

ĐÁNH GIÁ CÁC SAI SÓT THƯỜNG GẶP TRONG PHƯƠNG PHÁP RỬA TAY NGOẠI KHOA THEO QUI ĐỊNH CỦA BỘ Y TẾ

Huỳnh Phước¹, Lưu Thị Minh Tâm¹, Đinh Thị Việt Mai¹,
Nguyễn Văn Quyền¹, Nguyễn Văn Khuyển¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Rửa tay ngoại khoa là một kiến thức cơ bản nhất cần phải có đối với mỗi nhân viên y tế khi vào làm việc tại phòng mổ. Tuy nhiên, không phải nhân viên nào cũng rửa tay đúng theo qui trình của Bộ Y tế. Mục tiêu: Đánh giá các sai sót trong qui trình rửa tay ngoại khoa.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: 80 nhân viên thực hiện kỹ thuật rửa tay ngoại khoa và chúng tôi sử dụng máy ghi hình và bảng kiểm để đánh giá qui trình rửa tay.

Kết luận: - Rửa tay thường quy thường bị bỏ sót trong qui trình rửa tay ngoại khoa.

- 93% nhân viên đạt kết quả cao trong qui trình rửa tay sau khi được nhóm nghiên cứu nhắc nhở.

ABSTRACT

EVALUATING THE ERRORS IN HAND-WASHING PROCEDURES ACCORDING TO THE MINISTRY OF HEALTH

Huynh Phuoc¹, Luu Thi Minh Tam¹, Dinh Thi Viet Mai¹,
Nguyen Van Quyen¹, Nguyen Van Khuyen¹

Background: Surgical hand washing is the most basic knowledge required for each medical personnel when working in theater. However, staff do not wash their hands properly and according to the Ministry of Health. Purpose: evaluating the errors in hand-washing procedures according to the Ministry of Health

Materials and Methods: 80 employees who perform surgical hand-washing techniques and we use a camcorder and a checklist for evaluating hand-washing procedures

Conclusion: - Wash your hands often overlooked routine procedure in surgical hand wash. - 93% of staff achieving high results in the process of washing hands after reminding the team.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rửa tay ngoại khoa là một kỹ thuật cần thiết trước khi thực hiện các thủ thuật xâm lấn hoặc phẫu thuật đòi hỏi sử dụng găng tay vô trùng. Rửa tay ngoại khoa nhằm loại bỏ vi khuẩn trên tay, giảm

số lượng đến mức tối thiểu bám trên tay và ức chế sự tăng trưởng của vi khuẩn. Việc rửa tay không đúng kỹ thuật vô tình làm gia tăng tỉ lệ nhiễm trùng vết mổ, từ đó làm gia tăng nhiễm trùng bệnh viện. Rửa tay ngoại khoa là một kiến thức cơ bản nhất

1. Khoa Gây mê hồi sức B, BVTW Huế

Bệnh viện Trung ương Huế

cần phải có đối với mỗi nhân viên y tế khi vào làm việc tại phòng mổ. Các phẫu thuật viên, bác sĩ gây mê, điều dưỡng dụng cụ viên đều phải rửa tay ngoại khoa trước khi làm thủ thuật hay phẫu thuật người bệnh. Tuy nhiên, không phải nhân viên nào cũng rửa tay đúng theo qui trình của Bộ Y tế, mục tiêu: nhằm đánh giá các sai sót trong qui trình rửa tay ngoại khoa của 80 nhân viên làm việc tại phòng mổ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 80 phẫu thuật viên, bác sĩ gây mê, điều dưỡng dụng cụ vòng trong và bác sĩ nội trú khối Ngoại, từ 02/2011 – 05/2011 tham gia nghiên cứu

- Tiêu chuẩn loại trừ: Điều dưỡng làm việc dưới 1 năm, nhân viên chưa học quy trình rửa tay ngoại

khoa, học viên, y sinh viên đến thực tập.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Tiến cứu, thống kê mô tả

- Địa điểm nghiên cứu: Phòng mổ ngoại – Khoa Gây mê hồi sức B- BVTW Huế

- Quy trình hướng dẫn rửa tay ngoại khoa (6 bước) theo qui định của Bộ Y tế.

Lưu ý:

+ Sau khi thực hiện bước 4 thì thực hiện lại bước 2, 3.

+ Thời gian rửa tay phải từ 3-5 phút

+ Dung dịch dùng trong rửa tay phẫu thuật là dung dịch khử trùng Microshield 4%

+ Lượng dung dịch bơm cho mỗi lần rửa tay là 5ml

- Phương tiện nghiên cứu: Bảng kiểm qui trình rửa tay, máy ghi hình kỹ thuật số

Bảng 2.1. Bảng kiểm đánh giá kỹ thuật rửa tay ngoại khoa

STT	NỘI DUNG	THANG ĐIỂM		
		Hệ số	0	1
1	Mặc áo choàng, đội mũ che kín tóc, tháo trang sức, kiểm soát móng tay, đeo khẩu trang, xắn tay áo quá khuỷu >5cm			
2	Tiến hành rửa tay thường quy	5		
3	Dùng bàn chải vô khuẩn và dung dịch rửa tay đánh cọ các đầu, kẽ và cạnh ngón tay theo chiều dọc hay xoắn ốc			
4	Đánh cọ lòng và lưng bàn tay			
5	Đánh cọ cẳng tay lên quá khuỷu 5cm			
6	Thực hiện lại các bước 3,4,5 đối với bàn tay kia	3		
7	Rửa sạch tay dưới vòi nước vô khuẩn			
8	Lau khô tay bằng khăn vô khuẩn			
9	2 tay phía trước mặt, trên thắt lưng			
	Tổng cộng		15	
	Tổng số điểm đạt được			

- Xử lý số liệu bằng chương trình Microsoft Excel

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 3.1 : Đối tượng nghiên cứu

Phân loại nhân viên		
Nhân viên	n	%
Phẫu thuật viên	38	47,5
Bác sĩ gây mê	6	7,5
Bác sĩ nội trú ngoại	17	21,25
Điều dưỡng dụng cụ	19	23,75
Tổng số	80	100%

Phẫu thuật viên và Bs nội trú chiếm gần 70% tổng số đối tượng nghiên cứu

3.2. Kết quả rửa tay lần 1 trước khi được nhóm nghiên cứu nhắc nhở

Bảng 3.2 : Tổng điểm đạt được của từng loại đối tượng dựa vào bảng kiểm

Mức điểm Nhân viên	Tổng số điểm đạt được		
	<9 điểm	9-12 điểm	13-15 điểm
Phẫu thuật viên	4	16	18
Bác sĩ gây mê	2	2	2
Bác sĩ nội trú ngoại	6	7	4
Điều dưỡng dụng cụ	3	5	11
Tổng số	15 (19%)	32 (40%)	33 (41%)

- 15 nhân viên (19%) đạt kết quả thấp

Bảng 3.3: Kết quả đạt được của từng bước rửa tay

STT	Nội dung	Điểm đạt	%
1	Mặc áo choàng, đội mũ che kín tóc, tháo trang sức, kiểm soát móng tay, đeo khẩu trang, xắn tay áo quá khuỷu >5cm	62	77,5
2	Tiến hành rửa tay thường quy	37	46,3
3	Dùng bàn chải vô khuẩn và dung dịch rửa tay đánh cọ các đầu, kẽ và cạnh ngón tay theo chiều dọc hay xoắn ốc	73	91,3
4	Đánh cọ lòng và lưng bàn tay	80	100
5	Đánh cọ cẳng tay lên quá khuỷu 5cm	51	92,5
6	Thực hiện lại các bước 3,4,5 đối với bàn tay kia	73	91
7	Rửa sạch tay dưới vòi nước vô khuẩn	80	100
8	Lau khô tay bằng khăn vô khuẩn	68	100
9	2 tay phía trước mặt, trên thắt lưng	80	100

- 37 nhân viên (chiếm 47%) thực hiện bước 2 không tốt.

Bảng 3.4: Kết quả thực hiện bước 1 (theo bảng kiểm) của nội dung: “Mặc áo choàng, đội mũ che kín tóc, tháo trang sức, kiểm soát móng tay, đeo khẩu trang, xỏ tay áo quá khuỷu >5cm”

Nhân viên	Tổng số	Kết quả	
		Đạt	Không đạt
Phẫu thuật viên	38	29	9
Bác sĩ gây mê	6	5	1
Bác sĩ nội trú ngoại	17	12	5
Điều dưỡng dụng cụ	19	16	3
Tổng số	80	62 (78%)	18 (22%)

Bảng 3.5: Kết quả thực hiện bước 2 (theo bảng kiểm) của nội dung: “Tiến hành rửa tay thường quy”

Nhân viên	Tổng số	Kết quả	
		Đạt	Không đạt
Phẫu thuật viên	38	16	22
Bác sĩ gây mê	6	2	4
Bác sĩ nội trú ngoại	17	5	12
Điều dưỡng dụng cụ	19	14	5
Tổng số	80	37 (46%)	43 (54%)

Bảng 3.6: Kết quả thực hiện bước 5 (theo bảng kiểm) của nội dung: “Đánh cọ cẳng tay lên quá khuỷu 5cm”

Nhân viên	Tổng số	Kết quả	
		Đạt	Không đạt
Phẫu thuật viên	38	22	16
Bác sĩ gây mê	6	3	3
Bác sĩ nội trú ngoại	17	9	8
Điều dưỡng dụng cụ	19	17	2
Tổng số	80	51 (64%)	29 (36%)

Bảng 3.7: Kết quả thực hiện bước 9 (theo bảng kiểm) của nội dung: “Lau khô tay bằng khăn vô khuẩn”

Nhân viên	Tổng số	Kết quả	
		Đạt	Không đạt
Phẫu thuật viên	38	30	8
Bác sĩ gây mê	6	4	2
Bác sĩ nội trú ngoại	17	11	6
Điều dưỡng dụng cụ	19	18	1
Tổng số	80	63 (79%)	17(21%)

Đó là toàn bộ kết quả mà chúng tôi khảo sát trong lần rửa tay thứ nhất của các nhân viên. Qua đó nhân viên nào làm không tốt, hoặc sai qui trình thì chúng tôi nhắc nhở để từng bước khắc phục. Nhờ

đó mà kỹ thuật rửa tay cũng như ý thức về vô trùng ngày càng tốt hơn.

3.3. Kết quả rửa tay lần 2 sau khi được nhóm nghiên cứu nhắc nhở

Bảng 3.8: Kết quả đạt được ở bước 1 lần 2 (theo bảng kiểm) của nội dung: “Mặc áo choàng, đội mũ che kín tóc, tháo trang sức, kiểm soát móng tay, đeo khẩu trang, xắn tay áo quá khuỷu >5cm”

Nhân viên	Tổng số	Kết quả	
		Điểm đạt (lần 1)	Điểm đạt (lần 2)
Phẫu thuật viên	38	29	37 (97%)
Bác sĩ gây mê	6	5	5 (84%)
Bác sĩ nội trú ngoại	17	12	16 (94%)
Điều dưỡng dụng cụ	19	16	19 (100%)
Tổng số	80	62 (78%)	77 (96%)

▪ 96% nhân viên thực hiện tốt bước này sau khi được nhắc nhở

Bảng 3.9: Kết quả đạt được bước 2 lần 2 (theo bảng kiểm) của nội dung: “Tiến hành rửa tay thường quy”

Nhân viên	Tổng số	Kết quả	
		Đạt (lần 1)	Đạt (lần 2)
Phẫu thuật viên	38	16	33 (87%)
Bác sĩ gây mê	6	2	4 (67%)
Bác sĩ nội trú ngoại	17	5	15 (88%)
Điều dưỡng dụng cụ	19	14	17 (89%)
Tổng số	80	37 (46%)	69 (87%)

▪ Tỷ lệ đạt ở bước này tăng hơn 40% so với lần đầu tiên

Bảng 3.10: Kết quả đạt được ở bước 5 lần 2 (theo bảng kiểm) của nội dung:

“Đánh cọ cẳng tay lên quá khuỷu 5cm”

Nhân viên	Tổng số	Kết quả	
		Đạt (lần 1)	Đạt (lần 2)
Phẫu thuật viên	38	22	37 (97%)
Bác sĩ gây mê	6	3	5 (84%)
Bác sĩ nội trú ngoại	17	9	16 (94%)
Điều dưỡng dụng cụ	19	17	18 (95%)
Tổng số	80	51 (64%)	76 (95%)

Bảng 3.11: Kết quả đạt được ở bước 9 lần 2 (theo bảng kiểm) của nội dung:
“Lau khô tay bằng khăn vô khuẩn”

Nhân viên	Tổng số	Kết quả	
		Đạt (lần 1)	Đạt (lần 2)
Phẫu thuật viên	38	30	33 (87%)
Bác sĩ gây mê	6	4	6 (100%)
Bác sĩ nội trú ngoại	17	11	15 (88%)
Điều dưỡng dụng cụ	19	18	19 (100%)
Tổng số	80	63 (79%)	75 (94%)

Bảng 12: Kết quả đạt được lần 2 sau khi nhóm nghiên cứu nhắc nhở

Mức điểm Nhân viên	Tổng số điểm đạt được					
	<9 điểm		9-12 điểm		13-15 điểm	
	Lần 1	Lần 2	Lần 1	Lần 2	Lần 1	Lần 2
Phẫu thuật viên	4	0	16	2	18	36
Bác sĩ gây mê	2	0	2	1	2	5
Bác sĩ nội trú ngoại	6	0	7	2	4	15
Điều dưỡng dụng cụ	3	0	5	1	11	18
Tổng số (n)	15 (19%)	0	32 (40%)	6 (7%)	33 (41%)	74 (93%)

- Không có nhân viên nào có tổng điểm < 9 ở lần thực hiện thứ 2

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đối tượng nghiên cứu

Trên cơ sở toàn bộ các PTV, ĐD trong bệnh viện, chúng tôi chọn ra ngẫu nhiên 80 đối tượng. Ngoài các bác sĩ gây mê và điều dưỡng dụng cụ công tác tại khoa, chúng tôi chọn ra các phẫu thuật viên, bác sĩ nội trú (chiếm gần 70%) thường xuyên phẫu thuật tại khoa chúng tôi để đảm bảo tính chính xác trong nghiên cứu.

4.2. Kết quả khảo sát qui trình rửa tay ở lần thứ nhất

Qua nghiên cứu 80 nhân viên thực hiện kỹ thuật rửa tay dựa vào bảng kiểm cho thấy chỉ có 40% nhân viên đạt yêu cầu, trong khi đó 19% nhân viên đạt kết quả thấp điều đó phản ánh được ý thức và kỹ thuật rửa tay còn kém, chưa thực hiện tốt qui trình vô trùng phòng mổ.

Sở dĩ có nhiều nhân viên thực hiện không đạt yêu cầu là do thực hiện các bước chưa tốt. 22% nhân viên không thực hiện tốt bước 1, phần lớn là quên tháo nhẫn hoặc không xắn tay áo lên. Và hơn 50% nhân viên không đạt yêu cầu ở bước “rửa tay thường qui”, đây là một bước rất quan trọng trong qui trình, tuy nhiên rất nhiều người đã làm không tốt bước này. Một lý do khác là 21% nhân viên thực hiện bước 9 không tốt, hầu hết đều lau hai tay với một mặt khăn. Tuy nhiên theo quy định thì “lau ½ mặt khăn này rồi lật ngược lau bằng ½ của mặt khăn kia”.

4.3. Vai trò của người quản lý phòng mổ

Mục đích nghiên cứu của chúng tôi là đánh giá các sai sót cũng như ý thức về rửa tay của các nhân viên. Do đó chúng tôi luôn quan sát, đánh giá và nhắc nhở các nhân viên làm sai qui trình, để từ đó

nâng cao kỹ thuật rửa tay cũng như ý thức vô trùng phòng mổ.

Bảng chứng cho thấy sau khi nhóm nghiên cứu nhắc nhở thì tỷ lệ thực hiện tốt cao hơn hẳn lần thứ nhất. Nổi bật nhất là 96% thực hiện tốt ở bước 1, 87% làm tốt ở bước “ Rửa tay thường quy” . Thành quả của việc nhắc nhở là 74 nhân viên (93%) có tổng điểm đạt yêu cầu (13-15đ) tăng hơn 50% so với lần 1 (41%) , và không có nhân viên nào có tổng điểm <9.

4.4. Hạn chế

Hạn chế của đề tài là chưa nghiên cứu hết các nhân viên trên toàn bệnh viện, đặc biệt là các nhân viên thường xuyên thực hiện kỹ thuật rửa tay ngoại khoa.

Chưa phối hợp được với khoa Chống nhiễm khuẩn để thực hiện cấy vi khuẩn trên da của nhân viên sau khi rửa tay để đánh giá được chính xác hơn.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 80 nhân viên làm việc tại phòng mổ, chúng tôi rút ra được một số nhận xét sau:

- Hơn 50% nhân viên thực hiện không tốt bước “ Rửa tay thường quy” trong qui trình rửa tay ngoại khoa.

- 93% nhân viên đạt kết quả cao trong qui trình rửa tay sau khi được nhóm nghiên cứu nhắc nhở.

- Vai trò của người quản lý trong việc giám sát các qui trình vô trùng trong phòng mổ, từ đó giảm tỉ lệ nhiễm trùng vết mổ và nhiễm trùng bệnh viện.

- Hạn chế của đề tài là chưa nghiên cứu hết các nhân viên toàn bệnh viện.

VI. KIẾN NGHỊ

- Đề nghị tổ chức tập huấn quy trình rửa tay ngoại khoa cho toàn bộ nhân viên y tế trong bệnh viện, đặc biệt là các nhân viên mới ra trường.

- Thường xuyên kiểm tra giám sát việc tuân thủ qui trình rửa tay ngoại khoa của nhân viên y tế trong bệnh viện.

- Tuyên truyền tầm quan trọng của rửa tay đối với công tác kiểm soát nhiễm khuẩn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2006), *Tài liệu hướng dẫn rửa tay ngoại khoa*, Hà Nội
2. Trần Hữu Luyện (2007), *Thực hành vệ sinh tay tại bệnh viện*, Tài liệu lưu hành nội bộ Bệnh viện Trung ương Huế.
3. Trần Thị Thuận (2007), “Kỹ thuật rửa tay”, *Điều dưỡng cơ bản tập 1*, Bộ Y tế, Hà Nội.
4. WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care
5. How To Perform Surgical Hand Scrubs - By Deborah Gardner, LPN, OPAC, and Ellen Anderson-Manz, RN, BSN - www.infectioncontrolday.com

TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG:

NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP LIỆT THẦN KINH QUAY SAU CHUYỂN THẦN KINH QUAY RA TRƯỚC TRONG PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG CÁNҺ TAY BẰNG NỆP VÍT

Nguyễn Ngọc Khiêm¹, Đỗ Văn Minh¹,
Nguyễn Vũ Lâm¹, Lê Trung Hậu¹

TÓM TẮT

Một bệnh nhân được chuyển đến bệnh viện chúng tôi với biểu hiện lâm sàng liệt thần kinh quay sau kết hợp xương gãy 1/3 giữa xương cánh tay bằng nẹp vít. X-Quang trước mổ thấy có hình ảnh khuyết xương tại ổ gãy. Bệnh nhân được mổ, kiểm tra thấy thần kinh quay được chuyển ra phía trước, đụng dập khoảng 1cm, kéo căng nằm trong ổ gãy xương. Sau khi được giải phóng thần kinh quay, chúng tôi đưa thần kinh quay về vị trí giải phẫu, kết hợp xương vững chắc kèm ghép xương. Hậu phẫu diễn tiến ổn định, lâm sàng liệt thần kinh quay cải thiện dần.

Kỹ thuật chuyển thần kinh quay ra trước trong mổ kết hợp xương cánh tay đang được một số phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình áp dụng, chúng tay cần cân nhắc khi áp dụng phương pháp này, nhằm giảm biến chứng cho bệnh nhân.

SUMMARY

CASE STUDY: RADIAL PARALYSIS AFTER OSTEOSYNTHESIS OF HUMERUS FRACTURE BY PLATE

Nguyen Ngoc Khiem¹, Do Van Minh¹,
Nguyen Vu Lam¹, Le Trung Hau¹

Patient was adminstrated to our hospital with radial palsy after osteosynthesis of humerus fracture by plate. X ray showed boned defect at fragment. Underwent operation, we found that radial nerve trasfered anterioly, injurried of contusion about 1cm, stretched in fracture fragment. After wildly exploration and liberation radial nerve, we brought radial nerve back to anatomic position and osteosynthesis with bone graft. Post operation followed up, clinical of radial nerve palsy become better.

Radial nerve anterior tranfered technique in humerus osteosynthesis has been done by some orthopeadic surgeon in our country. We should careful choose and consider carefully this technique to release compliation to patient.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, trong lĩnh vực chấn thương chỉnh hình, phẫu thuật kết hợp xương được triển khai rộng rãi từ tuyến tỉnh đến các trung tâm y tế quận, huyện và

1. Trung tâm CTCH-PTTH, BVTW Huế

các bệnh viện công lập. Gãy thân xương cánh tay là thương tổn đã được chỉ định kết hợp xương khá rộng rãi. Một số kỹ thuật đã được cải tiến và áp dụng trong điều trị phẫu thuật gãy thân xương cánh tay, trong đó có kỹ thuật chuyển thần kinh quay ra trước thông qua ổ gãy rồi kết hợp xương.

Trường hợp này bệnh nhân đến với chúng tôi với lâm sàng liệt thần kinh quay hoàn toàn sau kết hợp xương. Việc đánh giá kỹ thuật này dựa vào quá trình mổ lại vì phẫu thuật không ghi rõ sau mổ.

Mục tiêu đề tài nhằm rút kinh nghiệm trường hợp này

II. TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

Bệnh án: Bệnh nhân nam, 39 tuổi, nhập viện sau mổ kết hợp xương gãy 1/3 giữa thân xương cánh tay phải 4 tuần ở bệnh viện tuyến trước.

Lâm sàng: Liệt hoàn toàn thần kinh quay phải. Xquang trước mổ thấy gãy thân xương cánh tay P 1/3 giữa dưới có mảnh thứ ba đã kết hợp xương. Đánh giá qua X quang ổ gãy kết hợp xương không vững, còn khuyết xương ở ổ gãy và mảnh thứ ba nằm ngoài ổ gãy.

Hình ảnh Xquang trước mổ:

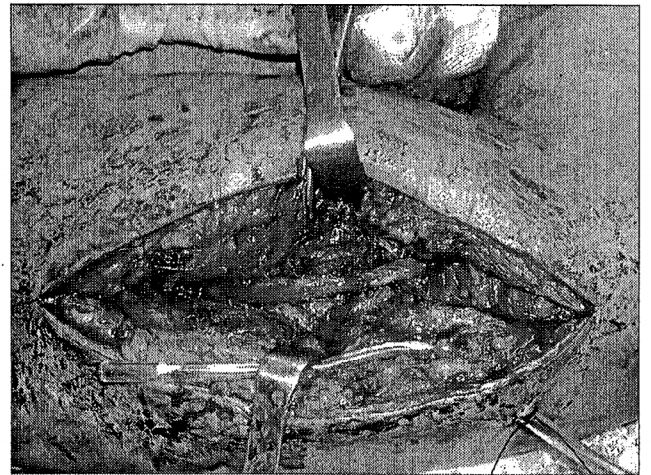
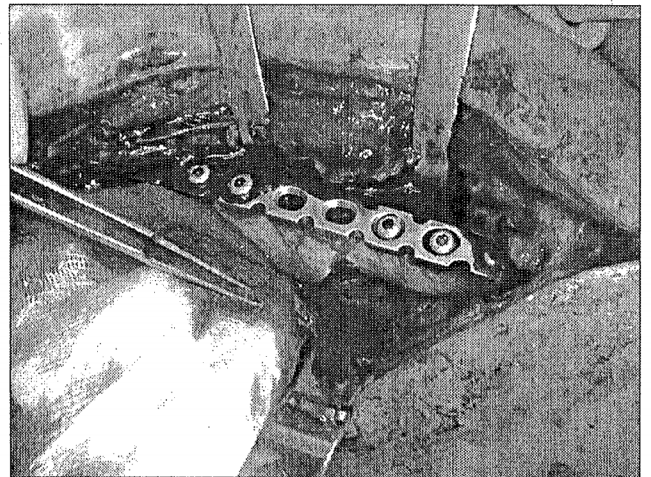


Điều trị

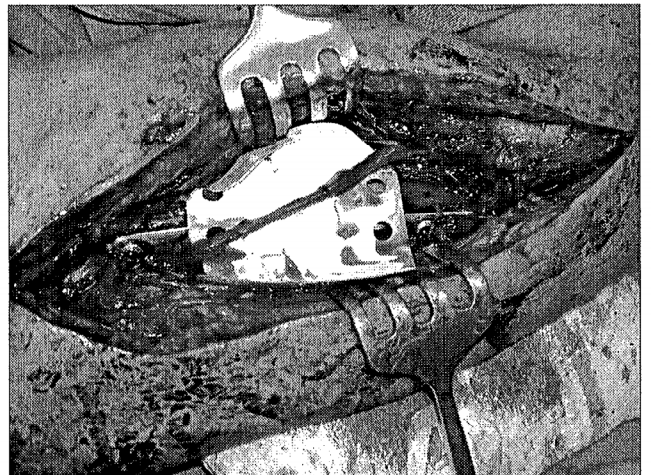
Bệnh nhân được mổ lại ngày thứ hai sau khi nhập viện:

- Mổ lại đường mổ cũ, bộc lộ nẹp vít, tìm thần kinh quay không thấy. Mở rộng phẫu trường lên trên tìm thấy thần kinh quay và phẫu tích dần xuống thấy thần kinh quay hoàn toàn nằm phía trước.

• Hình ảnh trong mổ:



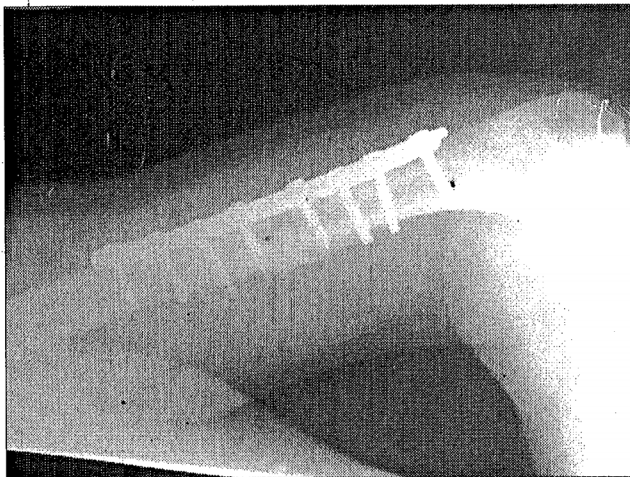
- Tháo nẹp vít cũ, thấy thần kinh quay đụng dập khoảng 1cm, bán chu vi của đường kính thần kinh, đoạn trong ổ gãy bị kéo căng, teo nhỏ. Tiến hành giải phóng rộng rãi hai đầu thần kinh, đưa thần kinh quay về vị trí giải phẫu và kết hợp xương vững chắc kèm ghép xương.



- Hậu phẫu bệnh nhân được sử dụng: Kháng sinh, kháng viêm, giảm đau, treo cao tay và nẹp đỡ cơ năng. Vật lý trị liệu được áp dụng từ ngày thứ 3 hậu phẫu.

- Diễn tiến sau mổ: Bệnh nhân ổn định dần, cảm giác dễ chịu, cảm giác và vận động được cải thiện dần sau 2 tháng theo dõi bệnh nhân.

- Xquang 2 tháng sau khi ra viện



III. BÀN LUẬN

Gãy thân xương cánh tay ở người lớn ngày càng được chỉ định phẫu thuật kết hợp xương khá rộng rãi ở các cơ sở y tế.

Kỹ thuật mổ kinh điển với đường mổ ngoài, bộc lộ rõ thần kinh quay trước khi nắn ổ gãy và nắn xương. Ghép xương bổ sung nếu cần và kết hợp xương vững chắc.

Vấn đề di chuyển thần kinh quay ra trước sau khi bộc lộ cũng được một số tác giả đề cập và áp dụng. Tuy nhiên các tác giả cho rằng cần chú ý cần thận tránh tình trạng kẹt thần kinh quay trong ổ gãy hoặc tổn thương thần kinh quay vì thần kinh hoàn

toàn bị che lấp trong quá trình thao tác kỹ thuật.

Trong trường hợp này chẩn đoán liệt thần kinh quay sau phẫu thuật hoàn toàn đơn giản, nhưng trước khi quyết định mổ lại có thể đề cập các giả thuyết sau:

- Đứt thần kinh
- Đụng dập, kẹt thần kinh trong ổ gãy.
- Khôu thắt thần kinh

Vấn đề phẫu thuật lại là hoàn toàn hợp lý:

- *Tổn thương thần kinh quay sau phẫu thuật.

- *X quang ổ gãy nắn chỉnh chưa tốt, còn khuyết xương tại ổ gãy.

IV. KẾT LUẬN

Tổn thương gãy xương cánh tay được chỉ định phẫu thuật kết hợp xương ngày càng nhiều ở các cơ sở y tế. Vậy cần đòi hỏi tại cơ sở triển khai kỹ thuật này phải có các điều kiện sau:

1. Phẫu thuật viên có kinh nghiệm, có hiểu biết và tuân thủ nghiêm quy trình chuyên môn, cần có chỉ định hạn chế và thực hiện đúng kỹ thuật này.

2. Cần phẫu tích thần kinh quay rõ ràng, giải phóng thần kinh rộng rãi, phải có dụng cụ che thần kinh khi nắn chỉnh và kết hợp xương tránh gây tổn thương thần kinh do phẫu thuật.

3. Sau mổ theo dõi nếu lâm sàng biểu hiện liệt thần kinh quay cần phải có kế hoạch kiểm tra khảo xác lại nguyên nhân, tránh để lâu và giải quyết nguyên nhân chậm.

4. Cơ sở cần phải có đầy đủ các điều kiện như trang bị phòng mổ, dụng cụ, phương tiện, gây mê hồi sức,... Nếu có biến chứng xảy ra cần chuyển ngay bệnh nhân đến trung tâm y tế lớn, đáng tin cậy.