Phẫu thuật viên phải hiểu và nắm được những nguyên tắc cơ bản của phẫu thuật bàn tay.
- 2. Phương tiện:** 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 dồn máu.
 - Chín mé: Rạch hai bên ngón, mở hết các khoang, cắt hết các vách xơ, cắt lọc tổ chức hoại tử và làm sạch, dẫn lưu bằng gạc, để da hở.
 - Viêm mủ quanh móng: Rạch tháo mủ, cắt bỏ tổ chức phần mềm phủ lên gốc móng, có thể cắt một phần móng để dẫn lưu mủ.
 - Viêm tấy sâu kẽ ngón: Rạch dọc hai đường phía trước và phía sau thông nhau để dẫn lưu mủ.

- Áp xe khoang giữa bàn tay: Rạch da theo nếp gấp của gan tay, dẫn lưu mủ theo khoang.
- Viêm khoang mô cái: Rạch tháo mủ bằng hai đường thông nhau, một ở gan tay và một ở mu tay.
- Viêm mủ bao hoạt dịch gân gấp ngón 2, 3, 4: Rạch tháo mủ theo trục của ngón, đường rạch hơi lệch ra sau để tránh mạch máu và thần kinh, rạch theo đường thẳng hay đường 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 mủ bao hoạt dịch gân gấp ngón 1 và bao hoạt dịch quay: Rạch mở bao gân ở cổ tay và nếp ô mô cái.
- Viêm mủ bao hoạt dịch gân gấp ngón 5 và bao hoạt dịch trụ: Rạch mở bao gân ở cổ tay và nếp ô mô út, phía bờ quay.
- Cầm máu kỹ, để da hở để dẫn lưu mủ.
- Bất động nẹp bột sau phẫu thuật

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 MỎM 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.
- 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 mòm 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 mòm cụt.
 - + Khâu vết mổ.
 - Làm mòm 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 khếp 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 mồm cụt: Băng ép nhẹ nhàng, không hết có thể khâu tăng cường vị trí mồm cụt.
- Nhiễm trùng: Thay băng hàng ngày, cắt chỉ khi tự dịch, nguy cơ nhiễm trùng sâu, lấy dịch cấy vi khuẩn làm kháng sinh đồ, thay kháng sinh khi có kháng sinh đồ.
- Hoại tử mồm cụt: Lộ xương cần cắt cao hơn hoặc chuyển vạt che xương.

PHẪU THUẬT KHX GÃY XƯƠNG SÊN VÀ TRẬT KHỚP

I. ĐẠI CƯƠNG

- Gãy, trật xương sên hay gãy thứ 2 những tổn thương xương ở cổ chân.
- Tỷ lệ hoại tử vô khuẩn xương sên sau chấn thương gãy xương rất cao.

II. CHỈ ĐỊNH

- Gãy thân xương sên di lệch nhiều.
- Gãy trật xương sên.
- Gãy cổ xương sên di lệch.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Khi tình trạng phần mềm cổ bàn chân không ổn định.

IV. CHUẨN BỊ

- 1. Người thực hiện:** Phẫu thuật viên chuyên ngành chấn thương chỉnh hình đã được đào tạo.
- 2. Người bệnh:** Chuẩn bị tâm lý, hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính.
- 3. Phương tiện:** Bộ dụng cụ phẫu thuật thông thường.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế:

Người bệnh nằm ngửa, chân duỗi.

2. Vô cảm:

Tê tủy sống hoặc mê khí quản.

3. Kỹ thuật:

- Garo gốc chi bằng garo hơi hoặc garo chun.
- Rạch da (tùy thuộc vào trị trí tổn thương có thể đi đường trước, bên trong, sau, hoặc phối hợp 2 đường)
- Đặt lại diện gãy.
- Cố định bằng vis xóp hoặc kirschner wires.
- Có thể kiểm tra bằng máy C-arm nếu có.
- Rửa sạch.
- Đóng da.
- Tháo garô.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi:

- 3 ngày đầu sau mổ: Theo dõi dấu hiệu sinh tồn, tình trạng băng vết thương, vận động, cảm giác bàn ngón chân.
- Những ngày tiếp theo: Tình trạng nhiễm trùng, rối loạn dinh dưỡng.
- Theo dõi xa: Nguy cơ hoại tử xương sên vô khuẩn.

2. Xử trí tai biến:

- Chảy máu vết mổ: Băng ép hoặc khâu tăng cường.

- Nhiễm trùng: Phân biệt NT nông hay sâu để xử trí.
- Rối loạn dinh dưỡng: Gác cao chân, chườm lạnh, thuốc chống phù nề.
- Hoại tử xương sên: Gây đau nhiều, lấy bỏ, đóng cứng khớp.

PHẪU THUẬT KHẸP GỠ XƯƠNG GÓT

I. ĐẠI CƯƠNG

- Chiếm 60% gãy xương ở tủy cốt bàn chân, di chứng tàn phế có tỉ lệ cao.
- Thường nguyên nhân do ngã cao, cần thiết phải loại trừ những thương tổn cột sống.

II. CHỈ ĐỊNH

- Gãy nội khớp di lệch
- Gãy ngoại khớp: gãy lồi củ trước, gãy bong điểm bám Achille, gãy ngang sau gót kiểu mỏ vịt.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Phần mềm cẳng chân chưa ổn định do gãy hở, rối loạn dinh dưỡng.

CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình có kinh nghiệm

2. Người bệnh

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

3. Phương tiện

Bộ dụng cụ phẫu thuật CTCH thông thường.

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: Người bệnh nằm ngửa

2. Vô cảm: Tê tủy sống hoặc mê khí quản

3. Kỹ thuật (KHẸP GỠ SỬ DỤNG NẸP VIS, VIS XỐP TỰ DO)

- Garo gốc chi bằng garo hơi hoặc garo chun.
- Sát trùng betadine vùng chi phẫu thuật.

- Rạch da mặt ngoài theo một đường cong phía sau mắt cá ngoài từ trên cổ chân đến bàn chân giữa.
- Sắp xếp các mảnh gãy, kiểm tra diện sên gót.
- Có thể sử dụng nẹp vis dùng cho xương gót hoặc sử dụng các vis xóp tự do cố định các mảnh gãy.
- Làm sạch, dẫn lưu áp lực âm.
- Bó bột căng bàn chân tư thế cơ năng.
- Đóng da.
- Tháo garo.

V. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi:

- 3 ngày đầu sau mổ: Dấu hiệu sinh tồn, vận động cảm giác chi thể, tình trạng vết thương
- Những ngày sau: Tình trạng nhiễm trùng, rối loạn dinh dưỡng

2. Xử trí tai biến:

- Chảy máu vết mổ: Băng ép hoặc khâu tăng cường.
- Nhiễm trùng: Phân biệt NT nông hay sâu để xử trí.
- Rối loạn dinh dưỡng: Gác cao chân, chườm lạnh, thuốc chống phù nề.

PHẪU THUẬT KHẸP CHẤN THƯƠNG LISFRANC VÀ BÀN CHÂN GIỮA

I. ĐẠI CƯƠNG

- Chấn thương Lisfranc là chấn thương diện khớp bàn ngón và khối xương bàn chân giữa.
- Chấn thương bàn chân giữa bao gồm các chấn thương của khối xương bàn chân giữa bao gồm gãy xương thuyền, xương hộp và 3 xương chêm.

II. CHỈ ĐỊNH

- Gãy xương thuyền có mảnh gãy > 20 % diện khớp, di lệch nhiều.
- Gãy xương hộp, xương chêm gây trật khớp điều trị bảo tồn thất bại.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân chống chỉ định phẫu thuật.
- Người bệnh già yếu không có khả năng đi lại.

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 chuyên ngành phẫu thuật chi dưới.
- 4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút**

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- 1. Tư thế:** Người bệnh nằm ngửa, duỗi cẳng chân.
- 2. Vô cảm:** Tê tủy sống hoặc mê khí quản.
- 3. Kỹ thuật:**
 - Garo hơi hoặc garo chun gốc chi.
 - Tùy theo xương gãy mà đi đường mổ phía bên trong hoặc bên ngoài.
 - Bộc lộ vị trí gãy xương, trật khớp.
 - Đặt lại xương khớp theo tư thế giải phẫu.
 - Cố định diện gãy sử dụng vis tự do hoặc K.wire.
 - Làm sạch.
 - Đóng da.
 - Bột cẳng bàn chân.
 - Tháo garo.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi

- 3 ngày đầu sau mổ: Dấu hiệu sinh tồn, vận động cảm giác chi thể, tình trạng vết thương
- Những ngày sau: Tình trạng nhiễm trùng, rối loạn dinh dưỡng

2. Xử trí tai biến

- Chảy máu vết mổ: Băng ép hoặc khâu tăng cường.
- Nhiễm trùng: Phân biệt NT nông hay sâu để xử trí.
- Rối loạn dinh dưỡng: Gác cao chân, chườm lạnh, thuốc chống phù nề.

PHẪU THUẬT KHX GÃY XƯƠNG ĐÓT BÀN VÀ ĐÓT NGÓN CHÂN

I. ĐẠI CƯƠNG

- Gãy đốt bàn chân hay gãy do chấn thương trực tiếp.
- Với cấu trúc 3 trụ chịu lực tại bàn chân nên cần xem xét kỹ thương tổn đưa ra phương pháp điều trị thích hợp.

II. CHỈ ĐỊNH

- Gãy đốt bàn di lệch.
- Gãy hở.
- Gãy cả 5 xương.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Khi tình trạng phần mềm bàn chân chưa ổn định

IV. CHUẨN BỊ

- 1. Người thực hiện:** Phẫu thuật viên chuyên ngành chấn thương chỉnh hình.
- 2. Người bệnh:** Chuẩn bị tâm lý, hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính.
- 3. Phương tiện:** Bộ dụng cụ KHX bàn chân
- 4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút**

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- 1. Tư thế:** Người bệnh nằm ngửa, duỗi cẳng chân.
- 2. Vô cảm:** Tê tủy sống hoặc mê khí quản.
- 3. Kỹ thuật**
 - Garo gốc chi bằng garo hơi hoặc garo chun
 - Sát trùng chi chấn thương.
 - Rửa da mặt mu chân.
 - Đặt lại diện gãy.
 - KHX bằng K.Wire hoặc nẹp vis.
 - Làm sạch.
 - Đóng da.
 - Tháo garo.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi

- 3 ngày đầu sau mổ: Dấu hiệu sinh tồn, vận động cảm giác chi thể, tình trạng vết thương
- Những ngày sau: Tình trạng nhiễm trùng, rối loạn dinh dưỡng

2. Xử trí tai biến

- Chảy máu vết mổ: băng ép hoặc khâu tăng cường.
- Nhiễm trùng: phân biệt NT nông hay sâu để xử trí.
- Rối loạn dinh dưỡng: gác cao chân, chườm lạnh, thuốc chống phù nề.

PHẪU THUẬT KHẸP TRẬT KHỚP DƯỚI SÊN

I. ĐẠI CƯƠNG

- Trật khớp dưới sên là trật khớp giữa xương sên và xương gót.
- Là một chấn thương nặng, cần phải phẫu thuật để lấy lại chức năng vận động của cổ bàn chân. Tỷ lệ di chứng cao.

II. CHỈ ĐỊNH: Khi đã chẩn đoán trật khớp dưới sên đều cần phẫu thuật.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Khi tình trạng phần mềm vùng cổ bàn chân không ổn 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 hành chính đầy đủ.
- 3. Phương tiện:** Bộ dụng cụ phẫu thuật chi dưới, C-arm hỗ trợ.
- 4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút**

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- 1. Tư thế:** Người bệnh nằm ngửa, tư thế duỗi chân.
- 2. Vô cảm:** Tê tủy sống hoặc mê khí quản.
- 3. Kỹ thuật**
 - Garo hơi hoặc garo chun gốc chi.
 - Rửa da theo một đường cong phía trong sau dưới mắt cá trong khoảng 10cm.
 - Phẫu tích tách gân chày sau, gấp dài ngón I ra trước, bó mạch chày sau và gấp chung các ngón ra sau.
 - Qua hệ thống dây chằng Delta bộc lộ khớp dưới sên.
 - Làm sạch diện khớp.
 - Đặt lại khớp (nếu có thể nên sử dụng C-arm để kiểm tra diện khớp).

- Cố định diện khớp sên gót, sên thuyền bằng K.wire.
- Làm sạch.
- Phục hồi lại hệ thống dây chằng Delta.
- Đóng vết mổ.
- Bột căng bàn chân.
- Tháo garo.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi:

- 3 ngày đầu sau mổ: DHST, vận động cảm giác chi thể, tình trạng vết thương.
- Những ngày sau: Tình trạng nhiễm trùng, rối loạn dinh dưỡng

2. Xử trí tai biến:

- Chảy máu vết mổ: Băng ép hoặc khâu tăng cường.
- Nhiễm trùng: phân biệt NT nông hay sâu để xử trí.
- Rối loạn dinh dưỡng: Gác cao chân, chườm lạnh, thuốc chống phù nề.

PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG GỖY TRẬT KHỚP CỔ CHÂN Ở TRẺ EM

I. ĐẠI CƯƠNG

- Ở trẻ em hệ thống dây chằng, bao khớp vững chắc hơn hệ thống xương.
- Chấn thương gây gãy xương, trật khớp vùng cổ chân là thương tổn phổ biến nhất trong các tổn thương xương khớp ở trẻ em.
- Điều trị cần nắn chỉnh tốt giải phẫu và cố định vững chắc diện gãy tránh các di chứng về sau.

II. CHỈ ĐỊNH

- Gãy trật khớp cổ chân có di lệch diện khớp (Salter Harris III, IV).
- Gãy trật khớp cổ chân kèm theo tổn thương mạch máu, thần kinh chính vùng cổ chân.
- Gãy trật hở khớp cổ chân có di lệch xương khớp.
- Gãy trật khớp cổ chân có di lệch đã nắn chỉnh và điều trị bảo tồn thất bại.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Gãy trật khớp cổ chân không di lệch diện khớp (Salter Harris I, II).

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

Phẫu thuật viện chuyên khoa chấn thương chỉnh hình đã được đào tạo về phẫu thuật nhi.

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, thụt tháo, vệ sinh vùng mổ, kháng sinh dự phòng.

3. Phương tiện, trang thiết bị:

Bộ dụng cụ mổ chấn thương nhi.

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

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 40 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: Người bệnh nằm ngửa.

2. Vô cảm: 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.

Bước 2: Dùng garo hơi trong mổ với áp lực bằng hai lần áp lực động mạch tối đa.

Bước 3: Rạch da đường đường mổ phía trong, ngoài hoặc phía trước khớp cổ chân tùy theo thương tổn cần chỉnh.

Bước 4: Rạch cân và bao khớp để vào bộc lộ vùng mặt khớp gãy di lệch. Bước 5: Nắn chỉnh đặt lại khớp, cố định bằng các đinh kirschner diện khớp. Bước 6: Cầm máu, làm sạch khớp và đặt dẫn lưu.

Bước 7: Đóng cân và dây chằng theo các lớp giải phẫu.

Bước 8: Đóng da hai lớp (dưới da và khâu da).

Bước 9: Cố định bột tùy theo thương tổn (nẹp bột hoặc bột căng bàn chân rạch dọc).

VI. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ 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 cho bố mẹ.

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.

CỤT CHẤN THƯƠNG CỔ VÀ BÀN CHÂN

I. ĐẠI CƯƠNG

- Là phẫu thuật sửa mỗm cụt vùng cổ và bàn chân do chấn thương.
- Lựa chọn độ dài mỗm cụt tùy thuộc vào: tình trạng chảy máu chi trong mổ, mức độ tổn thương da và phần mềm, tình trạng xương gãy.

II. CHỈ ĐỊNH

- Các người bệnh có chấn thương gây cụt vùng cổ và bàn chân.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tình trạng chi thể dập nát nhiều cần phẫu thuật cắt cụt phần chi thể cao hơn.
- Tình trạng toàn thân quá nặng nguy hiểm tính mạng người bệnh.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

- Phẫu thuật viên chuyên khoa chấn thương chỉnh hình đã được đào tạo.
- 2 PTV phụ mổ.

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, vệ sinh vùng mổ, kháng sinh dự phòng.

3. Phương tiện, trang thiết bị:

- Bộ dụng cụ mổ cắt cụt cẳng chân.

- 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.

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

Bước 3: Đánh rửa làm sạch vết thương trong mổ.

Bước 4: Cắt lọc, làm sạch móm cụt và nhận định tổn thương, việc lựa chọn cắt vùng bàn chân trước, tháo khớp vùng bàn chân giữa (Lisfranc, Chopart), hay cắt vùng bàn chân sau (Pirigoff, Boyd) tùy thuộc vào tình trạng da, phần mềm có thể che phủ được móm cụt hay không cũng như tình trạng cấp máu nuôi dưỡng móm cụt.

Bước 5: Cầm máu và đặt dẫn lưu tùy theo thương tổn.

Bước 6: Đóng cân và da che phủ móm cụt.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ 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 vùng móm cụt: Màu sắc da, vết thương.

- 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 CHÀY TRƯỚC

I. ĐẠI CƯƠNG

- Tồn thương gân cơ chày trước chủ yếu gặp trong các vết thương vùng bàn chân, cổ chân và phần dưới mắt trong cẳng chân.
- Là một trong các cơ quan trọng giúp bàn chân gấp về phía mu chân và xoay trong bàn 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 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 cổ chân.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

- Phẫu thuật viên chuyên khoa chấn thương chỉnh hình.
- 2 PTV phụ mổ.

2. Người bệnh:

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

3. Phương tiện, trang thiết bị:

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

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 40phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: Người bệnh nằm ngửa.

2. Vô cảm:

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

3. Kỹ thuật:

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

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

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

Bước 4: Rạch da theo đường đi của gân tùy theo vị trí đứt (nên đốt bàn ngón 1 qua mắt trước khớp cổ chân đến sát phía ngoài mào chày).

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 DUỖI DÀI NGÓN MỘT

I. ĐẠI CƯƠNG

- Tồn 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 viên chuyên khoa chấn thương chỉnh hình.
- 2 PTV phụ mổ.

2. Người bệnh:

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

3. Phương tiện, trang thiết bị:

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

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 40phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: Người bệnh nằm ngửa.

2. Vô cảm:

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

3. Kỹ thuật:

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

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

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

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

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

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

Bước 7: Đóng da hai lớp (dưới da và khâu da). Bước 8: Nẹp bột cẳng bàn chân tư thế cơ năng.

VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỔ

1. Theo dõi

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

2. Tai biến và xử trí

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

PHẪU THUẬT TỒN THƯƠNG GÂN CƠ MÁC BÊN

I. ĐẠI CƯƠNG

- Tồn thương gân cơ mạc bên chủ yếu gặp trong các vết thương vùng bàn chân sau, cổ chân và mặt bên ngoài cẳng chân.
- Là một trong các cơ quan trọng giúp bàn chân gấp về phía mu chân và xoay ngoài bàn 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 mặt ngoài bàn chân sau, 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 cổ chân.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

- Phẫu thuật viên chuyên khoa chấn thương chỉnh hình.
- 2 PTV phụ mổ.

2. Người bệnh:

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

3. Phương tiện, trang thiết bị:

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

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 40phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: Người bệnh nằm ngửa.

2. Vô cảm:

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

3. Kỹ thuật:

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

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

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

Bước 4: Rạch da theo đường đi của gân tùy theo vị trí đứt (nền đốt bàn ngón 5 qua mặt ngoài khớp cổ chân đến sát phía sau mắt cá ngoài và xương mác).

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 cố định 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 TÔN THƯƠNG GÂN CƠ CHÀY SAU

I. ĐẠI CƯƠNG

- Tôn thương gân cơ chày sau 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 bàn chân gấp về phía gan chân và xoay trong 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 bàn chân sau mặt 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 cổ chân.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

- Phẫu thuật viên chuyên khoa chấn thương chỉnh hình
- 2 PTV phụ mổ.

2. Người bệnh:

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

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

3. Phương tiện, trang thiết bị:

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

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 40phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: Người bệnh nằm ngửa.

2. Vô cảm:

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

3. Kỹ thuật:

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

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

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

Bước 4: Rạch da theo đường đi của gân tủy theo vị trí đứt (nên đốt bàn ngón I mặt gan chân, 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 S: 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.

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 chi vết mổ, thay băng làm sạch vết mổ hàng ngày, dùng thuốc theo kháng sinh đồ.

PHẪU THUẬT LẤY XƯƠNG CHẾT NẠO VIÊM

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm tủy xương là bệnh nhiễm trùng trong xương, nhiễm trùng có thể từ đường máu hoặc có thể do chấn thương lộ xương tiếp xúc với vi khuẩn

Phẫu thuật để loại bỏ tổ chức hoại tử lấy bỏ phần xương chết

II. CHỈ ĐỊNH

- Viêm xương đường máu
- Viêm xương sau chấn thương thường gặp sau gãy xương hở, sau mổ kết hợp xương

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh mắc các bệnh lý về rối loạn đông máu có thể gây chảy máu không cầm

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

- Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình, người phụ
- 2 PTV phụ mổ.

2. Người bệnh:

- Được giải thích về tình trạng bệnh tật, lợi ích, rủi ro và các biến chứng có thể xảy ra
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính và xét nghiệm

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

4. 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: Lấy bỏ tổ chức hoại tử

Bước 4: Tháo dụng cụ kết hợp xương nếu có

Bước 5:Đục bỏ xương viêm, mở cửa sổ xương, bơm rửa ống tủy, lấy xương chết

Bước 6: Tìm các đường dò để mổ lấy hết đường dò

Bước 7: Nếu xương không vững cố định xương bằng khung cố định ngoài hoặc bột

Bước 8: Dẫn lưu

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi

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

- Hướng dẫn tập phục hồi chức năng sau mổ

2. Tai biến và xử trí

- Chảy máu: Băng ép cầm máu nếu không được thì mổ lại cầm máu

- Nhiễm trùng: Thay kháng sinh, điều trị theo kháng sinh đồ, bù nước và điện giải cho người bệnh

- Xương không liền: Mổ lại khi hết nhiễm trùng

- Cal lệch: Mổ chỉnh trục khi hết nhiễm trùng

RÚT ĐINH/THÁO PHƯƠNG TIỆN KẾT HỢP XƯƠNG

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

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

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

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

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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh không có nhu cầu phẫu thuật

- Xương chưa liền, cal xương chưa vững chắc

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

- Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình, người phụ

- 2 PTV phụ mổ.

2. Người bệnh:

- Được giải thích về tình trạng bệnh tật, lợi ích, 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: 40 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm:

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

2. Kỹ thuật:

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

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

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi

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

2. Tai biến và xử trí

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

PHẪU THUẬT KHẸP KHỚP GIẢ XƯƠNG ĐÒN

I. ĐẠI CƯƠNG

- Khớp giả xương đòn là di chứng sau gãy xương đòn, hay gặp trong các vị trí khớp giả, đặc biệt sau gãy hở, chấn thương năng lượng lớn, tổn thương phần mềm và mạch nuôi dưỡng...

II. CHỈ ĐỊNH

- Khớp giả xương đòn nếu không được can thiệp sẽ không có khả năng liền vì vậy được chỉ định cho mọi trường hợp khớp giả xương đòn đã được chẩn đoán.

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. Có hai phụ mổ

2. Phương tiện: Khoan xương nẹp bản nhỏ và vít 3.5mm

3. Người bệnh: Vệ sinh sạch sẽ. Nhịn ăn uống 6 giờ trước phẫu thuật.

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 60 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

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

2. Kỹ thuật kết hợp xương:

- Đường rạch: Rạch da theo sọc mỡ cũ mặt trước xương đòn.
- Bộc lộ ổ khớp giả xương chày, tránh bóc tách, phá hủy nhiều phần mềm và màng xương.
- Lấy bỏ các tổ chức xơ kết vào ổ gãy. Làm sạch diện gãy.
- Khoan thông ống tủy.
- Đặt lại diện gãy và các mảnh rời nếu có.
- Đặt phương tiện kết xương: nẹp vis
- Ghép xương xóp tự thân lấy từ mào chậu.
- Cầm máu
- Đặt 1 dẫn lưu.

VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỔ

- 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

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

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

PHẪU THUẬT THƯƠNG TÍCH PHẦN MỀM CÁC CƠ QUAN VẬN ĐỘNG

I. ĐẠI CƯƠNG

- Thương tích phần mềm cơ quan vận động là một tổn thương hay gặp trong tai nạn lao động, sinh hoạt, giao thông...
- Cần phát hiện các thương tích về da, gân cơ, thần kinh, xương, mạch máu để có thái độ xử trí kịp thời, phù hợp

II. CHỈ ĐỊNH

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

IV. CHUẨN BỊ

- 1. Người bệnh:** Tâm lý cho người bệnh, hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính và các xét nghiệm.
- 2. Người thực hiện:** Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình và hai người phụ
- 3. Phương tiện trang thiết bị:** Bộ dụng cụ phẫu thuật chấn thương chung
- 4. Dự kiến thời gian phẫu thuật:** 60 - 90 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- 1. Vô cảm:** Gây tê hoặc gây mê

2. Kỹ thuật:

- Đánh rửa vết thương bằng xà phòng và nước muối cho sạch, Vệ sinh và chải răng 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 chi, 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