

1. CỐ ĐỊNH NẸP VÍT GÃY THÂN XƯƠNG CÁNH TAY NGƯỜI LỚN

I. ĐẠI CƯƠNG

Gãy thân xương cánh tay được tính từ cổ phẫu thuật xương cánh tay trên chỗ bám cơ ngực to đến vùng trên lồi cầu xương cánh tay.

Có thể điều trị bảo tồn nắn bó bột với các di lệch ít vẫn chấp nhận được.

Phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít vững chắc giúp người bệnh phục hồi cơ năng tốt.

Có hai biến chứng hàng đầu là liệt thần kinh quay và khớp giả.

II. CHỈ ĐỊNH

- Gãy thân xương cánh tay kín ít di lệch.
- Gãy thân xương cánh tay có tổn thương thần kinh quay.
- Gãy hở thân xương cánh tay có kèm theo các biến chứng khác hoặc không (tổn thương mạch máu, thần kinh,...)

- Điều trị bảo tồn không kết quả (khớp giả, can lệch,...)

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. Phương tiện.

- Bộ dụng cụ kết hợp xương cho xương cánh tay.
- Bộ nẹp vít cho xương cánh tay.

3. 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...). Nhịn ăn trước 6 giờ.

4. Hồ sơ bệnh án.

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

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm.

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

2. Kỹ thuật.

- Tư thế người bệnh: nằm ngửa, tay gãy xuôi thân mình.
- Đường mổ: Rạch da 10 - 12cm dọc theo đường trước ngoài 1/3 giữa, nếu gãy thấp thì theo phần rãnh nhị đầu ngoài.
- Tách vách liên cơ giữa cơ cánh tay trước và khối cơ phía sau; trên là cơ delta, dưới là cơ ngửa dài và rãnh nhị đầu ngoài.

- Tìm và bóc lộ thần kinh quay, tách rời thật nhẹ nhàng và kéo với một dây mềm. Thần kinh quay đi phía sau, từ trong ra ngoài, từ trên xuống dưới trong rãnh xoắn 1/3 giữa xương cánh tay có động mạch cánh tay sâu đi kèm.
- Bóc lộ hai đầu xương gãy đủ để đặt nẹp, làm sạch đầu xương.
- Đặt lại xương, ốp nẹp và cố định với kim kẹp xương giữ nẹp hai bên.
- Bắt vít để cố định nẹp: ít nhất 3 vít cho mỗi đầu xương gãy (từ 6 - 8 vít cho ổ 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.
- Túi treo tay hoặc nẹp bột cánh cẳng bàn tay khuỷu 90° trong 10 ngày.

Chú ý:

- + Khi bóc lộ thần kinh quay: bóc tách thật nhẹ nhàng tránh gây liệt sau mổ.
- + Tránh làm tổn thương động mạch cánh tay sâu khi bóc lộ thần kinh quay.
- + Nếu thần kinh quay đã bị đứt khi gãy xương thì cố định ổ gãy với nẹp vít rồi tiến hành khâu phục hồi thần kinh. (Type text)
- + Khi khâu lại các lớp tránh để thần kinh quay sát xương mà tách rời bằng đệm cơ.

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.
4. Đứt thần kinh quay đã được khâu nối thì cần điều trị lý liệu pháp sớm tránh teo cơ và theo dõi trong ít nhất 6 tháng.

2. CẮT CỤT CÁNH TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

Cắt cụt cánh tay là phẫu thuật cắt cụt giới hạn từ trên lồi cầu xương cánh tay tới ngang nếp hõm nách. Tùy thuộc vào chức năng chi giả sẽ lắp cho người bệnh mà người ta coi những cắt cụt thấp dưới mỏm trên lồi cầu xương cánh tay như mỏm cụt trong tháo khớp khuỷu, hoặc mỏm cụt trên nếp hõm nách như mỏm cụt trong tháo khớp vai.

Nguyên tắc chung của phẫu thuật cắt cụt là giữ được mỏm cụt càng dài càng tốt.

II. CHỈ ĐỊNH

- Hoại tử tắc mạch cẳng bàn tay.
- Dập nát cẳng bàn tay.
- Cụt chân thương cánh cẳng tay.

- Nhiễm trùng nặng cánh cẳng bàn tay.
- U ác tính cánh cẳng bàn tay.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Chống chỉ định can thiệp Ngoại khoa nói chung

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

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

2. Phương tiện.

Bộ dụng cụ cắt cụt chi trên.

3. 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, tai biến do gây tê đám rối,...), đại diện gia đình ghi vào hồ sơ việc chấp nhận cắt cụt cho người bệnh. Nhịn ăn trước 6 giờ.

4. Hồ sơ bệnh án.

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

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm.

Gây tê đám rối thần kinh trên đòn hoặc gây mê.

2. Kỹ thuật.

- Tư thế người bệnh : nằm ngửa, tay dạng đặt trên bàn nhỏ.

- Rạch da: theo hai vạt trước, sau cánh tay. Đỉnh đường rạch nên cao ngang bằng điểm sẽ cắt xương, hai vạt có chiều dài hơn một lần rưỡi đường kính xương vùng cắt.

- Nếu cắt cụt trên lồi cầu cánh tay thì cắt hai vạt bằng nhau, nếu cắt cao hơn nên cắt vạt trước dài hơn vạt sau để đường khâu ra sau.

- Thắt mạch, cầm máu: Tách động mạch cánh tay (hoặc động mạch nách nếu cắt cụt cao), thắt và cắt ngang mức sẽ cắt xương.

- Cắt thần kinh: Bộc lộ thần kinh quay, giữa, trụ và cắt cao trên mức sẽ cắt xương.

- Cắt cơ: Cắt gân cơ trên mức sẽ cắt xương 2 - 3cm nếu ở vùng trên lồi cầu xương cánh tay, 4 - 5cm nếu ở vùng cao hơn, theo chiều của vạt.

- Cắt xương: Lóc màng xương, dùng cưa dây hoặc cưa rung cắt xương, dũa tròn đầu xương.

- Đóng cơ che phủ mỗm cụt: Khâu các khối cơ khu trước và khu sau bằng các mũi chữ X hoặc chữ U bằng chỉ tiêu cỡ lớn theo các lớp che phủ đầu xương.

- Đặt dẫn lưu nếu cần.

- Đóng da: khâu cân hai vạt bằng các mũi chỉ tiêu, khâu đóng da hai vạt bằng các mũi rời.

- Băng vô khuẩn.

V. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu, tụ máu mồm cụt: mở vết mổ cầm máu, lấy máu tụ, băng ép.
- Nhiễm trùng: tách chỉ vết mổ, làm sạch, để hở.
- Hoại tử mồm cụt: phẫu thuật sửa mồm cụt.
- Căng da mồm cụt: chống phù nề, phẫu thuật sửa lại mồm cụt nếu cần.
- Đau mồm cụt: chống phù nề, giảm đau.
- Chi ma.

3. THÁO KHỚP KHUYU

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật tháo khớp khuỷu là một phẫu thuật đơn giản dễ áp dụng ở các tuyến y tế địa phương. Do phần cánh tay còn dài nên thuận lợi cho việc lắp và sử dụng chi giả của người bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH

- Hoại tử tắc mạch cẳng bàn tay.
- Dập nát cẳng bàn tay.
- Cụt chân thương cánh cẳng tay.
- Nhiễm trùng nặng cẳng bàn tay.
- U ác tính cẳng bàn tay.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện.

Phẫu thuật viên là bác sĩ chuyên khoa ngoại chung đã được đào tạo.

2. Phương tiện.

- Bộ dụng cụ phẫu thuật chi trên.
- Bộ dụng cụ cắt cụt chi trên.

3. 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, tai biến do gây tê đám rối,...), đại diện gia đình ghi vào hồ sơ việc chấp nhận cắt cụt cho người bệnh. Nhịn ăn trước 6 giờ.

4. Hồ sơ bệnh án.

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

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm.

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

2. Kỹ thuật.

2.1. Tư thế người bệnh: nằm ngửa, tay dạng đặt trên bàn nhỏ.

2.2. Rửa da: theo hai vạt trước, sau cánh tay. Đỉnh đường rạch nên cao ngang

bằng mồm trên lồi cầu, hai vạt da có chiều dài 3 – 4 cm.

2.3. Thất mạch, cầm máu: Tách động mạch cánh tay nằm trong rãnh nhị đầu trong, thất hai lần và cắt ngang mức khớp khuỷu.

2.4. Cắt thần kinh: Bộc lộ thần kinh giữa nằm trong rãnh nhị đầu trong; thần kinh trụ nằm trong rãnh thần kinh trụ mặt sau xương cánh tay; thần kinh quay chạy trong rãnh nhị đầu ngoài. Tiến hành cắt cao trên mức sẽ cắt xương 3cm.

2.5. Cắt cơ.

- Phẫu tích cắt dưới chỗ bám 1cm với khối cơ gấp cẳng tay ở lồi cầu trong.
- Tách chỗ bám gân cơ nhị đầu ở xương quay, gân cơ cánh tay ở mồm vạt xương trụ.

- Phẫu tích và cắt khối cơ duỗi cẳng tay bám vào lồi cầu ngoài 6 - 7cm về phía cẳng tay.

- Cắt gân tam đầu cánh tay sát mồm khuỷu.

- Cắt bao khớp phía trước và phía sau.

2.6. Đóng cơ che phủ mồm cụt: Khâu gân cơ tam đầu và gân cơ nhị đầu, cơ cánh tay bằng chỉ không tiêu che phủ đầu xương. Khâu khối cơ duỗi khu ngoài vào gân khối cơ gấp ở mồm lồi cầu trong.

2.7. Đóng da: khâu cân hai vạt bằng các mũi chỉ tiêu, khâu đóng da hai vạt bằng các mũi rời.

2.8. Băng vô khuẩn.

Chú ý: Nên khâu vạt da phủ vừa đủ không căng.

V. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu, tụ máu mồm cụt: mở vết mổ cầm máu, lấy máu tụ, băng ép.

- Nhiễm trùng: tách chỉ vết mổ, làm sạch, để hở.

- Hoại tử mồm cụt: phẫu thuật sửa mồm cụt.

- Căng da mồm cụt: chống phù nề, phẫu thuật sửa lại mồm cụt nếu cần.

- Đau mồm cụt: chống phù nề, giảm đau.

4. PHẪU THUẬT GÃY LÒI CẦU NGOÀI XƯƠNG CÁNH TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

Là loại gãy thường gặp ở trẻ em, khi ngã chống tay lực đẩy dọc theo xương quay làm gãy lồi cầu và nửa ngoài rỗng rọc, do sự co của khối cơ bám vào mồm trên lồi cầu ngoài làm cho mảnh gãy di lệch xoay ra ngoài. Đây là loại gãy xương phải mổ.

II. CHỈ ĐỊNH

- Gãy lồi cầu ngoài xương cánh tay di lệch ra ngoài và ra sau tới sớm.

- Gãy lồi cầu ngoài xương cánh tay đến muộn gây dính khớp và hạn chế cơ năng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Gãy lồi cầu ngoài xương cánh tay cũ di lệch gây di chứng vẹo khuỷu thì khi mổ không can thiệp vào ổ gãy cũ ngoài trừ phẫu thuật đục sửa trục hoặc chuyển thần kinh trụ ra trước do liệt trụ.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện.

Phẫu thuật viên là bác sĩ chuyên khoa chấn thương chỉnh hình đã được đào tạo.

2. Phương tiện:

- Bộ dụng cụ kết hợp xương cho xương cánh tay.

- Vít đường kính 3.5mm các cỡ hoặc kim Kirschner các cỡ.

3. 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 (tổn thương thần kinh trụ, nhiễm trùng, tai biến do gãy tê đám rối...). Nhịn ăn trước 6 giờ.

4. Hồ sơ bệnh án.

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

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

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

2. Kỹ thuật

- Tư thế người bệnh: nằm ngửa, tay gãy xuôi thân mình đặt trên bàn nhỏ.

- Đường mổ: Rạch da 4 - 6cm dọc theo đường ngoài khuỷu từ sát đầu trên xương quay tới trên lồi cầu khoảng 4cm.

- Mở cân và bao khớp trước sát mảnh gãy lồi cầu ngoài, tìm mặt gãy của lồi cầu ngoài, bộc lộ mặt sụn của lồi cầu và một phần ròng rọc. Chú ý bảo vệ chỗ (Type text) bám của các cơ vào vùng trên lồi cầu ngoài, làm sạch máu tụ diện gãy và khớp khuỷu.

- Đặt lại xương: dùng kẹp sừng giữ kéo mảnh gãy xuống và đưa vào vị trí giải phẫu, áp vào mặt gãy đầu dưới xương cánh tay trong tư thế khuỷu gấp 90° và đưa cẳng tay ra ngoài để ép diện gãy.

- Cố định: găm 02 kim kirschner 1.4 – 1.8mm song song, chéch từ ngoài vào trong, từ dưới lên trên; hoặc 1 kim chéch, 1 kim đi ngang diện khớp.

- Vít xỏp nhỏ đường kính 3,5mm, chiều dài 3 – 4cm bắt chéch qua diện gãy.

- Rửa vùng mổ, kiểm tra cầm máu.

- Đặt một dẫn lưu nhỏ 24h.

- Khâu phục hồi các lớp cơ, cân, da theo giải phẫu.

- Băng vô khuẩn.

- Túi treo tay hoặc nẹp bột cánh cẳng bàn tay khuỷu 90° trong 10 ngày.

Chú ý: khi phẫu thuật tránh tổn thương chỗ bám của các cơ vùng trên lồi cầu ngoài. Khi đặt kim kirschner không để lồi lên nhiều dưới da.

V. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi.

- Mạch, nhịp thở, nhiệt độ.
- Tình trạng vết mổ: sưng nề, chảy máu,...
- Kháng sinh, giảm đau.
- Sau 10 ngày tháo nẹp và tập vận động khuỷu nhẹ nhàng.

2. Xử trí.

2.1. Tụ máu: cắt nút chỉ lấy máu tụ.

2.2. Nhiễm khuẩn: cắt chỉ sớm, nạo viêm, làm sạch, lấy kim Kirschner nếu cần.

2.3. Tiêu lòi cầu ngoài: thường do gãy tới muôn hoặc can thiệp mạnh (vít,..), có thể ghép xương nếu cần.

5. PHẪU THUẬT GẮM KIM KIRSCHNER TRONG GÃY POUTEAU COLLES

I. ĐẠI CƯƠNG

Gãy Pouteau Colles là loại gãy phổ biến ở người trưởng thành, định nghĩa là loại gãy đầu dưới xương quay đường gãy cách khe khớp cổ tay 2cm, đường gãy ngoài khớp có di lệch điển hình là đầu dưới xương quay lệch ra ngoài và lệch ra sau.

Đa số các trường hợp có thể điều trị bảo tồn nắn bó bột, hoặc phẫu thuật găm kim Kirschner cố định đều cho kết quả tốt.

Phẫu thuật phải tiến hành với màn huỳnh quang tăng sáng trong mổ.

II. CHỈ ĐỊNH

- Mỏm trâm quay di lệch lên cao, khoảng cách với mỏm trâm trụ nhỏ hơn 5mm (trên phim X.Quang thẳng, bình thường khoảng cách này là 15mm).
- Đầu dưới di lệch mở góc ra sau trên 15° .
- Nắn chỉnh kín thất bại.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện.

Phẫu thuật viên là bác sĩ chuyên khoa chấn thương chỉnh hình đã được đào tạo.

2. Phương tiện.

- Bộ dụng cụ kết hợp xương cho xương cẳng tay.
- Bộ kim kirschner các cỡ, kìm cắt và kìm vặn.
- Máy Xquang có màn tăng sáng (C - arm) trong mổ.

3. 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 (tôn thương động mạch quay, nhiễm trùng, tai biến do gây tê đám rối,...). Nhịn ăn trước 6 giờ.

4. Hồ sơ bệnh án.

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

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm

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

2. Kỹ thuật.

- Tư thế người bệnh: nằm ngửa, tay gãy dạng đặt trên bàn nhỏ không cản quang.

- Nắn chỉnh ổ gãy với máy C - arm: người phụ nắm ngón tay cái theo trục xương quay, tay kia kéo 4 ngón nghiêng về phía trụ, kéo gập nhẹ cổ tay. Người nắn chính nắn ấn đầu dưới ra trước vào trong, kiểm tra với C - arm nếu đạt về giải phẫu thì người phụ giữ cố định không kéo.

- Xuyên chéo hai kim kirschner từ mồm trâm quay qua ổ gãy găm vào vỏ xương cứng đầu trên. Bẻ cong đầu kim và cắt sát mặt da.

Có thể găm 2 hoặc 3 kim kirschner cố định theo các cách sau :

+ Găm hai kim song song từ mồm trâm quay chéo qua ổ gãy vào thành xương đối diện.

+ Găm hai kim chéo nhau từ sát đầu dưới chéo qua ổ gãy.

+ Găm một kim song song từ mồm trâm quay chéo qua ổ gãy vào thành xương đối diện, một kim từ đầu dưới phía sau chéo qua ổ gãy ra phía trước.

+ Găm một kim song song từ mồm trâm quay chéo qua ổ gãy vào thành xương đối diện, một kim từ trên mồm trâm quay song song mặt khớp cố định khớp quay trụ dưới với những trường hợp có mất vững khớp.

- Sát trùng và băng vô khuẩn.

- Bó bột căng bàn tay rạch dọc.

V. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi

2.1. Mạch, nhịp thở, nhiệt độ, toàn trạng.

2.2. Tình trạng đầu chi: sưng nề, tím tái, tê bì,...

2.3. Kháng sinh, giảm đau.

2.4. Gác tay cao, tập vận động nhẹ nhàng đầu ngón.

2. Xử trí.

2.1. Chảy máu: cắt bột, cầm máu, băng ép.

2.2. Nhiễm khuẩn: nạo viêm, làm sạch, lấy kim kirschner nếu cần.

Ghi chú:

- Với các cơ sở phẫu thuật chuyên ngành, có đủ trang thiết bị cần thiết và phẫu thuật viên có kinh nghiệm có thể tiến hành kỹ thuật, mang lại hiệu quả cao.

- Sau phẫu thuật chỉ cần đặt nẹp bột, người bệnh được vận động sớm.

6. PHẪU THUẬT GÃY MỠM TRÊN RÒNG RỌC XƯƠNG CÁNH TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

Gãy mỏm trên ròng rọc chiếm khoảng 3,4% các thương tổn khuỷu tay, thường đi kèm với gãy lồi cầu trong hoặc trật khuỷu (có thể gãy kẹt mảnh xương trong khớp). Điều trị bảo tồn chỉ định với trường hợp gãy ít di lệch.

II. CHỈ ĐỊNH

- Gãy mỏm trên ròng rọc xương cánh tay di lệch trên 1cm.
- Gãy có mảnh xương kẹt trong khớp sau khi nắn chỉnh trật khớp khuỷu.
- Gãy kèm dấu hiệu tổn thương thần kinh trụ.
- Gãy kèm dấu hiệu mất vững khuỷu với động tác vẹo ngoài.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Gãy mỏm trên ròng rọc xương cánh tay trên cơ địa người bệnh yếu kèm bệnh phối hợp không thể can thiệp phẫu thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện.

Phẫu thuật viên là bác sĩ chuyên khoa chấn thương chỉnh hình đã được đào tạo.

2. Phương tiện.

- Bộ dụng cụ kết hợp xương cho xương cánh tay.
- Vít đường kính 3.5mm các cỡ hoặc kim kirschner các cỡ.

3. 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 (tổn thương thần kinh trụ, nhiễm trùng, tai biến do gây tê đám rối...). Nhịn ăn trước 6 giờ.

4. Hồ sơ bệnh án.

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

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

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

2. Kỹ thuật.

- Tư thế người bệnh: nằm ngửa, tay gãy xuôi thân mình đặt trên bàn nhỏ.

- Đường mổ: Rạch da 5 - 7cm dọc theo đường trong khuỷu từ dưới mỏm lồi cầu trong xương cánh tay lên trên.

- Mở cân và bao khớp trước lồi cầu trong, tìm mặt gãy của mỏm trên ròng rọc. Chú ý bảo vệ chỗ bám của các cơ vào vùng trên lồi cầu trong, làm sạch máu tụ diện gãy và khớp khuỷu.

- Tìm mảnh xương gãy di lệch, nếu mảnh xương kẹt trong khớp khuỷu cần tìm lần theo nguyên ủy khối cơ gấp bị cuốn vào trong khớp, làm sạch diện gãy.

- Đặt lại xương: dùng kẹp sãng giữ kéo mảnh gãy xuống và đưa vào vị trí giải phẫu, áp vào mặt gãy đầu dưới xương cánh tay trong tư thế khuỷu gấp 90° và xoay cẳng tay vào trong.

- Cố định: găm 02 kim kirschner 1.4 – 1.8mm, chéch từ trong ra ngoài, từ dưới lên trên; hoặc 1 kim chéch, 1 kim đi ngang diện khớp.

- Vít xỏp nhỏ đường kính 3,5mm, chiều dài 3 – 4cm bắt chéch qua diện gãy.

- Với những gãy cũ không thể lấy mảnh gãy ra khỏi khớp khuỷu cần giải phóng nguyên ủy các cơ gấp cẳng tay và khâu lại vào lồi cầu trong bằng chỉ không tiêu.

- Rửa vùng mổ, kiểm tra cầm máu.

- Đặt một dẫn lưu nhỏ 24h.

- Khâu phục hồi các lớp cân, da theo giải phẫu.

- Băng vô khuẩn.

- Nẹp bột cánh cẳng bàn tay khuỷu 90° trong 4 tuần.

Chú ý: Khi phẫu thuật tránh tổn thương chỗ bám của các cơ vùng trên lồi cầu trong, tránh làm tổn thương thần kinh trụ. Khi đặt kim Kirschner không để lồi lên nhiều dưới da.

V. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi.

2.1. Mạch, nhịp thở, nhiệt độ.

2.2. Tình trạng vết mổ: sưng nề, chảy máu,...

2.3. Kháng sinh, giảm đau.

2.4. Sau 4 tuần tháo nẹp và tập vận động khuỷu nhẹ nhàng. Rút kim hoặc vít sau 6 - 8 tuần.

2. Xử trí.

2.1. Tụ máu: cắt nút chỉ lấy máu tụ.

2.2. Nhiễm khuẩn : cắt chỉ sớm, nạo viêm, làm sạch, lấy kim Kirschner nếu cần.

7. CỐ ĐỊNH NẸP VÍT GỠ THÂN HAI XƯƠNG CẰNG TAY NGƯỜI LỚN

I. ĐẠI CƯƠNG

Là loại gãy thân xương giới hạn từ trên khớp quay cổ tay 4cm lên tới dưới lồi củ nhị đầu 2cm.

Thường gặp sau chấn thương, ảnh hưởng nhiều tới chức năng cẳng bàn tay.

II. CHỈ ĐỊNH

- Gãy kín thân hai xương cẳng tay di lệch.

- Gãy kín thân hai xương cẳng tay nắn bó không kết quả.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Gãy kín thân hai xương cẳng tay ở trẻ em.

IV. CHUẨN BỊ

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

2. Phương tiện.

- Bộ dụng cụ kết hợp xương cho xương cẳng tay.

- Bộ nẹp vít 3.5mm các cỡ.

3. 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 (tổn thương thần kinh quay, trụ, nhiễm trùng, tai biến do gây tê đám rối,...). Nhịn ăn trước 6 giờ.

4. Hồ sơ bệnh án.

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

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

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

2. Kỹ thuật

2.1. Tư thế người bệnh: nằm ngửa, tay gãy dạng 90° đặt trên bàn nhỏ.

2.2. Đường mổ với xương quay

- Gãy 1/3 trên:

Rạch đường trước ngoài (Henry).

Bộc lộ vào phần giữa cơ ngửa dài và khối cơ cánh tay quay, tránh làm thương tổn bó mạch thần kinh quay.

- Gãy 1/3 giữa: Có thể dùng đường rạch sau ngoài hoặc đường Henry, khi bộc lộ xương hướng ra trước tránh gây tụ máu. Tách gân cơ gan tay lớn và gân gấp riêng ngón 1.

- Gãy 1/3 dưới: hai đường rạch thường sử dụng là đường phía ngoài và phía sau.

2.3. Đường mổ với xương trụ.

- Đường mổ phía sau theo hướng từ mỏm khuỷu tới mỏm trâm trụ.

- Bóc tách cân và cơ nhẹ nhàng.

2.4. Làm sạch máu tụ diện gãy.

2.5. Đặt lại xương: dùng kẹp giữ xương nhỏ đưa hai đầu gãy vào vị trí giải phẫu, trong tư thế khuỷu duỗi với xương quay và khuỷu gấp 90° kê ngả vào thân mình với xương trụ.

2.6. Cố định.

Đặt nẹp vít bản nhỏ 6 - 8 lỗ, đảm bảo mỗi đầu gãy cố định ít nhất 3 vít đường kính 3,5mm. Chú ý kiểm tra sấp ngửa bàn tay trong mổ trường khi đặt nẹp vít chính thức.

2.7. Rửa vùng mổ, kiểm tra cầm máu.

2.8. Đặt hai dẫn lưu nhỏ 24giờ.

2.9. Khâu phục hồi các lớp cơ, cân, da theo giải phẫu.

2.10. Băng vô khuẩn.

V. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi.

- Mạch, nhịp thở, nhiệt độ.
- Tình trạng vết mổ: sưng nề, chảy máu,...
- Kháng sinh, giảm đau.
- Sau 3 ngày tập vận động nhẹ nhàng.

2. Xử trí.

- Tụ máu: cắt nút chỉ lấy máu tụ.
- Nhiễm khuẩn : cắt chỉ sớm, nạo viêm, làm sạch, lấy nẹp vít nếu cần.

8. CỐ ĐỊNH ĐÌNH NỘI TỦY GÃY HAI XƯƠNG CẰNG TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

Là loại gãy thân xương giới hạn từ trên khớp quay cổ tay 4cm lên tới dưới lồi củ nhị đầu 2cm.

Thường gặp sau chấn thương, ảnh hưởng nhiều tới chức năng cẳng bàn tay.

II. CHỈ ĐỊNH

- Gãy kín thân hai xương cẳng tay di lệch.
- Gãy kín thân hai xương cẳng tay nắn bó không kết quả.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Gãy kín thân hai xương cẳng tay ở trẻ em (Gãy cành tươi).

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện.

Phẫu thuật viên là bác sĩ chuyên khoa chấn thương chỉnh hình đã được đào tạo.

2. Phương tiện.

- Bộ dụng cụ kết hợp xương cho xương cẳng tay.
- Bộ định nội tủy xương cẳng tay các cỡ.

3. 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 (tổn thương thần kinh quay, trụ, nhiễm trùng, tai biến do gãy tê đám rối,...). Nhịn ăn trước 6 giờ.

4. Hồ sơ bệnh án.

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

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

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

2. Kỹ thuật.

2.1. Tư thế người bệnh: nằm ngửa, tay gãy dạng 90° đặt trên bàn nhỏ.

2.2. Đường mổ với xương quay.

- Gãy 1/3 trên:

Rạch đường trước ngoài (Henry).

Bộc lộ vào phần giữa cơ ngửa dài và khối cơ cánh tay quay, tránh làm thương tổn bó mạch thần kinh quay.

- Gãy 1/3 giữa: Có thể dùng đường rạch sau ngoài hoặc đường Henry, khi bộc lộ xương hướng ra trước tránh gây tụ máu. Tách gân cơ gan tay lớn và gân gấp riêng ngón 1.

- Gãy 1/3 dưới: hai đường rạch thường sử dụng là đường phía ngoài và phía sau.

2.3. Đường mổ với xương trụ.

- Đường mổ phía sau theo hướng từ mỏm khuỷu tới mỏm trâm trụ.

- Bóc tách cân và cơ nhẹ nhàng.

2.4. Làm sạch máu tụ diện gãy.

2.5. Đặt lại xương: dùng kẹp giữ xương nhỏ đưa hai đầu gãy vào vị trí giải phẫu, trong tư thế khuỷu duỗi với xương quay và khuỷu gấp 90° khi nắn xương trụ.

2.6. Cố định.

- Xương quay: căng tay duỗi, rạch da từ mỏm trâm quay lên 1,5cm, tách gân, dùi đóng đinh qua ổ gãy (từ diện gãy ngoại vi tới diện gãy trung tâm).

- Xương trụ: căng tay gấp 90° , rạch da từ mỏm khuỷu 1,5cm, tách gân cơ tam đầu, bộc lộ mỏm khuỷu dùi đóng đinh xuôi dòng qua ổ gãy.

2.7. Rửa vùng mổ, kiểm tra cầm máu.

2.8. Đặt hai dẫn lưu nhỏ 24 giờ.

2.9. Khâu phục hồi các lớp cơ, cân, da theo giải phẫu.

2.10. Băng vô khuẩn.

V. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi.

- Mạch, nhịp thở, nhiệt độ.

- Tình trạng vết mổ: sưng nề, chảy máu,...

- Kháng sinh, giảm đau.

- Sau 3 ngày tập vận động nhẹ nhàng.

2. Xử trí

- Tụ máu: cắt nút chỉ lấy máu tụ.

- Nhiễm khuẩn: cắt chỉ sớm, nạo viêm, làm sạch, lấy đinh nội tủy nếu cần.

9. CỐ ĐỊNH ĐINH NỘI TỦY GÃY MỘT XƯƠNG CẰNG TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

Là loại gãy thân xương giới hạn từ trên khớp quay cổ tay 4cm lên tới dưới lồi củ nhị đầu 2cm.

Thường gặp sau chấn thương, ảnh hưởng nhiều tới chức năng cẳng bàn tay.

II. CHỈ ĐỊNH

- Gãy kín thân xương quay hoặc xương trụ cẳng tay di lệch.

- Gãy kín thân xương quay hoặc xương trụ cẳng tay nắn bó không kết quả.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Gãy kín thân xương quay hoặc xương trụ cẳng tay không di lệch.
- Gãy kín thân xương quay hoặc xương trụ cẳng tay ở trẻ em.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện.

Phẫu thuật viên là bác sĩ chuyên khoa chấn thương chỉnh hình đã được đào tạo.

2. Phương tiện.

- Bộ dụng cụ kết hợp xương cho xương cẳng tay.
- Bộ định nội tủy xương cẳng tay các cỡ.

3. 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 (tổn thương thần kinh quay, trụ, nhiễm trùng, tai biến do gãy tê đám rối,...). Nhịn ăn trước 6 giờ.

4. Hồ sơ bệnh án.

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

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

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

2. Kỹ thuật.

2.1. Tư thế người bệnh: nằm ngửa, tay gãy dạng 45° đặt trên bàn nhỏ.

2.2. Đường mổ với xương quay:

- Gãy 1/3 trên:

Rạch đường trước ngoài (Henry). Bộc lộ vào phần giữa cơ ngửa dài và khối cơ cánh tay quay, tránh làm thương tổn bó mạch thần kinh quay.

- Gãy 1/3 giữa: Có thể dùng đường rạch sau ngoài hoặc đường Henry, khi bộc lộ xương hướng ra trước tránh gây tụ máu. Tách gân cơ gan tay lớn và gân gấp riêng ngón 1.

- Gãy 1/3 dưới: hai đường rạch thường sử dụng là đường phía ngoài và phía sau.

2.3. Đường mổ với xương trụ.

- Đường mổ phía sau theo hướng từ mỏm khuỷu tới mỏm trâm trụ.

- Bóc tách cân và cơ nhẹ nhàng.

2.4. Làm sạch máu tụ diện gãy.

2.5. Đặt lại xương: dùng kẹp giữ xương nhỏ đưa hai đầu gãy vào vị trí giải phẫu, trong tư thế khuỷu duỗi với xương quay và khuỷu gấp 90° kê ngả vào thân mình với xương trụ.

2.6. Cố định.

- Xương quay: cẳng tay duỗi, rạch da từ mỏm trâm quay lên 1,5cm, tách gân, dùi đóng đinh ngược dòng qua ổ gãy.

- Xương trụ: căng tay gấp 90°, rạch da từ mỏm khuỷu 1,5cm, tách gân cơ tam đầu, bộc lộ mỏm khuỷu dùi đóng đinh xuôi dòng qua ổ gãy.

2.7. Rửa vùng mổ, kiểm tra cầm máu

2.8. Đặt hai dẫn lưu nhỏ 24giờ.

2.9. Khâu phục hồi các lớp cơ, cân, da theo giải phẫu

2.10. Băng vô khuẩn

V. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi.

- Mạch, nhịp thở, nhiệt độ.

- Tình trạng vết mổ: sưng nề, chảy máu,...

- Kháng sinh, giảm đau.

- Sau 3 ngày tập vận động nhẹ nhàng.

2. Xử trí.

- Tụ máu: cắt nút chỉ lấy máu tụ.

- Nhiễm khuẩn: cắt chỉ sớm, nạo viêm, làm sạch, lấy đinh nội tủy nếu cần.

10. PHẪU THUẬT CẤP CỨU BÀN TAY TỖN THƯƠNG GÂN GẤP, GÂN DUỖI VÙNG 4, 5

I. ĐẠI CƯƠNG

Thương tích bàn tay là tổn thương phối hợp thường gặp trong cấp cứu. Vết thương gân gấp, gân duỗi vùng 4, 5 là phổ biến nhất (là vùng đi từ trên nếp lằn cổ tay tới hết 1/3 dưới cẳng tay), hay gây di chứng kéo dài, ảnh hưởng tâm lý và điều trị tốn kém.

Lý tưởng nhất là tất cả các tổn thương được XỬ TRÍ ngay thì đầu.

II. CHỈ ĐỊNH

Các loại tổn thương gân gấp, gân duỗi.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Khâu nối gân một thì khi vết thương đứt gân trên ba tuần hoặc có nhiễm trùng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện.

Phẫu thuật viên là bác sĩ chuyên khoa chấn thương chỉnh hình đã được đào tạo về phẫu thuật bàn tay.

2. Phương tiện.

- Bộ dụng cụ phẫu thuật bàn tay.

- Kim và chỉ chuyên dùng (chỉ monofile 4 - 5/0).

3. 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 (tổn thương thần kinh, nhiễm trùng, dính gân, tai biến do gây tê đám rối,...). Nhịn ăn trước 6 giờ.

4. Hồ sơ bệnh án.

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

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm.

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

2. Kỹ thuật.

2.1. Tư thế người bệnh: nằm ngửa, tay gãy dạng đặt trên bàn nhỏ.

2.2. Garo hơi, đặt ở góc chi: áp lực 220 – 250mmHg.

2.3. Rạch da theo đường chữ Z: có thể mở rộng tùy theo thương tổn.

2.4. Bóc tách tìm các đầu gân và phẫu tích đánh giá thương tổn các bó mạch, thần kinh (thần kinh giữa, bó mạch thần kinh trụ, bó mạch thần kinh quay). Tránh làm tổn thương, đung dập các đầu gân, nếu đầu gân dập nát cần cắt gọn tới vùng lành, với nguyên tắc cắt lọc tiết kiệm tối đa.

2.5. Dùng chỉ monofile 4 - 5/0 khâu nối các đầu gân tương ứng tận tận theo kỹ thuật Kessler, Kessler cải tiến, Kleinert hoặc Stuge. Khâu nối tất cả các gân nếu điều kiện cho phép.

2.6. Khâu nối động mạch tận tận bằng chỉ 8/0 - 9/0, với kính vi phẫu nếu có.

2.7. Khâu nối thần kinh tận tận, có thể khâu bao thần kinh, khâu bao bó hoặc khâu đầu tận các bó sợi thần kinh bằng chỉ 8/0 - 9/0, với kính vi phẫu nếu có.

2.8. Rửa vùng mổ, kiểm tra cầm máu.

2.9. Khâu phục hồi da bằng chỉ nylon.

2.10. Băng vô khuẩn.

2.11. Đặt nẹp bột ở tư thế cơ năng chùng gân.

- Với khâu nối gân gấp : khớp cổ tay gấp 20° - 30°, khớp bàn ngón gấp 40°

- 60 độ, các khớp gian đốt gấp nhẹ.

- Với khâu nối gân duỗi : khớp cổ tay duỗi 20° - 30°, khớp bàn ngón gấp 40°

- 10 độ, các khớp gian đốt gấp nhẹ.

V. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TẠI BIẾN

1. Theo dõi.

- Tình trạng toàn thân: mạch, nhịp thở, nhiệt độ.

- Tình trạng vết mổ: sưng nề, chảy máu,...

- Kháng sinh, giảm đau.

- Tập phục hồi chức năng sớm.

2. Xử trí.

- Tụ máu: cắt nút chỉ lấy máu tụ, cầm máu.

- Nhiễm khuẩn: cắt chỉ sớm, nạo viêm, làm sạch, thay băng hàng ngày.

- Đứt lại sau mổ: tùy tình huống mà tiến hành khâu nối lại một thì hoặc hai thì.

- Dính gân sau phẫu thuật: tùy tình huống mà tiến hành tập phục hồi chức năng

hoặc phẫu thuật gỡ đinh gân.

11. PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG ĐÒN

I. ĐẠI CƯƠNG

- Gãy xương đòn chủ yếu được điều trị bảo tồn.
- Tỷ lệ liền xương cao (trên 90%).

II. CHỈ ĐỊNH PHẪU THUẬT

1. Không liền xương.
2. Gãy có biến chứng: gãy xương hở, có tổn thương thần kinh, mạch máu.
3. Gãy đầu ngoài xương đòn, di lệch như ở trật khớp cùng - đòn, điều trị bảo tồn không kết quả.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Gãy ít lệch.
2. Gãy ở người già, trẻ em.
3. Đang mắc bệnh nhiễm trùng khác.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện.
 - Phẫu thuật viên thành thạo trong phẫu thuật kết hợp xương đòn bằng đinh Kirschner hoặc nẹp vít.
2. Phương tiện.
 - Bộ dụng cụ phẫu thuật thông thường.
 - Bộ dụng cụ kết hợp xương: đinh Kirschner các cỡ, khoan tay, khoan điện, kim giữ xương...
3. Người bệnh.
 - Giải thích kỹ cho người bệnh và người nhà người bệnh để hiểu rõ cuộc phẫu thuật cũng như việc tập luyện về sau.
 - Hồ sơ bệnh án: đầy đủ các xét nghiệm, phim X. Quang khớp vai, ký cam đoan mổ.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm.
 - Gây mê nội khí quản.
2. Tư thế.
 - Người bệnh nằm ngửa, độn cao vai cùng bên với gãy xương đòn, bộc lộ rõ vùng cổ, vai và xương đòn.
3. Kỹ thuật đóng đinh xương đòn.
 - Đường rạch: là một đường ngang, sát bờ trên xương đòn, dài khoảng 5-8cm.
 - Bóc tách phần mềm.
 - Bộc lộ ổ gãy của xương.

- Dùng kim giữ xương nâng các đầu gãy của xương đòn lên, luồn đinh Kirschner vào ống tuỷ và khoan thủng ra đầu ngoài. Nắn các đầu diện gãy với nhau và đóng đầu đinh ngược vào đầu trong, sâu 3 - 4 cm.

- Bẻ quặp đầu ngoài của đinh 90° (tránh đinh chui sâu vào trong lồng ngực về sau)

- Cầm máu kỹ và phục hồi phần mềm

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1.Theo dõi.

- Chảy máu: nguy hiểm nhất là tai biến vào mạch máu dưới đòn, vì thể động tác hết sức nhẹ nhàng, phẫu tích vào xương đòn luôn luôn đi sát bờ trên.

- Tràn khí màng phổi do đầu xương chọc vào màng phổi: có hội chứng tràn khí màng phổi.

- Chụp X.Quang kiểm tra sau mổ

- Kháng sinh 3 - 5 ngày.

- Băng Desault bất động xương đòn 2 tuần.

2. Xử trí.

- Cầm máu kỹ vết mổ.

- Dẫn lưu màng phổi nếu có hội chứng tràn khí màng phổi.

- Chăm sóc và theo dõi nhiễm trùng vết mổ.

12.PHẪU THUẬT TRẬT KHỚP CÙNG VAI – ĐÒN

I. ĐẠI CƯƠNG

Trật khớp cùng vai - đòn có 7 độ. Độ 1 - 3 điều trị bảo tồn. Độ 4 - 7 đa số mổ. Phẫu thuật điều trị trật khớp cùng vai- đòn nhằm mục đích phục hồi lại các diện khớp cùng vai- đòn, khớp quạ- đòn và tái tạo dây chằng quạ - đòn.

II. CHỈ ĐỊNH PHẪU THUẬT

Trật khớp độ 4 - 7.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Trật khớp độ 1 – 2.

- Người già.

- Bệnh nhiễm khuẩn tiến triển.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện.

Phẫu thuật viên thành thạo trong phẫu thuật trật khớp cùng vai – đòn.

3. Phương tiện.

- Bộ dụng cụ phẫu thuật thông thường.

- Bộ dụng cụ kết hợp xương: đinh Kirschner các cỡ, khoan tay, khoan điện, kim giữ xương, vít xóp, vít xương các loại...

3. Người bệnh.

- Giải thích kỹ cho người bệnh và người nhà người bệnh để hiểu rõ cuộc phẫu thuật cũng như việc tập luyện về sau.

- Hồ sơ bệnh án: đầy đủ các xét nghiệm, phim X. Quang khớp vai, ký cam đoan mổ

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm.

Gây mê nội khí quản.

2. Tư thế.

Người bệnh nằm ngửa, độn cao vai cùng bên với trật khớp, bộc lộ rõ vùng cổ, vai và xương đòn.

3. Kỹ thuật cố định khớp quạ đòn bằng vít xóp và tái tạo dây chằng quạ đòn (Kỹ thuật Bosworth cải tiến).

- Rạch da theo đường trước, đi từ đầu ngoài xương đòn đến khớp cùng vai đòn.

- Bộc lộ diện khớp cùng vai đòn và quạ đòn.

- Kiểm tra các dây chằng, nhất là dây chằng quạ đòn.

- Cố định xương đòn với mỏm quạ bằng vít xóp hoặc vít xương.

- Khâu lại dây chằng quạ đòn với dây chằng quạ mỏm cùng vai bằng chỉ không tiêu.

- Cầm máu kỹ và phục hồi phần mềm.

Hình. Phương pháp Bosworth cải tiến.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi.

- Chụp X.Quang kiểm tra sau mổ

- Kháng sinh 3 - 5 ngày.

- Băng Desault bất động vai 1 - 2 tuần

2. Xử trí.

- Cầm máu kỹ vết mổ.

- Chăm sóc và theo dõi nhiễm trùng vết mổ.

13. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ GÃY XƯƠNG CÁNH TAY TỒN THƯƠNG MẠCH MÁU – THẦN KINH

I. ĐẠI CƯƠNG

Gãy xương cánh tay có tổn thương mạch máu và thần kinh là một tai nạn nặng thường gặp trong cuộc sống. Nguyên nhân xảy ra là do tai nạn giao thông, tai nạn lao động, thể thao hoặc do vật sắc chém trực tiếp vào cánh tay. Nếu không được xử trí kịp thời tại cơ sở y tế chuyên sâu thì sẽ để lại những di chứng nặng nề cho người bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH

Gãy xương cánh tay có tổn thương mạch máu và thần kinh là chỉ định mổ tuyệt đối dù đó là gãy kín hay gãy hở.

(Bài viết này không đề cập gãy xương cánh tay có tổn thương thần kinh cánh tay không kèm tổn thương mạch máu).

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Gãy xương cánh tay tổn thương mạch máu và thần kinh, phía dưới đoạn chi gãy có tổn thương dập nát nhiều do chấn thương trực tiếp (đã có chỉ định cắt cụt chi).

2. Gãy xương cánh tay tổn thương mạch máu và thần kinh trên người bệnh có sóc chấn thương cần phải được xử trí toàn trạng trước và tổn thương gãy xương phải xử trí ngay sau đó mới có khả năng giữ được chi tổn thương

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện.

Phẫu thuật viên chuyên ngành chấn thương chỉnh hình có khả năng phẫu thuật mạch máu hoặc có kíp mổ mạch máu phối hợp.

2. Phương tiện.

- Dây ga rô, khoan xương y tế, đinh nội tủy các loại, nẹp vít các cỡ.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mạch máu đầy đủ.
- Chỉ khâu mạch máu các cỡ (chỉ liền kim đơn sợi 4/0 - 5/0 - 6/0).

3. Người bệnh.

Giải thích cho người bệnh và người thân biết những thuận lợi và rủi ro xảy ra khi phẫu thuật.

4. Hồ sơ bệnh án: Theo quy định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm: Gây mê nội khí quản.

2. Phẫu thuật kết xương

- Rạch da từ 13 - 15 cm trước ngoài cánh tay.
- Đường vạch da có thể kéo dài lên trên hoặc xuống dưới tùy theo loại phương tiện dùng để kết hợp xương.
- Bóc tách phần mềm theo lớp giải phẫu.
- Chú ý đoạn 1/3 giữa và dưới có sự chuyển hướng của dây thần kinh quay tránh làm tổn thương thêm.
- Bộc lộ diện gãy xương.
- Đặt lại xương gãy theo trụ giải phẫu chú ý các mảnh gãy.
- Tùy theo tổn thương là gãy kín hay gãy hở xương cánh tay mà kết xương bằng nẹp vít hay đinh nội tủy:

+ Với các trường hợp gãy hở phải chú ý cắt lọc vết thương tốt, kết hợp xương bằng nẹp vít hoặc đinh phải cân nhắc và chú ý yếu tố thời gian.

+ Chúng tôi thường phải cố định ngoại vi xương cánh tay khi vết thương gãy hở đến muộn trên 6 giờ, hoặc gãy hở nhiễm trùng.

- Sau khi cố định xương vững nhanh chóng chuyển sang phẫu thuật mạch máu và thần kinh.

3. Phẫu thuật nối mạch.

- Nguyên tắc cơ bản phục hồi lưu thông mạch máu là đảm bảo thông tốt đoạn trên và dưới tổn thương. Phẫu tích đủ rộng để miệng nối không bị căng. Phần mạch tổn thương phải được cắt đến tổ chức lành. Dùng kháng sinh và Heparin toàn thân. Đường mổ vào tổn thương mạch máu hoàn toàn độc lập với đường mổ xương.

- Trong gãy xương cánh tay thường kèm theo tổn thương thần kinh quay. Phục hồi giải phẫu cho thần kinh quay cũng như thần kinh giữa, thần kinh trụ cần được làm tiếp sau tổn thương mạch máu. Tuy nhiên, kết quả thường được đánh giá sau 3 - 6 tháng. Ngược lại, mạch máu cần phải có kết quả ngay sau khi nối mạch xong.

- Khi đã hoàn thành phục hồi lưu thông mạch và thần kinh nên đặt dẫn lưu ở gãy xương cầm máu kỹ vết thương.

- Khâu phục hồi các vết thương.

VI. ĐIỀU TRỊ SAU PHẪU THUẬT

- Cần đặt nẹp bột tăng cường sau mổ kết hợp xương và nối mạch thần kinh.

- Vận động trên các ngón tay bên tổn thương thụ động và chủ động.

- Kháng sinh và chống đông toàn thân từ 5 - 7 ngày.

- Dẫn lưu rút sau 48 giờ.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Nguy cơ nhiễm khuẩn vết mổ cần điều trị kháng sinh theo kết quả nuôi cấy vi khuẩn làm kháng sinh đồ.

- Nguy cơ tắc mạch chi: Dùng thuốc chống đau toàn thân. Nếu có tắc lại tiêm lượng sẽ xấu hơn.

- Cần theo dõi đặc biệt các trường hợp gãy xương phức tạp kèm tổn thương đụng dập phần mềm lớn. Nếu có biểu hiện tắc mạch nhiễm trùng toàn trạng xấu, sốt cao cần xử trí cắt cụt kịp thời để cứu tính mạng.

14. CỐ ĐỊNH NẸP VÍT GÃY THÂN XƯƠNG CÁNH TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

- Gãy thân xương cánh tay là kiểu gãy tương đối phổ biến và gặp ở mọi lứa tuổi.

- Lựa chọn phương pháp thế nào phụ thuộc nhiều vào kiểu gãy cụ thể, yếu tố gây gãy xương, tuổi người bệnh, trình độ phẫu thuật viên và phương tiện điều trị.

- Đối với đa số gãy xương cánh tay điều trị không mổ có kết quả tốt, tỷ lệ liền xương rất cao.

II. CHỈ ĐỊNH

- Gãy thân xương cánh tay nắn bó bột không kết quả.

- Gãy thân xương cánh tay có tổn thương động mạch cánh tay, có vết thương thấu khớp vai, khuỷu cùng bên.

- Người bệnh đa chấn thương có gãy xương cánh tay cần cố định sớm để tập phục hồi chức năng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tại vùng mổ có hiện tượng viêm nhiễm phù nề phần mềm.
- Rối loạn dinh dưỡng do tổn thương gãy xương cánh tay (phù nề nhiều nốt phỏng nước..).

- Bệnh nội khoa toàn thân cần được điều trị ổn định.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện.

Phẫu thuật viên chuyên ngành chấn thương chỉnh hình.

2. Phương tiện.

Khoan xương, đinh Kirschner các cỡ (nẹp xương cánh tay & vít xương các cỡ)

3. Người bệnh: Vệ sinh toàn thân tại chỗ.

4. Hồ sơ bệnh án: Theo mẫu quy định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm: Gây mê nội khí quản hoặc đám rối thần kinh.

2. Phẫu thuật kết xương

- Rạch da đường trước ngoài 1/3 giữa cánh tay 10 - 15 cm. Tùy theo kiểu gãy đơn giản hay chéo vát có thể mở rộng lên trên xuống dưới theo rãnh Delta ngực và máng nhị đầu ngoài. Bộc lộ bảo vệ thần kinh quay.

- Bộc lộ diện gãy xương cánh tay, chú ý các mảnh rời (nếu có).

- Đặt lại xương và các mảnh rời.

- Khoan xương nẹp vít vững chắc. Yêu cầu phía trên và dưới ổ gãy phải bắt được 3 - 5 vít.

- Dẫn lưu ổ gãy.

- Khâu phục hồi các lớp giải phẫu.

VI. ĐIỀU TRỊ SAU PHẪU THUẬT

- Tập vận động nhẹ nhàng vai và khuỷu sau phẫu thuật.

- Kháng sinh dùng từ 5 - 7 ngày.

- Dẫn lưu ổ gãy rút sau 48 giờ.

- Nên đặt nẹp bó bột cánh cẳng bàn tay sau mổ 3 tuần.

- Cắt chỉ vết mổ sau 2 - 3 tuần.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Hay gặp tai biến về thần kinh quay.

+ Quá trình bóc tách phần mềm bộc lộ thần kinh quay để kết xương có thể liệt thần kinh quay sau mổ. Cần giải thích cho người bệnh trước mổ và sau mổ. Triệu chứng này sẽ kết thúc sau mổ từ 3 - 6 tháng.

+ Có thể làm đứt rời thần kinh quay khi đang mổ, cần phải nối lại thần kinh bằng chỉ Prolene 5.0 & 6.0.

- Quá trình khoan xương bắt vít có thể gây tổn thương động mạch cánh tay phía đối diện. Khi tổn thương mạch máu cần được phục hồi lại tuần hoàn ngay sau khi đã kết hợp xương vững chắc.

- Các tai biến về nhiễm khuẩn vết thương cần được điều trị bằng kháng sinh toàn thân và theo kháng sinh đồ.

15. NẪN GÃM KIM KIRSCHNER TRONG GÃY POUTEAU – COLLES (P – C)

I. ĐẠI CƯƠNG

- Gãy đầu dưới xương quay rất phổ biến ở phòng cấp cứu. Hay gặp ở trẻ lớn và người già, ở người già nữ thì nữ chiếm 2/3.

- Gãy đầu dưới xương quay di lệch được điều trị bằng nắn và bất động bột là chủ yếu. Bột được bó đến dưới khuỷu và giữ liên tục 4 - 6 tuần.

- Vấn đề phẫu thuật đặt ra khi người bệnh đến muộn can lệch ảnh hưởng lớn tới chức năng cơ bàn tay.

II. CHỈ ĐỊNH

- Gãy Pouteau - Colles đến muộn.

- Gãy Pouteau - Colles nắn không có kết quả.

- Gãy mở Pouteau - Colles.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Có viêm nhiễm phần mềm tại nơi gãy xương.

- Rối loạn dinh dưỡng nặng do gãy xương, do xoa đắp lá thuốc Đông y.

- Có bệnh toàn thân nặng cần điều trị ổn định.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện.

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

2. Phương tiện: Khoan xương, kim Kirschner các cỡ.

3. Người bệnh: Vệ sinh toàn thân, tại chỗ.

4. Hồ sơ bệnh án: Theo quy định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm.

Gây mê nội khí quản hoặc đám rối thần kinh.

2. Phẫu thuật kết xương.

- Rạch da phía đầu dưới xương quay.

- Tách cân cơ theo lớp giải phẫu.

- Chú ý tránh nhánh cảm giác thần kinh quay ở nông dưới da.

- Bộc lộ hai diện gãy xương quay.

- Nắn di lệch.

- Găm kim Kirchsner từ mỏm trâm quay và phía sau trong xương quay.

- Kiểm tra độ vững.

- Cắt ngắn kim dưới da.

- Khôi phục phần mềm theo lớp giải phẫu.

VI. ĐIỀU TRỊ SAU PHẪU THUẬT

- Có thể bột hoặc nẹp bột cẳng bàn tay sau phẫu thuật.

- Rút dẫn lưu sau 48 giờ.
- Kháng sinh dùng từ 5 - 7 ngày.
- Rút đinh Kirchsner sau 6 - 8 tuần.
- Tập phục hồi chức năng tại cơ sở.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Với gãy hở đề phòng nguy cơ nhiễm khuẩn.
- Với những trường hợp can lệch thì chú ý máu tụ lớn sau mổ, cần dẫn lưu.

16. CỐ ĐỊNH KIRSCHNER TRONG GÃY ĐẦU TRÊN XƯƠNG CÁNH TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

- Gãy đầu trên xương cánh tay chiếm tỉ lệ nhỏ trong tổng số xương gãy và tỉ lệ tăng so với tuổi thọ của người dân.
- Người già bị loãng xương ngã hay gãy đầu trên xương cánh tay.
- Khi gãy đầu xương cánh tay phải chú ý sự di lệch nhiều hay ít của các thành phần chỏm xương cánh tay, máu động lớn, máu động bé và thân xương.
- Nếu có sự di lệch nhiều của các thành phần thì dễ bị hoại tử chỏm xương.

II. CHỈ ĐỊNH

- Người cao tuổi: Gãy đầu trên xương cánh tay di lệch trên 5mm.
- Người lao động: Gãy di lệch nếu bó bột không kết quả thì cần kết hợp xương nẹp vít vững chắc.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tại chỗ có viêm nhiễm, phù nề.
- Tại chỗ có rối loạn dinh dưỡng do tổn thương gãy xương sưng nề.
- Người bệnh có bệnh toàn thân tiêu đường, bệnh tim cần điều trị ổn định.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện.

Phẫu thuật viên chuyên ngành chấn thương chỉnh hình.

2. Phương tiện: Khoan xương, kim Kirchner.

3. Người bệnh: Vệ sinh toàn thân, tại chỗ.

4. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

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

2. Phẫu thuật kết xương.

- Đường rạch da theo rãnh Delta ngực kéo xuống theo bờ ngoài cơ nhị đầu bắt đầu từ mỏm quạ đến 1/3 giữa cánh tay.
- Bóc tách cơ Delta, tĩnh mạch đầu ra ngoài.
- Bóc tách các lớp cơ theo giải phẫu lộ diện gãy xương, nắn chỉnh tốt xương gãy.
- Xuyên đinh Kirchsner chéo vát 45° với diện gãy với các bình diện khác nhau. Thường dùng đinh cỡ Φ 2,0 – 2,5 mm.
- Kiểm tra độ vững sau kết hợp xương, cầm máu kỹ và đặt dẫn lưu.

VI. ĐIỀU TRỊ SAU PHẪU THUẬT

- Cần đặt nẹp hoặc treo tay, khuỷu 90° sau mổ.
- Tùy theo mức độ vững chắc ổ gãy có thể mang nẹp từ 6 – 8 tuần.
- Kháng sinh dùng từ 5 – 7 ngày.
- Dẫn lưu rút sau 48 giờ.
- Tập phục hồi chức năng sau 7 ngày.
- Kiểm tra XQ và rút kim sau 6 – 8 tuần.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Nguy cơ nhiễm khuẩn vết mổ cần điều trị theo kháng sinh đồ.
- Vết gãy xương kín khả năng nhiễm khuẩn ít xảy ra.

17. PHẪU THUẬT CAN LỆCH ĐẦU DƯỚI XƯƠNG QUAY

I. ĐẠI CƯƠNG

Gãy đầu dưới xương quay là loại gãy xương chi trên thường gặp nhất trong chấn thương và gặp ở mọi lứa tuổi:

+ Người lớn tuổi gãy đầu dưới xương quay đứng thứ hai sau gãy cổ xương đùi và tỷ lệ phụ nữ gấp đôi nam giới.

+ Người trẻ tuổi thường hay bị do tai nạn giao thông, tai nạn lao động, tai nạn do tập thể dục thể thao...

Với sự tiến bộ của kỹ thuật chẩn đoán cận lâm sàng và kỹ thuật nắn bó bột gãy đầu dưới xương quay thường được xử trí sớm, đạt kết quả tốt. Tuy nhiên, vẫn có một số trường hợp gãy đầu dưới xương quay do điều trị ban đầu không đúng hoặc bó thuốc nam đã để lại di chứng đau cổ tay và ảnh hưởng nặng nề đến chức năng vận động cổ tay, bàn tay. Do vậy, phẫu thuật can lệch đầu dưới xương quay là một lựa chọn trong việc điều trị đem lại chức năng vận động tốt hơn cho người bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH

- Gãy đầu dưới xương quay di lệch trên 6 tuần.
- Can lệch đầu dưới xương quay cổ tay biến dạng nhiều và ảnh hưởng rõ rệt đến chức năng cổ bàn tay.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tại chỗ có vết thương nhiễm trùng có rối loạn dinh dưỡng.
- Toàn thân có biểu hiện loãng xương nhiều, có bệnh tăng huyết áp và bị bệnh tiểu đường.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện.

Phẫu thuật viên chuyên ngành chấn thương chỉnh hình đã được đào tạo cơ bản.

2. Phương tiện.

- Khoan xương y tế, dây garo, garo hơi.
- Bộ dụng cụ mô xương đầy đủ.

- Nẹp vít xương cẳng tay loại nhỏ hình chữ T, chữ L.

3. Người bệnh: Vệ sinh toàn thân, vệ sinh vùng mổ.

4. Hồ sơ bệnh án: Theo đúng quy định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Gây mê.

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

2. Phẫu thuật kết xương.

- Rạch da mặt trước cổ tay khi can xấu đầu dưới xương quay di lệch ra phía trước hoặc chọn rạch da phía sau khi có di lệch ra sau.

- Đường mổ dài từ 6 – 8 cm trên nếp gấp cổ tay tương ứng khoảng gian đốt II – III.

Tách phần nếp gấp, gân duỗi theo lớp giải phẫu:

- Nếu đường mổ ở phía trước: Chú ý có động mạch quay sát vùng gãy xương quay.

- Nếu đường mổ phía sau: Chú ý tránh làm tổn thương nhánh cảm giác của thần kinh quay.

+ Bọc lộ rõ diện xương gãy.

+ Đục can xương và nắn sửa di lệch chông, di lệch góc.

+ Cố định vững ổ gãy bằng nẹp vít chữ T hoặc kim Kirschner.

+ Kiểm tra độ vững ổ gãy sau khi kết hợp xương.

+ Cầm máu kỹ vết mổ và đặt ống dẫn lưu ổ gãy.

+ Khâu phục hồi các lớp theo giải phẫu.

VI. ĐIỀU TRỊ SAU PHẪU THUẬT

- Nếu kết hợp xương vững cho vận động các khớp lân cận sớm.

- Nếu kết hợp xương không vững cần phải bó bột cẳng bàn tay thêm 3 – 4 tuần.

- Kháng sinh toàn thân 5 – 7 ngày.

- Dẫn lưu rút ra sau 48 giờ.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Nếu có nhiễm khuẩn vết mổ cần điều trị theo kháng sinh đồ.

- Nếu xuyên kim Kirschner cố định ổ gãy thì phải lưu ý rút kim sau 4 – 6 tuần tránh để kim gây loét da do tì đè.

18. PHẪU THUẬT BÀN TAY CẤP CỨU CÓ TỔN THƯƠNG PHỨC TẠP

I. ĐẠI CƯƠNG

- Thương tích bàn tay là tổn thương rất hay gặp, bao gồm các tổn thương phần mềm, gân, cơ, mạch máu, thần kinh và xương.

- Vết thương bàn tay rất dễ nhiễm khuẩn và dễ gây tàn phế.

- Điều trị vết thương bàn tay đòi hỏi yêu cầu rất cao về việc phục hồi giải phẫu và chức năng chi.

II. CHỈ ĐỊNH

Vết thương bàn tay tùy theo mức độ đều cần được xử trí trong cấp cứu.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Những phần chi thể dập nát không còn khả năng bảo tồn.
- Thương tích bàn tay nặng ở những người bệnh có nguy cơ cao như suy kiệt, đái tháo đường, bệnh Raynaud... (chỉ giải quyết cấp cứu, không cần giải quyết tối đa).

IV. 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 và dụng cụ.

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

3. Người bệnh.

Người bệnh phải được giải thích rõ ràng về tình trạng thương tích, mục đích của cuộc phẫu thuật, các nguy cơ có thể xảy ra khi vô cảm, khi phẫu thuật, các biến chứng sau mổ, khả năng phục hồi sau phẫu thuật.

4. Hồ sơ bệnh án.

Đầy đủ, có đủ các xét nghiệm cơ bản và phim chụp X.Quang cần thiết cho một cuộc phẫu thuật.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm: Gây tê vùng, gây tê đám rối hoặc gây mê toàn thân.

2. Kỹ thuật.

- Dùng bàn chải hoặc gạc mềm đánh rửa kỹ vết thương bằng xà phòng sạch, oxy già và nước muối sinh lý.

- Đặt garo gốc chi.

- Rửa da: Tôn trọng thương tổn, rửa da theo các nếp gấp sinh lý của bàn tay.

- Cắt lọc phần mềm tiết kiệm đi từ lớp nông vào đến lớp sâu theo giải phẫu bàn tay.

- Phẫu tích nhẹ nhàng, khéo léo không gây sang chấn thêm trong phẫu thuật.

- Kết hợp xương bằng những dụng cụ đơn giản nhưng phải vững, trong cấp cứu thường dùng kim Kirschner, có thể dùng nẹp vít nhỏ nếu có điều kiện.

- Khâu nối gân gấp hoặc gân duỗi bằng chỉ nylon không tiêu cỡ nhỏ 4.0 -

5.0.

- Khâu nối thần kinh hoặc mạch máu bằng kim chỉ chuyên dụng cỡ nhỏ 8.0 -

9.0.

- Cầm máu kỹ và đặt dẫn lưu nếu cần thiết.

- Có thể đóng da đơn thuần không cần đóng cân và tổ chức dưới da.

- Sau phẫu thuật nên băng ép và bất động nẹp bột tùy thuộc thương tổn.

- Thay băng lần đầu 24h sau phẫu thuật.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi.

- Theo dõi tình trạng toàn thân và các dấu hiệu sinh tồn.
- Điều trị kháng sinh, giảm đau, chống nề cho người bệnh.
- Bất động và treo tay cao hơn thân mình.
- Tăng cường dinh dưỡng và nâng cao sức đề kháng cho người bệnh.
- Tập vận động và phục hồi chức năng sớm sau phẫu thuật.

2. Xử trí.

- Chảy máu: Băng ép và cầm máu kĩ.
- Nhiễm khuẩn: Tách chỉ vết mổ, thay băng vô khuẩn hàng ngày.
- Chi thể có biểu hiện hoại tử: Cắt lọc hay cắt cụt tùy theo mức độ.
- Chuyển vật, vá da khi có khuyết hồng phần mềm.

19. CẮT DỈ TẬT DÍNH NGÓN BẰNG VÀ DƯỚI 2 NGÓN TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

- Dính ngón tay là tình trạng không có kẽ ngón hoặc có kẽ ngón nhưng nền kẽ ngón nằm ở thấp so với vị trí bình thường.
- Là bất thường bẩm sinh bàn tay thường gặp nhất.
- Mục đích của giải phóng dính ngón là gỡ bỏ sự trói buộc của màng gian cốt ngón và tái tạo lại nền kẽ ngón để các ngón sau giải phóng thực hiện được chức năng của các ngón tay độc lập.

II. CHỈ ĐỊNH

Bất thường bẩm sinh dính ngón tay ở các mức độ khác nhau.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có chống chỉ định của phẫu thuật nói chung như bệnh lý đông máu.

- Người bệnh đang có nhiễm trùng bàn tay.

IV. CHUẨN BỊ

- Người thực hiện Phẫu thuật viên phải hiểu và nắm được những nguyên tắc cơ bản của phẫu thuật bàn tay, kỹ thuật tách dính ngón tay.
- Phương tiện và dụng cụ: Bộ dụng cụ phẫu thuật bàn tay chuyên dụng và kim chỉ khâu chuyên dụng, kính vi phẫu.
- Người bệnh: Người bệnh phải được giải thích rõ ràng về tình trạng thương tích, mục đích của cuộc phẫu thuật, các nguy cơ có thể xảy ra khi vô cảm, khi phẫu thuật, các biến chứng sau mổ, khả năng phục hồi sau phẫu thuật.
- Người bệnh phải có hồ sơ bệnh án đầy đủ, có đủ các xét nghiệm cơ bản và phim chụp X. Quang cần thiết cho một cuộc phẫu thuật.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm.

Gây tê đám rối hoặc gây mê nội khí quản. Đối với các ca phức tạp nên chủ động gây mê nội khí quản.

2. Kỹ thuật.

- Lên kế hoạch phẫu thuật: Thiết kế vạt da phía mu có kích thước và hình dáng hợp lý để tạo nền kẽ ngón mới.

- Thiết kế đường rạch da để tách ngón.

- Tiến hành tách ngón: Rạch da và bóc tách vạt da ở mặt mu gồm vạt nền kẽ ngón và vạt bên sườn hai ngón, cắt bỏ các sợi collagen căng ngang giữa hai ngón. Bóc các vạt ở mặt gan tay. Chú ý tránh làm tổn thương bó mạch và thần kinh gan ngón. Lấy bỏ một phần lớp mỡ của vạt da vùng gian ngón để thuận lợi cho việc đóng da và giảm diện tích ghép da. Trong các trường hợp dính ngón phức tạp, cần có kế hoạch tách dính phần xương để đảm bảo chức năng cho các ngón sau tách.

- Tiến hành ghép da che phủ vùng thiếu da ở hai bên sườn ngón. Trong phẫu thuật tách ngón thường ghép da dày toàn bộ.

- Băng ép nhẹ lên vùng da ghép để đảm bảo cho da ghép bám sống tốt.

- Đặt nẹp bột cố định bàn ngón tay sau phẫu thuật.

VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU PHẪU THUẬT

- Theo dõi toàn trạng, các dấu hiệu sinh tồn, tình trạng tại chỗ của các ngón sau tách.

- Điều trị kháng sinh, giảm đau, chống nề.

- Thay băng hàng ngày.

- Hướng dẫn tập vận động ngón theo từng giai đoạn.

20. KỸ THUẬT GẮM KIM KIRSCHNER ĐIỀU TRỊ GÃY ĐỐT BÀN NHIỀU ĐỐT BÀN

I. ĐẠI CƯƠNG

- Gãy xương đốt bàn ngón tay di lệch, gấp góc điển hình là gò xương về phía mu tay do các cơ liên cốt co kéo. Nhờ có các dây chằng liên đốt bàn ngăn cản nên gãy xương thường không nhiều, các đốt bàn ngón 2 và 5 thì di lệch gãy xương nhiều hơn do không có dây chằng liên cốt bàn giữ ở hai bên. Sau gãy xương đốt bàn gãy đi làm giảm sức duỗi của ngón tay.

- Gãy xương đốt bàn được chia thành gãy cổ, thân và nền đốt bàn.

II. CHỈ ĐỊNH

- Gãy xương đốt bàn ngón tay di lệch nhiều.

- Can lệch, can xấu của xương đốt bàn ngón tay gây ảnh hưởng đến chức năng bàn tay.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có chống chỉ định của phẫu thuật nói chung: bệnh máu...

- Nhiễm khuẩn bàn tay tiềm tàng.

IV. CHUẨN BỊ

- Người thực hiện Phẫu thuật viên phải hiểu và nắm được những nguyên tắc cơ bản của phẫu thuật bàn tay.

- Phương tiện và dụng cụ: Bộ dụng cụ phẫu thuật bàn tay chuyên dụng, kim Kirschner các cỡ, khoan tay hay khoan điện, kìm cắt, kìm vặn và kìm chỉ khâu chuyên dụng.

- Người bệnh: Người bệnh phải được giải thích rõ ràng về tình trạng thương tích, mục đích của cuộc phẫu thuật, các nguy cơ có thể xảy ra khi vô cảm, khi phẫu thuật, các biến chứng sau mổ, khả năng phục hồi sau phẫu thuật.

- Người bệnh phải có hồ sơ bệnh án đầy đủ, có đủ các xét nghiệm cơ bản và phim chụp X quang cần thiết cho một cuộc phẫu thuật.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm: Gây tê đám rối hoặc gây mê toàn thân.

2. Kỹ thuật.

- Ga rô gốc chi.

- Rạch da: Đi mặt mu, ở đường bên của vùng đốt bàn, tách gân duỗi sang bên.

- Bộc lộ ổ gãy.

- Lấy hết máu tụ và tổ chức kẹt trong diện gãy.

- Nắn xương thẳng trục.

- Dùng khoan và kim Kirschner cỡ nhỏ khoan từ chỏm (vị trí của lồi cầu trong và ngoài).

- Kiểm tra độ vững của diện gãy và vận động của các khớp liên kế xương gãy.

- Cầm máu kỹ và khâu phục hồi lại giải phẫu phần mềm.

VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU PHẪU THUẬT

- Theo dõi toàn trạng, các dấu hiệu sinh tồn, tại chỗ vết mổ.

- Điều trị kháng sinh, giảm đau, chống nề.

- Gác tay cao.

21. PHẪU THUẬT VIÊM TẮY BÀN TAY KỂ CẢ VIÊM BAO HOẠT DỊCH

I. ĐẠI CƯƠNG

- Viêm tấy 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.

- Khi viêm tấy chưa hình thành mủ: Điều trị kháng sinh liều cao, toàn thân, phổ rộng; bất động tay ở tư thế nghỉ ngơi. Khi viêm tấy đã hóa mủ: Trích rạch dẫn lưu mủ và cắt lọc tổ chức hoại tử.

II. CHỈ ĐỊNH

Viêm tấy bàn tay đã hóa mủ.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Viêm tấy đang lan tỏa, chưa hóa mủ.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện.

Phẫu thuật viên phải hiểu và nắm được những nguyên tắc cơ bản của phẫu thuật bàn tay.

2. Phương tiện và dụng cụ

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

3. Người bệnh.

Người bệnh phải được giải thích rõ ràng về tình trạng thương tích, mục đích của cuộc phẫu thuật, các nguy cơ có thể xảy ra khi vô cảm, khi phẫu thuật, các biến chứng sau mổ, khả năng phục hồi sau phẫu thuật.

4. Hồ sơ bệnh án.

Đầy đủ, có đủ các xét nghiệm cơ bản và phim chụp X quang cần thiết cho một cuộc phẫu thuật.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm: Gây tê đám rối hoặc gây mê toàn thân.

2. Kỹ thuật.

- Sát trùng rộng rãi.

- Ga rô góc 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 mũ quanh móng: Rạch tháo mũ, cắt bỏ tổ chức phần mềm phủ lên gốc móng, có thể cắt một phần móng để dẫn lưu mũ.

- Viêm tấy sâu kẽ ngón: Rạch dọc hai đường phía trước và phía sau thông nhau để dẫn lưu mũ.

- Áp xe khoang giữa bàn tay: Rạch da theo nếp gấp của gan tay, dẫn lưu mũ theo khoang.

- Viêm khoang mô cái: Rạch tháo mũ bằng hai đường thông nhau, một ở gan tay và một ở mu tay.

- Viêm mũ bao hoạt dịch gân gấp ngón 2, 3, 4: Rạch tháo mũ theo trục của ngón, đường rạch hơi lệch ra sau để tránh mạch máu và thần kinh, rạch theo đường thẳng hay đường zích- zắc, đường rạch các ngón 2, 3, 4 ở phía bờ trụ, đường rạch ngón 1, 5 ở phía bờ quay. Đường rạch da là đường rạch liên tục, đường rạch bao hoạt dịch là đường rạch gián đoạn, để lại các dây chằng vòng, cắt lọc bao gân và bao hoạt dịch bị viêm, để da hở.

- Viêm mũ bao hoạt dịch gân gấp ngón 1 và bao hoạt dịch quay: Rạch mở bao gân ở cổ tay và nếp ô mô cái.

- Viêm mũ bao hoạt dịch gân gấp ngón 5 và bao hoạt dịch trụ: Rạch mở bao gân ở cổ tay và nếp ô mô út, phía bờ quay.

- Cầm máu kỹ, để da hở để dẫn lưu mũ.

- Bất động nếp bột sau phẫu thuật.

VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC SAU MỔ

- Theo dõi toàn trạng và các dấu hiệu sinh tồn, tình trạng tại chỗ vết mổ.

- Điều trị kháng sinh toàn thân, liều cao, phổ rộng.

- Điều trị chống viêm, chống nề.

- Gác tay cao.
- Thay băng hằng ngày.
- Khâu da thì 2 khi hết tình trạng nhiễm trùng.

22. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ GÃY XƯƠNG ĐỐT NGÓN TAY BẰNG KIM KIRSCHNER HOẶC NẸP VÍT

I. ĐẠI CƯƠNG

Khi xương toàn vẹn thì các cơ mới thẳng bằng, chức năng bàn tay mới tốt. Gãy xương đốt ngón tay di lệch gây ảnh hưởng đến chức năng gấp và duỗi ngón tay.

II. CHỈ ĐỊNH

- Gãy xương đốt ngón tay di lệch nhiều.
- Can lệch, can xấu của xương đốt ngón tay gây ảnh hưởng đến chức năng bàn tay.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có chống chỉ định của phẫu thuật nói chung: bệnh máu...
- Nhiễm khuẩn bàn tay tiềm tàng.

IV. CHUẨN BỊ

- Người thực hiện Phẫu thuật viên phải hiểu và nắm được những nguyên tắc cơ bản của phẫu thuật bàn tay.
- Phương tiện và dụng cụ: Bộ dụng cụ phẫu thuật bàn tay chuyên dụng, kim Kirschner các cỡ, khoan tay hay khoan điện, kìm cắt, kìm vặn, nẹp vít nhỏ các loại và kim chỉ khâu chuyên dụng.
- Người bệnh: Người bệnh phải được giải thích rõ ràng về tình trạng thương tích, mục đích của cuộc phẫu thuật, các nguy cơ có thể xảy ra khi vô cảm, khi phẫu thuật, các biến chứng sau mổ, khả năng phục hồi sau phẫu thuật.
- Người bệnh phải có hồ sơ bệnh án đầy đủ, có đủ các xét nghiệm cơ bản và phim chụp X quang cần thiết cho một cuộc phẫu thuật.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm.

Gây tê đám rối hoặc gây mê toàn thân.

2. Kỹ thuật.

- Ga rô gốc chi
- Rạch da: Đi mặt mu, ở đường bên của vùng đốt bàn, tách gân duỗi sang bên.
- Bộc lộ ổ gãy.
- Lấy hết máu tụ và tổ chức kẹt trong diện gãy.
- Nắn xương thẳng trục.
- Dùng khoan và kim Kirschner cỡ nhỏ khoan từ chỏm đốt bàn (vị trí của lồi cầu). Hoặc dùng nẹp vít cỡ nhỏ cố định xương gãy, ít nhất ở phía trên và phía dưới ổ gãy phải được 2 vít.
- Kiểm tra độ vững của diện gãy và vận động của các khớp liên kế ổ gãy.

- Cầm máu kỹ và khâu phục hồi lại giải phẫu phần mềm.

VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU PHẪU THUẬT

- Theo dõi toàn trạng, các dấu hiệu sinh tồn, tại chỗ vết mổ.
- Điều trị kháng sinh, giảm đau, chống nề.
- Gác tay cao.

23. PHẪU THUẬT GỠ CỔ XƯƠNG ĐÙI BẰNG VÍT XÓP HOẶC NẸP DHS

I. ĐẠI CƯƠNG

Gãy cổ xương đùi là loại gãy hay gặp ở người cao tuổi thường do nguyên nhân trực tiếp ngã đập hông xuống nền cứng. Đối với người trên 60 tuổi khả năng liền xương khó khăn hơn do vậy các phẫu thuật viên (PTV) thường lựa chọn giải pháp bằng thay khớp háng.

- Có nhiều phương pháp để kết hợp xương:
 - + Kết hợp xương vít xóp có mở ổ gãy hoặc không mở ổ gãy.
 - + Kết hợp xương bằng đinh nẹp một khối.
- Mục đích chính nhằm tạo điều kiện vận động sớm cho người bệnh để tránh các biến chứng do tỳ đè, viêm loét, viêm nhiễm đường tiết niệu...

II. CHỈ ĐỊNH

- Cho những người bệnh gãy cổ xương đùi.
- Người bệnh không có chỉ định thay khớp háng toàn bộ.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Viêm loét nhiễm trùng tại vùng mổ.
- Người bệnh đang mắc các bệnh nhiễm trùng cấp tính.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện.

Phẫu thuật viên chuyên ngành Chấn thương chỉnh hình.

2. Phương tiện.

- Bàn chỉnh hình để kéo nắn.
- Máy Xquang di động trong phòng mổ.
- Dụng cụ đo góc và định vị.
- Các loại vít cùng với nẹp các cỡ.
- Khoan hơi hoặc khoan điện.

3. Phía người bệnh.

- Cần được giải thích để hiểu biết một cách cơ bản các thủ thuật tiến hành cũng như quy trình luyện tập phục hồi chức năng sau mổ..

- Hồ sơ bệnh án đầy đủ theo quy định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm.

- Gây tê tủy sống
- Gây tê ngoài màng cứng

- Gây mê nội khí quản hoặc mask thanh quản.

2. Tư thế.

Người bệnh nằm ngửa trên bàn chỉnh hình dạng chân kéo nắn chỉnh sửa diện di lệch dưới sự hỗ trợ của máy Xquang.

3. Kỹ thuật.

- Có thể kết hợp xương vít xóp rộng nòng qua sự hỗ trợ của C-arm.
- Đường rạch da dài khoảng 7cm theo đường trước ngoài.
- Bộc lộ phần mềm xác định vùng máu chuyển và vùng cổ xương đùi, dùng kim định vị và bắt vít hoặc kết hợp xương nẹp vít.

- Khâu lại phần mềm theo giải phẫu.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Theo dõi huyết áp.
- Theo dõi sự chảy máu.
- Theo dõi nhiễm khuẩn vết mổ.
- Theo dõi bằng chụp phim X.Quang.

24. PHẪU THUẬT GÃY ĐẦU DƯỚI XƯƠNG ĐÙI BẰNG NẸP DCS

I. ĐẠI CƯƠNG

Là phương pháp dùng dụng cụ nẹp vít kèm theo vít nén ép để điều trị gãy đầu dưới xương đùi. Đây là phương pháp kết hợp xương vững chắc cho phép người bệnh tập vận động sớm sau phẫu thuật.

II. CHỈ ĐỊNH

- Gãy đầu dưới xương đùi ở người trưởng thành.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh đang có nhiễm khuẩn tiến triển.
- Gãy xương bệnh lý do viêm xương.
- Gãy đầu dưới xương đùi ở trẻ em...

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện.

- Phẫu thuật viên chuyên ngành chấn thương chỉnh hình năm vững và hiểu biết kỹ thuật kết hợp xương.

- Phòng mổ đầy đủ điều kiện, gây mê hồi sức tốt và tuyệt đối vô trùng.

2. Phương tiện.

- Một bộ dụng cụ kết hợp xương.
- Khoan hơi hoặc khoan điện.
- Nẹp DCS các kích thước khác nhau

3. Người bệnh.

- Cần được giải thích để hiểu biết một cách cơ bản các thủ thuật tiến hành cũng như quy trình luyện tập phục hồi chức năng sau mổ.

- Hồ sơ bệnh án đầy đủ theo quy định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm.

- Gây tê tủy sống.
- Gây tê ngoài màng cứng.
- Gây mê nội khí quản hoặc mask thanh quản.

2. Kỹ thuật

- Người bệnh nằm ngửa trên bàn chỉnh hình hoặc bàn mổ thông thường.
- Rạch da theo đường sau ngoài dài 8 – 10cm.
- Nếu dùng kỹ thuật MIS thì đường rạch ngắn hơn.
- Bộc lộ phần mềm sát với diện bám của xương đùi.
- Làm sạch ổ gãy nắn chỉnh diện di lệch.
- Đặt dụng cụ kết hợp xương.
- Có hoặc không dẫn lưu.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Tình trạng toàn thân.
- Tình trạng chảy máu qua dẫn lưu.
- Tình trạng nhiễm khuẩn.

25. ĐIỀU TRỊ CAN LỆCH CÓ KẾT HỢP XƯƠNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Can lệch là một trong các di chứng sau gãy xương. Do can 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.

II. CHỈ ĐỊNH

Can lệch gây biến dạng trục chi nhiều.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

IV. CHUẨN BỊ

- Garo hơi hoặc garo chun.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật xương căn bản: pince, kéo, farabeuf, kim cặp xương,...

- Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình, 2 phụ phẫu thuật và dụng cụ viên.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Gây mê toàn thân hoặc tại chỗ.
- 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 can lệch, lưu ý giữ lại các tổ chức can có nhiều xương xớp 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 đinh nội tủy đảm bảo vững chắc.
- Bơm rửa.
- Ghép lại phần can 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 TAI BIẾN

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

26. PHẪU THUẬT GỠY TRẬT KHỚP CỔ CHÂN

I. ĐẠI CƯƠNG

Gãy trật khớp cổ chân là thương tổn tương đối thường gặp. Tổn thương xương kèm theo thường là gãy hai mắt cá chân. Thương tổn gãy hai mắt cá chân dẫn đến sự mất vững của khớp cổ chân do đó thường kèm theo trật khớp.

II. CHỈ ĐỊNH

- Gãy hai mắt cá di lệch, trật khớp cổ chân.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có chống chỉ định về gây mê hồi sức.

IV. CHUẨN BỊ

1. Dụng cụ.

- Bộ dụng cụ mổ kết hợp xương.
- Nẹp bản nhỏ các cỡ: 6 lỗ, 8 lỗ.
- Vít xương đường kính 3.5mm và vít xóp đường kính 4.5mm
- Kim Kirchner các cỡ từ 1.8 mm đến 2.6mm.
- Garo hơi hoặc garo chun.
- Khoan y tế và mũi khoan đường kính 2.7mm và 3.5mm.

2. Người thực hiện.

Phẫu thuật viên chuyên khoa chấn thương chỉnh hình, 2 phụ phẫu thuật, dụng cụ viên.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Gây tê toàn thân hoặc tê tủy sống.
- Garo hơi 1/3 dưới đùi, áp lực 350 mmHg hoặc garo chun.
- Rạch da hai đường: đường rạch phía trong ngay trên mắt cá trong, dọc theo trục xương chày; đường rạch phía ngoài ngay trên mắt cá ngoài, dọc theo trục xương mác .

- Làm sạch diện gãy, đặt lại mắt cá trong, cố định bằng vít xóp hoặc kim Kirchner tùy theo kích thước mảnh gãy lớn hay nhỏ.

- Làm sạch diện gãy xương, đặt lại xương mác, tùy theo vị trí gãy cao hay thấp mà đặt nẹp 6 lỗ hay 8 lỗ, cố định với vít xương 3.5 mm và vít xóp 4.5 mm.

- Bơm rửa sạch, dẫn lưu vùng mổ xương mác.

- Đóng vết mổ theo các lớp giải phẫu.

- Nẹp căng bàn chân.

VI. THEO DÕI

- Toàn trạng.

- Vận động, cảm giác ngón chân.

- Dẫn lưu.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Nhiễm trùng: thay kháng sinh, sát sóc tại chỗ.

- Không liền và khớp giả: thay nẹp, ghép xương hoặc sử dụng tế bào gốc tủy xương.

27.CẮT LỌC TỔ CHỨC HOẠI TỬ

I. ĐẠI CƯƠNG

Hoại tử tổ chức sau chấn thương hoặc vết thương thường gặp. Việc XỬ TRÍ tổ chức hoại tử đóng vai trò quan trọng, giúp cho việc liền thương phần mềm cũng như liền xương về sau được thuận lợi.

II. CHỈ ĐỊNH

- Tổ chức phần mềm hoại tử.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tình trạng toàn thân chưa cho phép.

IV. CHUẨN BỊ

- Bộ dụng cụ cắt lọc: dao mổ, kéo, pince các loại, farabeuf,...

- Dao điện.

- Garo hơi hoặc garo chun.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Gây tê vùng hoặc gây mê toàn thân.
- Garo hơi áp lực 350 mmHg hoặc garo chun.
- Sát trùng vùng mổ từ ngón chi đến hết đoạn chi cần cắt lọc.
- Cắt lọc mép da tiết kiệm.
- Cắt lọc tổ chức phần mềm thận trọng, từ trung tâm ra ngoại vi vùng tổn thương, vừa cắt lọc vừa đánh giá, đảm bảo cắt lọc hết tổ chức hoại tử và giữ được tối đa tổ chức lành.
- Bơm rửa kỹ tổn thương với oxy già, huyết thanh mặn pha betadin.
- Che phủ các tổ chức cần che phủ như: xương, mạch máu, thần kinh, gân.
- Dẫn lưu nếu cần thiết.
- Băng vùng tổn thương với gạc ướt, băng ép nhẹ.

VI. THEO DÕI

- Toàn trạng.
- Dẫn lưu nếu có.
- Vận động cảm giác ngón chi.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu: kiểm soát nguồn chảy máu, thắt mạch và buộc bằng chỉ không tiêu hoặc tiêu chậm: lin, ethilon, vicryl.

28.CỐ ĐỊNH NGOÀI ĐIỀU TRỊ GỠ HỠ XƯƠNG ĐÙI

I. ĐẠI CƯƠNG

Là một phương pháp cố định bên ngoài gãy hở xương phức tạp, có nguy cơ nhiễm trùng cao hoặc nguy cơ cắt cụt.

II. CHỈ ĐỊNH

- Gãy hở xương đùi IIIb hoặc IIIc.
- Nhiễm trùng sau kết hợp xương đùi phải tháo dụng cụ kết xương sớm.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Gãy kín.
- Gãy hở nhỏ độ I và II.
- Gãy đầu trên hoặc đầu dưới xương đùi.

IV. CHUẨN BỊ

- Bộ cố định ngoài:
 - + Fessa.
 - + Khung vòng cung.
 - + Khung cọc ép răng ngược chiều.
 - + Bộ Orthofix.
 - + Hoffman...
- Người bệnh đủ xét nghiệm.
- Kíp mổ phẫu thuật viên và phụ.
- Kíp gây mê và dụng cụ.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Gây tê hoặc mê toàn thân.
- Sát trùng toàn bộ chi gãy.
- Cắt lọc mép da hở tiết kiệm.
- Cắt lọc rạch rộng phần mềm tổ chức dưới da.
- Cắt lọc tổ chức cơ dập nát và chết.
- Bơm rửa nhiều lần bằng huyết thanh mận pha betadin, oxi già.
- Đặt lại đầu xương gãy giữ trục.
- Cố định ngoài vi hai đầu xương giữ trục và chiều dài.
- Khâu phần mềm che xương, chuyển cơ (nếu cần thiết).
- Phục hồi phần mềm, khâu da thừa, dẫn lưu băng ép.

VI. ĐIỀU TRỊ SAU PHẪU THUẬT

- Gác chân nẹp Braun.
- Kháng sinh toàn thân điều trị 7 - 10 ngày.
- Giảm đau, giảm viêm, giảm phù nề.
- Thay băng, theo dõi hàng ngày.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Nhiễm trùng: theo dõi sát, tăng liều hoặc thay kháng sinh.
- Hoại tử da và cơ: Cắt lọc lại đến khi hết tổ chức hoại tử.
- Tắc mạch, hoại tử chi: dùng thuốc chống tắc mạch, có thể phải cắt cụt chi để bảo toàn mạng sống cho người bệnh.

Biến chứng xa:

- Khớp giả: tháo cố định ngoài, kết hợp xương ghép xương.
- Khớp giả nhiễm trùng: tháo dụng cụ, nạo viêm.
- Nhiễm trùng chân đinh: chăm sóc chân đinh hàng ngày, nếu cần phải tháo dụng cụ sớm, bó bột bất động.
- Khuyết hồng phần mềm: có thể chuyển vạt có cuống, xoay vạt cân – da lân cận hoặc chuyển vạt vi phẫu.

29.NÉO ÉP HOẶC BUỘC VÒNG CHỈ THÉP XƯƠNG BÁNH CHÈ

I. ĐẠI CƯƠNG

Gãy xương bánh chè là gãy xương vùng lớn nhất cơ thể; có thể nguyên nhân trực tiếp hoặc gián tiếp.

II. CHỈ ĐỊNH

- Gãy xương bánh chè di lệch (ổ gãy cách xa trên 4 mm).
- Gãy xương bánh chè có di lệch mặt sau (trên 2 mm)

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Gãy không lệch hoặc ít lệch.
- Gãy xương bánh chè trong bao.

IV. CHUẨN BỊ

- Kíp phẫu thuật viên và phụ mổ.
- Kíp gây mê.
- Dụng cụ: 2 kim Kirchner, chỉ thép liền kim 1mm.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Gây mê toàn thân hoặc gây tê tủy sống, ngoài màng cứng.
- Sát trùng toàn bộ vùng chi.
- Rửa toan vô khuẩn.
- Garo gốc chi.
- Rửa 10 - 15cm dọc mặt trước gối.
- Bộc lộ ổ gãy xương bánh chè, lấy hết máu tụ ổ gãy và trong khớp:
 - + Nếu gãy đôi ngang hoặc không phức tạp nên néo ép bánh chè; đặt lại diện gãy xương bánh chè xuyên 2 kim Kirchner song song theo trục xương bánh chè (1,8mm - 2,2mm); mở cánh ngoài xương bánh chè kiểm tra diện khớp mặt sau; néo ép chỉ thép số 8 mặt trước xương bánh chè; khâu phục hồi cánh bên bánh chè, đặt dẫn lưu, da thưa, băng ép; không cần bất động bột, tập vận động sau 5 - 7 ngày.
 - + Nếu xương bánh chè vỡ nhiều mảnh và di lệch lớn, đặt lại các mảnh vỡ (có thể găm kim theo thương tổn); buộc vòng chỉ thép xung quanh xương bánh chè, néo ép mặt trước xương bánh chè bằng chỉ thép hình số 8 xuyên qua một phần gân bánh chè và gân tứ đầu đùi, phục hồi cánh bên; kiểm tra mặt sau xương bánh chè bằng đường mở cánh bên ngoài xương bánh chè; phục hồi cánh bên, dẫn lưu, da thưa; bất động ống bột rạch dọc 4 tuần.

VI. ĐIỀU TRỊ SAU PHẪU THUẬT

- Gác chân nẹp Braun.
- Kháng sinh toàn thân 5 - 7 ngày.
- Giảm viêm, giảm phù nề, giảm đau.
- Cất chỉ sau 2 tuần.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu sau mổ: thường băng ép là hết.
- Nhiễm trùng: chú ý thay băng hàng ngày, thay hoặc tăng liều kháng sinh
- Chậm liền xương bánh chè.

- Hạn chế vận động khớp gối sau mổ: tập vận động sớm, có thể phải mổ gỡ đinh gối sau này.