SỞ Y TẾ TỈNH TÂY NINH
BỆNH VIỆN ĐA KHOA TÂY NINH

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

Số: 1122/QĐ-BVĐK

Tây Ninh, ngày 15 tháng 7 năm 2026

QUYẾT ĐỊNH
Về việc ban hành Quy trình phẫu thuật vết thương phần mềm đơn giản/rách da đầu

GIÁM ĐỐC BỆNH VIỆN ĐA KHOA TÂY NINH

Căn cứ Luật khám bệnh, chữa bệnh số 15/2023/QH15 ngày 09 tháng 01 năm 2023;

Căn cứ Nghị định số 96/2023/NĐ-CP ngày 30 tháng 12 năm 2023 Quy định chi tiết một số điều của luật khám bệnh, chữa bệnh; Thông tư 32/2023/TT-BYT ngày 31/12/2023 Quy định chi tiết một số điều của Luật Khám bệnh, chữa bệnh;

Căn cứ Quyết định số 1223/QĐ-UBND ngày 26/01/2026 của Uỷ ban nhân dân tỉnh Tây Ninh về việc ban hành quy định chức năng, nhiệm vụ quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tây Ninh trực thuộc Sở Y tế tỉnh Tây Ninh;

Căn cứ Quyết định số 32/2025/QĐ-CTUBND của chủ tịch Ủy ban nhân dân ngày 07/10/2025 về quy định phân cấp tuyển dụng, sử dụng quản lý viên chức trong đơn vị sự nghiệp công lập trên địa bàn tỉnh Tây Ninh;

Căn cứ kết luận tại cuộc họp Hội đồng khoa học kỹ thuật bệnh viện Đa khoa Tây Ninh ngày 14/7/2026;

Căn cứ tình hình thực tế của Bệnh viện đa khoa Tây Ninh;

Xét đề nghị của Hội đồng khoa học kỹ thuật bệnh viện Đa khoa Tây Ninh.

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1: Ban hành kèm Quyết định này Quy trình phẫu thuật vết thương phần mềm đơn giản/rách da đầu *(Quy định đính kèm)*

Điều 2: Quyết định có hiệu lực kể từ ngày ký.

Điều 3: Hội đồng khoa học kỹ thuật bệnh viện, Phòng Quản lý chất lượng và công tác xã hội, Lãnh đạo khoa Ngoại chấn thương chỉnh hình, các khoa chuyên môn và phòng chức năng có liên quan thuộc bệnh viện Đa khoa chịu trách nhiệm thi hành quyết định này./.

Nơi nhận:
- Như điều 3;
- Trang TTĐT BVĐK Tây Ninh
- Lưu: VT, P.QLCL&CTXH, P.TCCB.

GIÁM ĐỐC

SỞ Y TẾ TỈNH TÂY NINH
BỆNH VIỆN ĐA KHOA

Phan Thanh Tâm

BỆNH VIỆN ĐA KHOA TÂY NINH
KHOA NGOẠI CHẤN THƯƠNG CHỈNH HÌNH

QUY TRÌNH

PHẪU THUẬT VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM ĐƠN GIẢN/RÁCH DA ĐẦU

QTKT – CT 0009.01

	Người viết	Người kiểm tra			Người phê duyệt
Họ tên	Phan Dương Minh	Lê Thị Yến Nhi	Nguyễn Thị Thanh Tuyền	Hồ Triết Việt Hùng Nam	Phan Thanh Tâm
Ký tên					
Chức vụ	TK. NGOẠI CTCH	NV P QLCL &CTXH	TP. QLCL &CTXH	Phó Giám đốc	GIÁM ĐỐC BỆNH VIỆN

BỆNH VIỆN ĐA KHOA TÂY NINH **KHOA NGOẠI CHẤN THƯƠNG CHỈNH HÌNH**	**QUY TRÌNH PHẪU THUẬT VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM ĐƠN GIẢN/RÁCH DA ĐẦU**	Mã số: QTKT- CT 0009.01 Ngày ban hành: 15/07/2026 Lần ban hành: 01

1. *Người có liên quan phải nghiên cứu và thực hiện đúng các nội dung của tài liệu này.*
2. *Nội dung trong tài liệu này có hiệu lực thi hành như sự chỉ đạo của người đứng đầu đơn vị hoặc bộ phận.*

NƠI NHẬN (Đánh dấu ☑)

☑	Ban Giám đốc	☑	Khoa Ngoại CTCH	☐	
☑	Phòng KHTH	☑	Khoa PT-GMHS	☐	
☑	Phòng QLCL&CTXH	☐		☐	

THEO DÕI TÌNH TRẠNG SỬA ĐỔI (***tình trạng sửa đổi so với bản trước đó***)

Trang	Hạng mục sửa đổi	Tóm tắt nội dung hạng mục sửa đổi

1. MỤC ĐÍCH

Hướng dẫn thực hiện thống nhất quy trình "Phẫu thuật vết thương phần mềm đơn giản/rách da đầu" tại Khoa Ngoại Chấn thương chỉnh hình – Bệnh viện Đa khoa Tây Ninh. Văn bản chuẩn hóa các bước can thiệp ngoại khoa đối với vết thương mới, vết thương hở da sau mổ lần trước, vết thương nhiễm trùng, tổn thương rách da đầu đơn giản và các khối áp xe sâu dưới cân mạc phình căng có xu hướng thoát ra da, chỉ cần rạch tháo mủ đơn thuần; đảm bảo an toàn, nâng cao chất lượng điều trị của NB

2. PHẠM VI ÁP DỤNG

Áp dụng đối với toàn thể các bác sĩ phẫu thuật viên Ngoại khoa, bác sĩ gây mê hồi sức và điều dưỡng kíp mổ tại Khoa Phẫu thuật – Gây mê hồi sức (PT-GMHS) của Bệnh viện Đa khoa Tây Ninh khi tiếp nhận, thám sát và can thiệp ngoại khoa cho người bệnh có vết thương phần mềm đơn giản / rách da đầu

3. TRÁCH NHIỆM THỰC HIỆN

Nhân viên y tế (Bác sĩ, Điều dưỡng) tại các Khoa lâm sàng hệ Ngoại (Ngoại Tổng quát, Ngoại Thần kinh, Ngoại CTCH) và Khoa PT-GMHS: có trách nhiệm tuân thủ nghiêm ngặt các chỉ định phẫu thuật, quy trình cạo tóc, kỹ thuật cắt lọc, phương pháp cầm máu (khâu chữ X cho da đầu) và chiến lược khâu đóng da phù hợp trạng thái vết thương quy định trong văn bản này.

Ban Giám đốc: Phê duyệt ban hành và giám sát tối cao việc thực hiện quy trình kỹ thuật thống nhất toàn viện.

Phòng Quản lý chất lượng & Công tác xã hội (QLCL&CTXH): Hướng dẫn, kiểm tra và định kỳ đánh giá mức độ tuân thủ quy trình thông qua bảng kiểm lâm sàng.

Phòng Kế hoạch tổng hợp (KHTH): Giám sát thực hiện, kiểm tra tính hợp lý của hồ sơ bệnh án và hỗ trợ công tác thanh quyết toán BHYT theo đúng phân cấp danh mục kỹ thuật

4. THUẬT NGỮ, TỪ VIẾT TẮT

- QTKT:	Quy trình kỹ thuật
- VTPM:	Vết thương phần mềm
- BHYT:	Bảo hiểm y tế
- CCHN/GPHN:	Chứng chỉ hành nghề/giấy phép hành nghề
- CTCH:	Chấn thương chỉnh hình
- PT-GMHS:	Phẫu thuật – Gây mê hồi sức
- PTV/ĐD:	Phẫu thuật viên/Điều dưỡng
- NB:	Người bệnh

5. ĐẠI CƯƠNG

5.1. Định nghĩa:

Phẫu thuật vết thương phần mềm đơn giản/rách da đầu là kỹ thuật can thiệp ngoại khoa ở tứ chi, thân mình hoặc vùng đầu nhằm xử lý các bệnh cảnh lâm sàng khu trú ở tầng nông: (1) Cắt lọc, làm sạch và khâu đóng thì đầu các vết thương mới sắc gọn ở thân mình, tứ chi hoặc vết thương rách da đầu đơn giản không kèm theo tổn thương xương sọ và cấu trúc nội sọ; (2) Rạch da, phá vách xơ tháo mủ và cắt lọc tổ chức giả mạc hoại tử bẩn của các ổ nhiễm trùng nông giới hạn trên lớp mạc sâu; ; (3) Rạch da và cân mạc < 10cm để giải áp, tháo dịch mủ đơn thuần cho khối áp xe sâu dưới cân mạc đang tiến triển phình căng có xu hướng thoát ra da, hoàn toàn không có bóc tách sâu để cắt lọc hoại tử cơ hay giả mạc phức tạp.

Phẫu thuật này áp dụng cho các vết thương phần mềm nông ở tứ chi, thân mình hoặc vết thương rách da đầu đơn thuần, có Mã số kỹ thuật trong Thông tư 50/2014/TT-BYT và Thông tư 32/2023/TT-BYT: 954

5.2. Nguyên lý kỹ thuật:

Tiến hành chuẩn bị phẫu trường sạch (cạo tóc nếu ở vùng đầu); thực hiện đường rạch mở tối thiểu (< 10cm đối với áp xe sâu có xu hướng thoát da); loại bỏ tối thiểu mép da dập nát (vết thương mới) hoặc loại bỏ triệt để dịch mủ giả mạc hoại tử bẩn và lấy bỏ hết dị vật bẩn; bơm rửa cơ học làm sạch khoang tổn thương nông (nhiễm trùng nông) ; cầm máu kỹ lưỡng (khâu cơ học chữ X đối với mạch máu da đầu) và đóng vết mổ khâu phục hồi theo đúng các lớp giải phẫu đối với tổn thương sạch/sạch nhiễm theo chiến lược an toàn (khâu đóng da 2 lớp với vết thương da đầu sạch, hoặc để hở/khâu thưa đặt dẫn lưu đối với thương tổn tụ mủ nhiễm trùng).

5.3. Mục đích kỹ thuật:

- Thống nhất quy trình xử trí tổn thương nông cho kíp mổ các Khoa lâm sàng hệ Ngoại và Khoa PT-GMHS tại Bệnh viện Đa khoa Tây Ninh.

- Kiểm soát triệt để tai biến chảy máu, ngăn chặn nhiễm trùng tiến triển lan sâu xuống mô bên dưới; Tránh bỏ sót tổn thương sọ não phối hợp thông qua đánh giá nghiêm ngặt mốc giải phẫu và theo dõi điểm Glasgow hậu phẫu (đối với ca vùng đầu); Tối ưu hóa tốc độ liền thương, giảm khuyết hổng da để NB sớm xuất viện;

- Hoàn thiện hồ sơ bệnh án phục vụ công tác thanh quyết toán BHYT (Phẫu thuật Loại 2)

6. CHỈ ĐỊNH

- Người lớn và trẻ em có vết thương phần mềm đơn giản hoặc rách da đầu thuộc chỉ định phẫu thuật. Người bệnh được chỉ định áp dụng quy trình này khi thương tổn thỏa mãn các tiêu chí dưới đây:

1. Nhóm vết thương mới đơn giản:

- Vết thương rách da ở thân mình và tứ chi: Vết thương rách da đơn thuần hoặc vết thương lóc da < 50 cm^2 , dập nát mép da ít, dị vật nông dễ làm sạch hoặc vết thương <15 cm kèm rách mạc sâu (deep fascia) và đứt nông sắc gọn lớp cơ bên dưới

- Vết thương rách da đầu: Các vết thương rách da đầu (không kèm theo tổn thương xương và cấu trúc nội sọ dưới đáy vết thương) có kích thước > 1cm ,chảy máu nhiều, có thể có dị vật

2. Nhóm vết thương nhiễm trùng nông: vết thương đến muộn cũ rỉ dịch mủ viêm bẩn, bề mặt phủ lớp giả mạc bẩn bám tổ chức dưới da nông

3. Nhóm vết thương hở da sau mổ lần trước (Khâu da thứ cấp thì 2): Vết mổ hở da nông do lóc da hoại tử mép mổ lần trước hoặc vết thương chủ động để hở da nay đang giai đoạn tổ chức hạt mọc đỏ tươi, sạch mủ khuẩn, mép da co rút nhẹ sẵn sàng khâu đóng thứ cấp thì hai

4. Nhóm tụ mủ áp xe:

- Các ổ áp xe dưới da khu trú, hoại tử mô mỡ nông cấp tính rỉ dịch mủ nông

- Các khối áp xe phần mềm sâu dưới cân mạc đang tiến triển mủ dịch căng, có xu hướng thoát ra da, phẫu thuật chỉ cần rạch da và cân mạc với đường rạch < 10cm để thoát dịch mủ đơn thuần, hoàn toàn không có bóc tách sâu để cắt lọc mô hoại tử hoặc giả mạc mục nát

7. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Đối với tổn thương rách da đầu đơn thuần: Không có chống chỉ định tuyệt đối.

- Đối với toàn trạng chung: Người bệnh đa chấn thương nguy kịch, sốc chấn thương, huyết động dao động chưa ổn định (Ưu tiên quy trình hồi sức cấp cứu toàn thân trước).

- Đối với tổn thương mô sâu bẩn phức tạp: Tổn thương ăn sâu hoại tử xuyên qua cân mạc tàn phá hủy hoại mô cơ rộng lớn, nhiễm trùng lan tỏa hoại thư sinh hơi liên khoang cơ sâu dọc chi thể; hoặc các ổ áp xe sâu dưới cân mạc đòi hỏi phải bóc tách rộng diện rộng, cắt lọc mô hoại tử dập nát và giả mạc bẩn mục nát phức tạp (Chuyển áp dụng Quy trình phẫu thuật VTPM phức - Loại 1).

- Đối với tổn thương vùng đầu thấu xương sọ, rách màng cứng hoặc có tổn thương nội sọ phối hợp dưới đáy vết thương (Chuyển Quy trình phẫu thuật chuyên khoa sọ não - Loại 1)

8. THẬN TRỌNG

- NB có tiền sử đái tháo đường biến chứng, suy giảm miễn dịch (Nguy cơ bùng phát lan rộng nhiễm trùng).

- Vết thương vùng mặt hoặc vùng thẩm mỹ cao cần dùng dao cắt mép tiết kiệm và dùng chỉ Nylon kích thước nhỏ tỉ mỉ.

- Tổn thương da đầu rất dễ chảy máu nhiều do hệ mạch phong phú, cần chú ý kẹp giữ và cầm máu cơ học triệt để.

- Khi xử lý tổn thương rách mạc/cơ nông < 15cm sắc gọn, phải thám sát kỹ bằng mắt thường để đảm bảo không tổn thương cấu trúc mạch thần kinh lớn sâu bên dưới

9. CHUẨN BỊ

9.1. Người thực hiện

a) *Nhân lực trực tiếp*: 01 Bác sĩ phẫu thuật chính (có CCHN/GPHN Ngoại khoa), 02 nhân viên phụ mổ (Bác sĩ hoặc Điều dưỡng), 01 Bác sĩ (hoặc Cử nhân) gây mê, 01 Kỹ thuật viên gây mê

b) *Nhân lực hỗ trợ*: 01 Điều dưỡng dụng cụ vòng ngoài

9.2. Thuốc:

Dịch bơm rửa vết thương: Dung dịch Natri Clorid 0.9% đóng chai (thể tích sử dụng từ 500ml đến 1000ml đối với vết thương mới sạch/ca khâu thứ cấp thì 2 sạch khuẩn; sử dụng nhiều hơn từ 1000ml đến 2000ml đối với tổn thương nhiễm trùng nông, ổ áp xe bẩn). Phối hợp Oxy già 3% và Povidine (Betadine) 10%.

Kháng sinh: Kháng sinh dự phòng cho ca vết thương mới sạch hoặc khâu da thì hai; Kháng sinh điều trị phối hợp dòng vi khuẩn kị khí cho ca áp xe tụ mủ nông rạch tháo mủ.

Giảm đau sau mổ: Paracetamol đường uống hoặc truyền tĩnh mạch.

9.3. Vật tư:

Bộ dụng cụ phẫu thuật tiểu phẫu/trung phẫu ngoại khoa cơ bản, bơm tiêm 5ml/10ml, gạc vuông vô khuẩn, gạc củ ấu bóc tách vách áp xe.

Chỉ khâu: Chỉ tiêu khâu tổ chức dưới da nông (Vicryl 3/0), chỉ không tiêu Nylon khâu mép da rời (Nylon 3/0 hoặc 4/0).

Vật tư dẫn lưu ổ mủ: Mảnh cao su dẫn lưu (Glove drain) hoặc gạc dài tẩm sát khuẩn Betadine.

9.4. Trang thiết bị

Bàn mổ tiêu chuẩn khoa ngoại, đèn mổ, máy monitoring dấu hiệu sinh tồn.

9.5. Người bệnh

NB được giải thích rõ nguy cơ dị ứng thuốc tê, chảy máu hoặc việc bắt buộc để hở vùng áp xe mủ thay băng; ký cam kết phẫu thuật, thủ thuật. Nhận diện NB chính xác và đánh dấu vùng phẫu trường.

9.6. Hồ sơ bệnh án

Đầy đủ thủ tục hành chính, xét nghiệm đông máu cơ bản, biên bản hội chẩn mổ ghi Loại 2.

9.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: ước tính từ 20 đến 40 phút.

9.8. Địa điểm thực hiện: tại Phòng mổ thuộc Khoa PT-GMHS Bệnh viện Đa khoa Tây Ninh.

9.9. Kiểm tra hồ sơ:

a) *Kiểm tra người bệnh:* Kiểm tra, đối chiếu thông tin NB theo đúng Quy trình nhận diện chính xác NB khi cung cấp các dịch vụ y tế.

b) *Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật*

c) *Phương pháp vô cảm*: Gây tê tại chỗ. Trường hợp cần chuyển sang gây tê vùng hoặc gây mê phải được hội chẩn và chỉ định theo quy định chuyên môn.

10. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT:

Trình tự thực hiện kỹ thuật

Trách nhiệm	Tên bước	Chi tiết mô tả kỹ thuật lâm sàng
PTV, ĐD	Chuẩn bị ekip	PTV và ĐD kíp mổ mặc trang phục vô trùng phòng mổ chỉnh tề, mũ, khẩu trang, thực hiện sát khuẩn tay ngoại khoa rộng rãi và mang găng tay vô khuẩn đúng quy định.
Bác sĩ hoặc cử nhân GMHS	Vô cảm	Đối với gây tê tại chỗ bằng dung dịch Lidocain 2% lớp dưới da nông trên mạc sâu: bắt buộc PTV phải tiến hành gây tê thâm nhiễm bao vây hình vòng nhẫn (Ring block) ở vùng da lành xung quanh cách rìa vùng nhiễm khuẩn từ 1 - 2 cm để đạt hiệu quả vô cảm tối ưu. Nếu vùng mổ rộng mà gây tê tại chỗ không đáp ứng vô cảm tốt, cần thiết chuyển qua gây tê vùng, gây tê tủy sống hay gây mê mask thanh quản, gây mê nội khí quản
PTV hoặc Bác sĩ phụ mổ	Tư thế và Đặt Bơm Garô chi	Đặt NB ở tư thế thuận lợi bộc lộ tối ưu tổn thương. Đối với vết thương vùng đầu, tùy thuộc vị trí cụ thể có thể đặt NB nằm ngửa hoặc nằm sấp. Xử lý đặc thù vết thương da đầu: Tiến hành cạo tóc sạch sẽ xung quanh vùng tổn thương. Làm sạch vùng rìa mép tổn thương, sát trùng rộng rãi vùng da xung quanh bằng dung dịch Betadine 10% và tiến hành trải săng vô khuẩn bộc lộ phẫu trường

PTV chính	Rạch mở mạc sâu giải áp khoang	Tiến hành bơm rửa cơ học và sục rửa khoang tổn thương bằng sự phối hợp của Oxy già, Betadine và nước muối sinh lý NaCl 0.9% - Đối với vết thương mới: Giữ nguyên phẫu trường hoặc rạch mở rộng tối thiểu mép da dập. Bơm rửa cơ học bằng 500ml - 1000ml nước muối sinh lý. - Đối với khâu da thứ cấp thì 2 (Vết mổ hở cũ): Sử dụng lưỡi dao mổ sắc bén lọc bỏ lớp xơ hóa mỏng rìa mép da cũ, làm tươi lại mép da; dùng panh bóc tách giải phóng nhẹ mép da co rút dưới da lớp nông khỏi tổ chức hạt để mép da di động tốt. Thám sát lòng vết mổ cũ rà soát dị vật ẩn bám bẩn. Bơm rửa sạch bằng 500ml - 1000ml nước muối sinh lý. - Đối với vết thương nhiễm trùng cũ / Ổ áp xe nông / Khối áp xe sâu dưới cân mạc có xu hướng thoát da: Rạch dọc qua trung tâm ổ mủ nơi có điểm dao động mủ lớn rõ nhất. Tháo sạch mủ bẩn, dùng gạc củ ấu bóc tách phá vỡ toàn bộ các vách xơ (loculations) trong lòng ổ mủ dưới da. Tiến hành sục rửa áp lực lớn bằng dung dịch Oxy già 3% phối hợp 1000ml - 2000ml nước muối sinh lý NaCl 0.9% đẩy sạch dịch mủ và dị vật bẩn ra ngoài.
PTV chính	Cắt lọc mô hoại tử nông	Dùng kéo ngoại khoa sắc bén cắt lọc tối thiểu mép da bầm dập dập nát (đối với vết thương mới) hoặc cắt bỏ tổ chức hoại tử da bẩn, mỡ hoại tử mục nát và giả mạc bám dính thành ổ mủ (đối với vết thương cũ nhiễm trùng, Dùng kéo ngoại khoa sắc bén tiến hành cắt lọc mép da, tổ chức dập nát và lấy bỏ dị vật bẩn hoặc tổ chức mỡ mục nát hoại tử nôngbám thành ổ mủ. Đối với khối áp xe sâu có xu hướng thoát da : chỉ thực hiện rạch thoát lưu mủ đơn thuần qua đường rạch <10cm, hoàn toàn không tiến hành bóc tách sâu vào vùng cơ sâu, Tiến hành thám sát kiểm tra giải phẫu : Lớp mạc sâu (deep fascia) bên dưới nguyên vẹn hoặc rách kèm đứt nông sắc gọn lớp cơ bên

		dưới, không đứt gân hay tổn thương bó mạch thần kinh chính ẩn sâu. (vết thương <15 cm); Vết thương rách da đầu cần kiểm tra màn xương sọ ở dưới đáy vết thương
PTV chính	Cầm máu kỹ lưỡng	Kiểm tra các điểm chảy máu ngoại vi rỉ máu do rách mạch nhỏ hoặc tăng sinh mạch cấp vùng viêm. Thực hiện cầm máu kỹ lưỡng bằng dao điện đơn cực/lưỡng cực hoặc khâu buộc chỉ tiêu nhỏ dưới da nông để tránh biến chứng khối máu tụ chèn ép, tụ dịch nhiễm trùng thứ phát hậu phẫu. Kỹ thuật đặc thù vết thương da đầu: Do da đầu chảy máu nhiều, tiến hành khâu cầm máu chắc chắn bằng mũi chỉ chữ X với chỉ tiêu chậm (Vicryl 2/0-3/0)
PTV chính	Xử trí đóng vết mổ	- Ca vết thương mới sạch/Ca khâu da thứ cấp thì 2: Tiến hành khâu đóng kín vết mổ áp sát mép phẳng phiu theo lớp giải phẫu. Khâu lớp dưới da bằng chỉ tiêu (Vicryl 3/0) triệt khoảng chết nông; khâu đóng kín mép da dính sát khít phẳng đều bằng các mũi đơn rời sử dụng chỉ không tiêu Nylon 3/0 hoặc mũi đệm dọc Donati (cho ca khâu da thì hai căng kéo nhẹ). Đảm bảo hai mép da phẳng, không quặp vào trong, không đặt dẫn lưu. - Đối với ca vết thương < 15cm có đứt nông sắc gọn lớp cơ: cần tiến hành thêm khâu phục hồi lớp cơ và mạc sâu bằng các mũi đơn sử dụng chỉ tiêu chậm (Vicryl 2/0 hoặc 1/0) đúng giải phẫu; - Ca vết thương cũ nhiễm trùng / Ổ áp xe tháo mủ: Tuyệt đối không khâu đóng kín da thì đầu. PTV tiến hành khâu đóng da thưa hạn chế ở 2 góc mép mổ bằng chỉ Nylon rời chừa khoảng hở lớn ở giữa, hoặc để hở da hoàn toàn và đặt mảnh dẫn lưu cao su (Glove drain) HOẶC chèn gạc dài tẩm Betadine vào sát đáy khoang ổ mủ bảo đảm dịch viêm hoại tử thoát liên tục ra ngoài, tránh tạo ổ tụ mủ tái diễn.

PTV và Bác sĩ phụ mổ	Sát trùng, băng bó	Sát trùng lại toàn bộ da xung quanh vết mổ bằng cồn Betadine. Đặt gạc vuông vô khuẩn dày thấm dịch tiết tốt và băng ép nhẹ chở che vết mổ an toàn. Hoàn thiện ghi chép Phiếu phẫu thuật bệnh án cụ thể.
PTV chính, Điều dưỡng và kíp GMHS	Kết thúc quy trình	- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật. - Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ. - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

10.2. Tiêu chuẩn chuyển đổi quy trình

Trong quá trình phẫu thuật cắt lọc thám sát vết thương hoặc thám sát ổ mổ hở cũ làm tươi mép da khâu thứ cấp, nếu PTV phát hiện thương tổn thực tế xuyên thủng lớp cơ sâu kèm đứt gân hoặc rách mạch máu lớn tiềm ẩn ngoài dự kiến lâm sàng ban đầu, hay phát hiện ổ nhiễm trùng phần mềm hoại tử sâu phức tạp và lan rộng; PTV phải dừng quy trình này, lập tức chuyển sang áp dụng "Quy trình phẫu thuật Vết thương phần mềm phức tạp (Phẫu thuật Loại 1)". Đồng thời PTV phải mô tả chi tiết mốc giải phẫu và tổn thương sâu phức tạp - lan rộng trên vào tờ Tường trình phẫu thuật để làm căn cứ xác định Loại phẫu thuật cho khoa sau này.

11. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

11.1. Theo dõi hậu phẫu điều trị:

Theo dõi toàn trạng ổn định mạch, huyết áp sau mổ 15 - 30 phút và tình trạng vết mổ.

Ca nhiễm trùng cũ rỉ mủ, áp xe nông: Theo dõi mạch, nhiệt độ hằng ngày, tình trạng dịch mủ thấm gạc băng mổ.

Thực hiện thay băng hằng ngày. Rút mảnh dẫn lưu cao su hoặc gạc dài sau 24 - 48 giờ khi phẫu trường hết sạch dịch hoại tử tồn dư, đáy tổn thương sạch mọc tổ chức hạt đỏ tốt. Hẹn lịch NB tái khám cắt chỉ sau 7 - 10 ngày (vết thương khâu kín mới / vết thương khâu da thứ cấp thì 2) hoặc lên kế hoạch khâu muộn thì hai (vết thương để hở nhiễm trùng áp xe).

11.2. Xử trí tai biến lâm sàng:

Chảy máu, tụ máu dưới da mép mổ khâu da: Tiến hành băng ép chặt tại chỗ. Nếu tụ dịch máu lớn căng đau, mở 1 mũi chỉ góc giải phóng máu tụ, cầm máu lại bằng dao điện và khâu lại da thưa.

Nhiễm trùng tiến triển lan rộng xuống sâu dưới mạc phá cơ (Viêm cơ hoại tử, hoại thư liên khoang cơ): Biểu hiện chi sưng căng nề lớn lan rộng dữ dội dọc

chi, sốt cao rét run, ấn chi đau buốt. Xử trí: Đưa ngay NB trở lại phòng mổ tiến hành rạch mở mạc sâu rộng giải áp khoang, cắt lọc cơ hoại tử triệt để theo Quy trình VTPM phức tạp (Loại 1); đồng thời lấy mủ cấy làm kháng sinh đồ và điều chỉnh phối hợp kháng sinh phổ rộng liều cao đường tĩnh mạch toàn thân.

12. TÀI LIỆU LIÊN QUAN

Quy Trình Nhận Diện Chính Xác Người Bệnh Khi Cung Cấp Dịch Vụ Y Tế - QTQL-BV 0092.01

13. TÀI LIỆU THAM KHẢO

13.1.Tài liệu Việt Nam:

1. Bộ Y tế Việt Nam. (2017*). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa, chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình* (Ban hành kèm theo Quyết định số 5728/QĐ-BYT Bộ Y tế về Phẫu thuật vết thương phần mềm đơn giản rách da đầu)

2. Nguyễn Văn Thạch. (2018*). Bài giảng Bệnh học Chấn thương chỉnh hình và Ngoại thần kinh.* Nhà xuất bản Y học, Hà Nội (Chương lý thuyết liền vết thương cơ bản, kiểm soát khoảng chết nông và nguyên tắc khâu đóng da thứ cấp thì hai phần mềm chi thể).

3. Học viện Quân y. (2021*). Giáo trình Chấn thương chỉnh hình và Phẫu thuật thực nghiệm.* Nhà xuất bản Quân đội Nhân dân, Hà Nội (Nguyên tắc xử trí vết thương ô nhiễm bẩn, kỹ thuật rạch tháo mủ áp xe và kỹ thuật gây tê hình nhẫn bao vây vùng mô hoại tử bẩn tầng dưới da).

13.2. Tài liệu nước ngoài:

1. Azar, F. M., Beaty, J. H., & Canale, S. T. (2021). *Campbell's Operative Orthopaedics* (14th ed.). Elsevier. (Chapter 22: General Principles of Infection and Surgical Management of Acute Cutaneous, Superficial Soft Tissue Wounds, and Delayed Primary Closure Technique).

2. Sabiston, D. C., & Townsend, C. M. (Eds.). (2020*). Sabiston Textbook of Surgery: The Biological Basis of Modern Surgical Practice* (21st ed.). Elsevier Saunders. (Chapter 6: Wound Healing Dynamics, Surgical Hemostasis, Secondary Suture, and Treatment of Localized Subcutaneous Abscesses).

3. Singer, A. J., & Dagum, A. B. (2008*). Current management of acute cutaneous wounds. New England Journal of Medicine*, 359(10), pp. 1037-1046. (Clinical review on irrigation volume parameters, minimal debridement edge preparation, and ring-block local anesthesia rules for infected superficial tissue).

4. Weigelt, J. A. (2019*). Delayed Primary and Secondary Closure of Surgical Wounds. Surgical Clinics of North America,* 99(5), pp. 841-851. (Surgical guide on tissue granulation readiness markers, minimal freshening of retracted wound margins, and tension-free secondary suture techniques).

BẢNG KIỂM GIÁM SÁT QUY TRÌNH KỸ THUẬT PHẪU THUẬT VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM ĐƠN GIẢN/RÁCH DA ĐẦU

Khoa được giám sát: ..... Ngày giám sát: ...../...../2026

Tên PTV, ĐD được giám sát: .....

Người/nhóm giám sát: .....

Bước	Nội dung kiểm tra giám sát	Đạt	Không đạt	Lý do không đạt
1	Đón tiếp NB, khám lâm sàng đánh giá kỹ hình thái tổn thương: vết thương mới (rách da đơn thuần/lóc da < 50cm², hoặc vết thương <15cm kèm rách mạc đứt nông sắc gọn lớp cơ; rách da đầu > 1cmchảy máu nhiều); vết thương cũ nhiễm trùng hoặc khối áp xe sâu dưới cân mạc đang căng có hướng thoát da.			
2	Nhận diện chính xác NB, rà soát hồ sơ xét nghiệm đông máu cơ bản, ký biên bản hội chẩn chỉ định mổ Loại 2 nông			
3	Giải thích cụ thể cho NB/người nhà nguy cơ dị ứng thuốc tê, rỉ máu mép và chiến lược để hở da tháo mủ/khâu kín da thì hai; ký cam kết.			
4	Nhận diện đúng NB và thực hiện đánh dấu chính xác vị trí tổn thương phần mềm (vùng chi/thân mình, ổ áp xe hoặc vùng đầu) trước khi can thiệp.			
5	PTV chính và ĐD phụ mổ chuẩn bị trang phục vô khuẩn phòng mổ chỉnh tề, rửa tay ngoại khoa ngoại khoa, mang găng vô khuẩn chuẩn quy định.			
6	Kiểm tra, sắp đặt đầy đủ bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản, dao mổ, tông đơ/dao cạo tóc, chỉ khâu Nylon, chỉ tiêu chậm nông/sâu (Vicryl 2/0, 1/0) và vật tư dẫn lưu mảnh cao su/bấc gạc.			
7	Hướng dẫn và đặt tư thế người bệnh phù			

	hợp (nằm ngửa hoặc nằm sấp tùy thuộc vị trí rách da đầu), bộc lộ tối ưu phẫu trường tổn thương			
8	Sát trùng rộng phẫu trường bằng Betadine 10% từ trong ra ngoài (vết mổ sạch/khâu thì hai) hoặc rìa da lành bên ngoài (ổ mủ áp xe), trải săng vô khuẩn. Đối với vết thương vùng đầu: Thực hiện cạo tóc sạch sẽ xung quanh toàn bộ vùng tổn thương trước khi tiến hành sát trùng.			
9	Gây tê tại chỗ Lidocain 2% lớp dưới da nông trên mạc sâu. Ổ áp xe/khối mủ căng: Thực hiện gây tê thâm nhiễm bao vây hình vòng nhẫn da lành xung quanh rìa ổ viêm hoặc phối hợp gây tê vùng/gây mê			
10	Can thiệp phẫu trường: Cắt bỏ rìa xơ mép cũ làm tươi da (khâu thì 2); hoặc rạch rộng mép da thấu mạc cơ giải áp (vết thương mới <15cm); hoặc rạch dọc da cân mạc giải áp < 10cm tháo mủ đối với ổ áp xe nông hoặc áp xe sâu dưới cân có hướng thoát da, dùng gạc củ ấu bóc tách phá toang toàn vẹn các vách xơ ổ áp xe.			
11	Bơm rửa áp lực cơ học phẫu trường sạch bằng phối hợp các dung dịch: Oxy già, Betadine và nước muối sinh lý với thể tích đầy đủ chuẩn quy định (500ml - 2000ml).			
12	Cắt lọc tối thiểu mép da dập (ca mới) hoặc cắt lọc triệt giả mạc hoại tử mô tế bào mỡ bẩn mục nát bám dính (ca cũ bẩn hoại tử, áp xe mủ).			
13	Thám sát kiểm tra giải phẫu nghiêm ngặt bằng mắt thường: Xác nhận diện cơ sắc gọn < 15cm sạch không hoại tử cơ rộng, gân nguyên vẹn, không đứt mạch thần kinh chính ẩn sâu; hoặc với áp xe sâu cân mạc xác nhận mốc giải áp an toàn, bảo vệ cấu trúc sâu kề cận; Vết thương rách da đầu cần kiểm tra xương sọ ở dưới đáy vết thương có bị nứt vỡ			

14	Thực hiện cầm máu kỹ các điểm mạch: Khâu cơ học bằng mũi chỉ chữ X với chỉ tiêu chậm (Vicryl 2/0-3/0) đối với tổn thương da đầu chảy máu nhiều; dùng dao điện đơn cực/lưỡng cực hoặc khâu chỉ tiêu cho chi/thân mình/mép cân mạc giải áp an toàn.			
15	Khâu đóng vết mổ: Tiến hành khâu phục hồi lớp cơ và mạc sâu bằng chỉ tiêu chậm (Vicryl 3/0 hoặc 2/0) đúng giải phẫu đối với ca đứt nông cơ sắc gọn; khâu kín mép da dính sát bằng chỉ Nylon rời (có thể khâu da 2 lớp với đầu sạch); ca tụ mủ áp xe tuyệt đối để hở/đóng thưa đặt dẫn lưu mảnh cao su/bấc gạc sát đáy khoang.			
16	Sát trùng toàn bộ đường khâu/vết mổ hở bằng cồn Betadine, đặt gạc vô khuẩn thấm tốt và tiến hành băng ép bó nhẹ chi thể che chở an toàn.			
17	Hoàn thiện ghi chép Phiếu phẫu thuật hồ sơ bệnh án cụ thể, ghi rõ chi tiết mốc giải phẫu can thiệp phục hồi và thể tích dịch rửa vết thương			
18	Theo dõi sinh tồn sát ổn định hậu phẫu, y lệnh kháng sinh và hướng dẫn NB chăm sóc ngoại trú thay băng hằng ngày, rút dẫn lưu cao su sau 24-48h, hẹn lịch cắt chỉ rõ ràng.			

Kết quả giám sát chung:

.....

.....

.....

Ý kiến của nhóm giám sát:

.....

.....

.....

XÁC NHẬN CỦA KHOA LÂM SÀNG **ĐẠI DIỆN NHÓM GIÁM SÁT**