

BỘ Y TẾ

CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số: 1569/2006/QĐ-BYT

Hà Nội, ngày 05 tháng 05 năm 2006

QUYẾT ĐỊNH

SỐ 1569/2006/QĐ-BYT CỦA BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ VỀ VIỆC BAN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐIỀU TRỊ XƠ HOÁ CƠ DELTA

BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ

Căn cứ Nghị định số 49/2003/NĐ-CP ngày 15/5/2003 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức Bộ Y tế;

Căn cứ Biên bản họp ngày 12/4/2006 của Hội đồng chuyên môn được thành lập theo Quyết định số 213/QĐ- BYT ngày 20/01/2006 của Bộ trưởng Bộ Y tế nghiệm thu Quy trình kỹ thuật điều trị xơ hoá cơ Delta;

Theo đề nghị của Vụ trưởng Vụ Điều trị- Bộ Y tế,

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định này “**Quy trình kỹ thuật điều trị xơ hoá cơ Delta**”.

Điều 2. “**Quy trình kỹ thuật điều trị xơ hoá cơ Delta**” là tài liệu hướng dẫn thực hành chuyên môn kỹ thuật được áp dụng trong tất cả các cơ sở khám chữa bệnh của Nhà nước thuộc tuyến huyện, tỉnh và trung ương.

Điều 3. Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký.

Điều 4. Các ông, bà: Chánh Văn phòng, Vụ trưởng Vụ Điều trị, Chánh Thanh tra và các Vụ trưởng, Cục trưởng của Bộ Y tế, Giám đốc Sở Y tế tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương, Giám đốc các viện, bệnh viện trực thuộc Bộ Y tế, người đứng đầu các cơ sở khám, chữa bệnh chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này.

KT. BỘ TRƯỞNG
THỨ TRƯỞNG

Nguyễn Thị Xuyên

QUY TRÌNH

KỸ THUẬT ĐIỀU TRỊ XƠ HOÁ CƠ DELTA

(Ban hành kèm theo Quyết định số 1569/QĐ-BYT ngày 05 tháng 5 năm 2006 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

I. MỤC ĐÍCH:

Điều trị xơ hoá cơ Delta nhằm giải phóng khớp vai bị hạn chế vận động và biến dạng do xơ hoá một phần cơ Delta (thường là phần giữa theo dọc trục của cơ theo đường chuẩn đích từ móm cùng vai đến bám tận của cơ ở ấn Delta).

II. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN XƠ HOÁ CƠ DELTA:

1. Cánh tay không khép hết vào thành ngực khi đứng thẳng tự nhiên và khi người khám giữ chắc khớp vai.

2. Xương bả vai nhô ra sau và xoay ngoài khi khép vai quá mức, thấy chỏm xương cánh tay bật ra phía trước hoặc phía sau hõm khớp vai.

3. Khi giữ khớp vai đồng thời khép cánh tay, thấy được rãnh lõm da dọc theo trục cơ delta.

4. Các động tác còn lại như dạng cánh tay, đưa cánh tay ra trước, ra sau và xoay cánh tay vẫn bình thường.

III. THĂM KHÁM LÂM SÀNG:

- Quan sát khi tiếp xúc với người bệnh thấy có hiện tượng cánh tay không khép sát được vào thân mình.

- Để người bệnh đứng hoặc ngồi trên ghế. Thầy thuốc đứng đối diện ở phía trước mặt bệnh nhân, lệch về phía tổn thương. Một tay ôm cả lòng bàn tay vào giữ chặt vòm vai của bệnh nhân, tay còn lại giữ lấy ngang khớp khuỷu của bệnh nhân và đẩy khép cánh tay sẽ thấy không khép được ở một góc nhất định. Trong nhiều trường hợp khi khép được thì chỏm xương cánh tay trật ra phía trước hõm khớp vai.

- Khi không khép được nữa thường nhìn thấy một rãnh lõm dọc theo trục giữa của cơ Delta từ móm cùng vai. Khi dạng cánh tay thì rãnh này lại biến mất.

Bệnh nhân cần phải được thăm khám kỹ để có chẩn đoán xác định. Khi một phần giữa cơ delta bị xơ hoá sẽ làm cho động tác khép cánh tay bị hạn chế. Các khối cơ còn lại ở xung quanh vai vẫn bình thường. Khi có tình trạng teo cơ ở toàn bộ các cơ xung quanh vai thì lại là một bệnh lý khác không áp dụng quy trình kỹ thuật này.

Trong những trường hợp hạn chế khép cánh tay do xơ hoá một phần cơ delta, khớp vai thường lỏng lẻo hơn. Khi thăm khám thường dễ dàng đẩy chỏm xương cánh tay ra phía trước hoặc sau như một bán sai khớp vai. Chỏm cánh tay dễ dàng trượt ra trước hõm khớp là để bù trừ với lực cản động tác khép cánh tay do tổ chức xơ hoá, do phần mềm bao khớp ở phía trước lỏng lẻo.

Kiểm tra đánh giá tình trạng tim mạch, hô hấp, các bệnh phổi hợp, các xét nghiệm cơ bản tương tự như áp dụng trong phẫu thuật thông thường.

IV. CHỈ ĐỊNH:

1. Chức năng của khớp vai bị hạn chế, không khép được cánh tay vào thân mình.

- Không có khả năng sử dụng lược chải đầu.

- Không dùng tay để gãi lưng bên đối diện.

- Thay áo khó khăn khi luồn tay vào ống tay áo.

- Đau quanh khớp vai thường xuyên hoặc không thường xuyên.

2. Ảnh hưởng tới thẩm mỹ: Tay luôn khuỳnh khoảng, vai xuôi.

Chú ý:

- *Qui trình này chỉ để chẩn đoán và điều trị những trường hợp xơ hóa một phần cơ Delta đơn thuần, gây hạn chế khớp vai.*

- *Những trường hợp có biến dạng nặng kèm theo như xương bả vai nhô cao, teo các nhóm cơ quanh vai, có biến dạng lồng ngực thì gửi bệnh nhân về tuyến sau.*

V. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

1. Các bệnh loạn dưỡng cơ tiến triển.

2. Xương bả vai cao bẩm sinh.

3. Teo do thiếu dưỡng nhiều cơ gây biến dạng lồng ngực.

4. Xơ hoá toàn bộ cơ delta.

5. Các bệnh thần kinh gây teo cơ Delta.

VI. ĐIỀU KIỆN ĐỂ PHẪU THUẬT:

1. Cơ sở vật chất: các bệnh viện có đủ cơ sở vật chất và trang thiết bị để thực hiện phẫu thuật loại II.

2. Nhân lực: các bác sỹ chuyên khoa chuyên ngành chấn thương chỉnh hình đã được chuyển giao kỹ thuật của các bệnh viện các tuyến huyện, tỉnh và trung ương.

VII. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:

A. VÔ CẢM:

1. Chuẩn bị trước mổ:

Đề phẫu thuật, có thể tiến hành gây mê toàn thân, gây mê tĩnh mạch hoặc gây tê tại chỗ tùy theo từng trường hợp cụ thể. Các yếu tố như độ tuổi của bệnh nhân, tình trạng thương tổn giải phẫu bệnh nặng nhẹ đòi hỏi mức độ can thiệp mà lựa chọn hình thức can thiệp thích hợp.

a) Máy gây mê kèm thở hoặc hệ thống gây mê bóp bóng bằng tay 1/2 kín, 1/2 hở, oxy, mặt nạ nội khí quản các cỡ.

Các phương tiện theo dõi bệnh nhân như: Monitor, bão hoà oxy, ống nghe, huyết áp...

b) Chuẩn bị thuốc mê, thuốc tê:

- Thuốc mê: + Propofol

+ fentanyl

+ Morphine

+ Seduxen

+ Ketamine

+ Hypnovel

+ Atropin

+ Norcurone hoặc Esmeron

- Thuốc tê: + Xylocain 2%

+ Adrenalin

2. Tiền mê:

Hypnovel: 0.1mg/kg hoặc

Seduxen: 0.15mg/kg

Phối hợp với Atropin: 15µg/kg

3. Gây mê:

- Khởi mê:

+ Propofol: 3mg/kg

+ Fentanyl: 2µg/kg

- Úp mặt nạ theo dõi hô hấp

- Theo dõi: Mạch, huyết áp, SpO₂, nhịp thở

- Duy trì mê:

+ Propofol: 2mg/kg

+ Fentanyl: 2µg/kg hoặc các thuốc bốc hơi như: Halothane, Isoprurane

4. Gây tê:

Đối với trẻ lớn có hợp tác tốt có thể gây tê vùng. Đám rối thần kinh cổ cao theo kỹ thuật Intersaline hoặc Parasalene. Chỉ định vô cảm trong phẫu thuật vùng vai và chi trên.

- Tiền tê:

+ Hypnovel: 0,1 mg/kg

Hoặc+ Seduxen: 0.15 mg/kg

- Thuốc tê:

+ Xylocaine: 1% hoặc

+ Marcaine: 0.25%

Phối hợp với Adrenalin 1/200.000.

- Sau khi gây tê chờ 15-20 phút tiến hành mổ.

- Nếu gây tê tốt - Tiến hành mổ.

- Nếu gây tê không tốt có thể kết hợp với gây tê toàn thân bằng các thuốc mê tĩnh mạch như Propofol, Ketamine...

a) Kỹ thuật gây tê:

- Tư thế bệnh nhân:

+ Nằm ngửa thẳng đầu, mặt quay 45° về bên đối diện.

+ Đặt gối nhỏ vùng dưới vai.

- Mốc gây tê:

Dùng hai ngón tay xác định cơ bậc thang, rõ nhất ở vị trí điểm giữa xương đòn, lần theo khe cơ bậc thang lên trên cổ sẽ gặp đường kẻ ngang qua sụn nhẫn, điểm gặp nhau là mốc gây tê.

- Kỹ thuật chọc kim:

+ Sát trùng kỹ vùng gây tê bằng cồn hoặc Betadin.

+ Dùng kim Catheter tĩnh mạch số 24G chọc kim vào điểm gây tê với góc 90° với mặt phẳng da vùng gây tê, trục kim nằm trên mặt phẳng da thẳng góc với cơ bậc thang, ấn kim từ từ cố gắng cảm nhận dấu hiệu dị cảm, hoặc chạm xương. Rút nòng sát của kim ra, kiểm tra kỹ không thấy máu hoặc nước trong chảy ra, lắp bơm tiêm thuốc tê, vừa tiêm vừa rút hút xem có máu hoặc nước trong chảy ra không (nếu có phải rút kim ra và gây tê lại). Khi tiêm thuốc tê sẽ có dấu hiệu "mất sức cản bơm tiêm" tương tự như dấu hiệu như tiêm thuốc vào tĩnh mạch, vừa tiêm thuốc tê, vừa theo dõi điện tâm đồ, SpO2, mạch trên monitoring (để phòng tiêm vào mạch máu).

+ Dùng kim có sử dụng máy kích thích thần kinh sẽ cho độ chính xác cao khi các nhóm cơ cánh tay đáp ứng kích thích ở mức 0,5 mA.

- Thuốc tê:

+ Marcain 0,25%: 3mg/kg có pha thêm Adrenalin 5 mcg/ml, thể tích thuốc tê 0,7 ml/kg.

+ Lidocain 1% 6 - 8 mg/kg có pha Adrenalin 5mcg/ml, thể tích thuốc tê 0,7ml/kg.

+ Có thể kết hợp thuốc tê Marcain- Lidocain (1mg/kg Marcain+ 5mg/kg Lidocain, thể tích vừa đủ 0,7ml/kg có pha Adrenalin 5mcrg/ml).

- Thời gian giảm đau:

+ Tác dụng thuốc tê bắt đầu có sau 5 phút tiêm và đạt hiệu quả tê đáp ứng cho phẫu thuật sau 20-25 phút (lâm sàng bệnh nhân có liệt vận động tay).

+ Thuốc tê có tác dụng giảm đau kéo dài khoảng 3 giờ với Lidocain đơn thuần, khoảng 6 giờ với Marcain.

+ Nếu kết quả gây tê không đạt kết quả tốt có thể kết hợp với gây mê toàn thân bằng các thuốc tê tĩnh mạch như Propofol, ketamine...

b) Tai biến:

- Bệnh nhân có thể có co giật ở nhiều mức độ khác nhau có thể từ co giật toàn thân hoặc chỉ đầu các chi.

- Nguyên nhân có thể tiêm nhầm thuốc vào mạch máu mà không phát hiện kịp thời, hoặc lượng thuốc ngấm vào mạch máu quá nhanh, hoặc liều lượng thuốc quá cao.

- Đề phòng tính toán liều lượng thuốc chính xác, khi bơm thuốc tê phải vừa bơm vừa hút tránh bơm thuốc vào mạch máu.

+ Xử trí: Nếu chỉ co giật các đầu chi có thể dùng các thuốc chống co giật như Seduxen liều lượng 0,15- 0,2 mg/kg và theo dõi sát: mạch, huyết áp, nhịp thở. Spo2.

+ Nếu co giật toàn thân có cơn ngừng thở Thiopental 3 - 5mg/kg vào đường tĩnh mạch, bóp bóng hỗ trợ hô hấp. Nếu bệnh nhân tự thở được thì theo dõi sát mạch, huyết áp, nhịp thở, Spo2. Nếu bệnh nhân thở kém hoặc không tự thở được cho Nocruron 0,01mg/kg đặt nội khí quản bóp bóng hỗ trợ hô hấp theo dõi sát mạch, huyết áp, spo2.

- Có thể chọc kim vào động mạch gây ra hematoma

Xử trí: lấy tay giữ chặt khoảng 5-10 phút sẽ hết, chuyển sang gây mê toàn thân bằng đường tĩnh mạch.

c) Tác dụng phụ:

- Dấu hiệu Horner (sụp mí mắt, đỏ mắt, giảm tiết mồ hôi) Hết tác dụng thuốc mê các dấu hiệu trên cũng mất.

- Ước chế cơ hoành một bên 100%. Nhưng hô hấp có sự bù trừ khi gây suy hô hấp- Nhiễm trùng tụ máu vùng gây tê. Nếu chọc vào mạch máu và vô trùng không tốt. Rất ít gặp.

5. Giảm đau sau mổ:

- Paracetamol với trẻ < 13 tuổi liều lượng 15-20mg/kg, cách 5 giờ đặt hậu môn 1 lần.

- Hoặc bệnh nhân đau nhiều có thể dùng Morphine 0.1 mg/kg ngày 2 lần.

B. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH PHẪU THUẬT:

1. Tư thế bệnh nhân:

Bệnh nhân nằm nghiêng 45^0 trên bàn mổ, kê một gối đệm ở dưới lưng.

2. Các thì phẫu thuật:

a) Thì thứ nhất:

Rạch da dài từ 3 - 5 cm, bắt đầu từ móm cùng vai kéo xuống phía dưới cánh tay dọc theo trục dài cơ xơ hoá, theo đường chuẩn đích từ móm cùng vai đến bám tận của cơ ở ấn delta. Trường hợp dải cơ xơ hoá không ở chính giữa mà nằm lệch ra phía sau hoặc phía trước thì rạch da bắt đầu từ đỉnh của đường lõm khi cánh tay bị hạn chế khép. Tuy nhiên rất hiếm gặp tình huống này vì khi có một đĩa cơ xơ hoá nằm ở vị trí ngoài trục dọc giữa của cơ thì cánh tay của bệnh nhân vẫn có khả năng khép được.

b) Thì thứ hai:

- Qua da và tổ chức dưới da dùng tay kiểm tra lại dải xơ (căng và có khi tròn như cái đũa), dùng hai kẹp cầm máu loại nhỏ đầu cong và nhọn hoặc hai cái tách cơ nhỏ luôn xuống sát xương để tách và nâng dải xơ lên rồi dùng dao điện hoặc dao mổ cắt ngang dải xơ này giữa hai kẹp. Sau đó lại dùng kẹp hoặc cái tách cơ cũng đi sát xuống nền xương chỗ dải xơ đã nằm trước khi cắt để kiểm tra lại xem nếu còn thớ xơ nào dính thì cắt tiếp. Cũng có thể dùng ngón tay sờ xuống đáy rãnh để kiểm tra. Sau đó ép thử cánh tay người bệnh vào ngực nếu không còn lực kháng như trước khi cắt dải xơ là được (đôi khi chưa khép hết được cánh tay mặc dù đã cắt hết xơ là do vai bị biến dạng lâu. Sau này sẽ tập phục hồi chức năng để lấy lại hết độ khép). Cơ Delta là cơ xoè như cái quạt, phần rộng của nó bám vào 1/3 ngoài xương đòn, móm cùng vai và 1/3 ngoài đường sống vai. Các bó cơ thu hẹp lại như chuôi quạt và bám vào lõi củ cơ Delta ở xương cánh tay.

Dải xơ là dải nằm giữa hai bó cơ Delta nối từ móm cùng vai tới lõi củ Delta. Khi nó bị xơ hoá gây co rút sẽ làm cho cánh tay khó khép sát vào thành ngực. Khi cắt và giải toả dải xơ này thì cánh tay sẽ được giải phóng, hết co kéo. giúp nó dễ dàng khép vào thành ngực.

Chú ý: Không tách rộng hoặc cắt và phân cơ Delta còn lành lặn để tránh chảy máu, tránh va chạm thần kinh cơ và tránh tổn thương gây hậu quả xơ cơ thêm.

c) Thì thứ ba:

- Khâu da 2 lớp: Dưới da

Da

Với chỉ Vicryl 5/0 khâu trong da

- Băng kín vết mổ, không cần cố định bằng nẹp mà để cánh tay ở tư thế khép sát nách hoàn toàn bằng băng kiểu Desaul trong thời gian vài ba ngày rồi cho bệnh nhân tập sớm.

Chú ý:

- Không cần bộc lộ toàn bộ dải xơ và nối dài dải xơ.
- Cắt sát xương ở đầu nguyên ủy để tránh chảy máu và làm thương tổn thần kinh mũ.

VIII. TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN:

1. Chảy máu: nếu cầm máu tốt thì sẽ không có chảy máu. Nếu sau mổ có chảy máu thì có thể băng ép, khi băng ép không có kết quả do một nhánh mạch máu nào đó không được cầm thì cần tách các nút chỉ để tìm điểm chảy máu cầm lại.

2. Nhiễm trùng: nếu đảm bảo vô trùng tốt trong và sau mổ thì sẽ không có nhiễm trùng. Khi có nhiễm trùng thì tùy theo mức độ nặng hay nhẹ mà chọn kháng sinh cho phù hợp.

3. Gây liệt cơ delta hoặc những cơ lân cận do đường rạch lớn và động tác thô bạo gây tổn thương các nhánh thần kinh, ví dụ: thần kinh nách (Nervus axillaris).

4. Biến chứng lâu dài: xơ hóa trên diện rộng cơ delta do cắt phạm nhiều vào tổ chức cơ lành.

IX. TẬP LUYỆN PHỤC HỒI CHỨC NĂNG KHỚP VAI SAU PHẪU THUẬT XƠ HOÁ CƠ DELTA:

1. Cách phân phối thời gian:

Tập vận động phục hồi chức năng khớp vai sau phẫu thuật chia 3 thời kỳ:

- Thời kỳ ngay sau mổ: 2 tuần
- Thời kỳ sau mổ: 4 tuần
- Thời kỳ sau mổ: 12 tuần

2. Quy trình cụ thể:

2.1. Ngay sau mổ (2 tuần)

2.1.1. Mục tiêu:

- Giảm đau
- Giảm phù nề
- Phòng chảy máu
- Phòng nhiễm trùng
- Phòng dính khớp
- Duy trì và bước đầu tăng cường tầm hoạt động khớp vai
- Giải thích để người bệnh biết rõ mục tiêu để hợp tác

2.1.2. Kỹ thuật

2.1.2.1. Khi chưa cắt chỉ

- Khám tình trạng vết mổ
- + Đo mạch, nhiệt độ
- + Tham khảo tư vấn của bác sĩ phẫu thuật
- + Tập chủ động tâm hoạt động khớp, ngón, bàn ngón, cổ tay, khuỷu, cột sống cổ, tập gông cơ Delta (Isometric) ngày 2 lần, mỗi khớp 200 lần. Ghi hồ sơ trước và sau mỗi lần tập.

2.1.2.2. Khi đã cắt chỉ

Bệnh nhân tập chủ động có trợ giúp bên khớp vai có cơ Delta được mổ.

- + Bệnh nhân đứng áp cánh tay sát thành ngực.
- + Cánh tay gấp ra trước cơ tâm hoạt động được tối đa ($0 - 180^0$)
- + Cánh tay duỗi ra sau ($0 - 60^0$)
- + Bệnh nhân dang cánh tay ra ngoài ($0 - 180^0$)
- + Bệnh nhân dang vai 90^0 (ngang) gấp ngang $0^0 - 135^0$, duỗi ngang $0 - 45^0$
- + Nếu có phản ứng viêm vùng khớp vai, điều trị sóng ngắn liều I, 10 phút ngày 1 lần
- + Bệnh nhân tập ngày 2 lần, mỗi lần 30 phút. Đánh giá kết quả, bệnh nhân có tâm hoạt động tăng tiến, không đau tăng

2.2. Quy trình kỹ thuật tập vận động phục hồi chức năng sau phẫu thuật xơ hoá cơ Delta sau 2 tuần:

2.2.1. Mục tiêu:

- Hoàn thiện tâm hoạt động khớp
- Tăng cường sức mạnh cơ
- Phục hồi chức năng các sinh hoạt hàng ngày

2.2.2. Các kỹ thuật:

- Đo lại tâm hoạt động khớp vai:
- Áp cánh tay vào lồng ngực
- Gập phía trước ($0^0 - 180^0$)
- Duỗi ra sau 60^0
- Dạng ra ngoài ($0^0 - 90^0 - 180^0$)
- Gập ngang ($0^0 - 135^0$)
- Duỗi ngang ($0^0 - 60^0$)
- Áp 2 khuỷu tay phía trước

- Sờ tay phía trên bả vai đối diện
- Sờ tay dưới xương bả vai đối diện
- Tập các động tác chủ động như 2 tuần đầu nhưng có sức kháng trở từ nhẹ đến mạnh của kỹ thuật viên
- Mỗi ngày 1 lần 30 phút
- Nếu có sẹo lồi, điều trị siêu âm 0.5W/cm², ngày 1 lần, 15 lần

2.3. Giai đoạn 3 tháng sau phẫu thuật:

2.3.1. Mục tiêu:

- Hội nhập xã hội
- Làm được các công việc thường ngày tùy lứa tuổi và nghề nghiệp

2.3.2. Kỹ thuật:

Yêu cầu bệnh nhân làm các công việc thường ngày và đánh giá, bổ sung: viết, đi xe, quét nhà, cuốc đất, sản xuất thủ công...

X. TIÊU CHUẨN ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SAU PHẪU THUẬT:

Tình trạng	Khép cánh tay (độ)	Giang vai (độ)	Bàn tay chạm bả vai đối diện	Hai khuỷu tay chạm nhau	Bả vai lên cao và xoay ngoài	Dải cơ xơ hoá	Sinh hoạt, lao động
Tốt	0	90	Bình thường	Sát nhau	Hết	Không	Bình thường
Khá	0	45 - £ 90	Chạm có cố gắng	Chạm có cố gắng	Hết không hoàn toàn	Không	Hạn chế ít
Kém	> 10	= 45	Không chạm	Không chạm	Không thay đổi	Không thay đổi	Không thay đổi