

# **BỆNH VIỆN ĐA KHOA SỐ 2 TỈNH LÀO CAI**



## **HƯỚNG DẪN QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHUYÊN NGÀNH NGOẠI THẦN KINH - TẬP 1**

*(Ban hành kèm theo Quyết định số /QĐ-BVĐK2 ngày tháng 11 năm 2025  
của Giám đốc Bệnh viện Đa khoa số 2 tỉnh Lào Cai)*

**Lào Cai, năm 2025**

**Hội đồng thẩm định**

---

BSCKII. Tô Minh Hùng

Phó Giám đốc bệnh viện

---

ThS. Nguyễn Thị Hồng Anh

Phó trưởng phòng Đào tạo & Chỉ đạo tuyến

---

DSCKI. Nguyễn Thị Mỹ Nương

Phó trưởng phòng Kế hoạch tổng hợp

---

ThS. Nguyễn Thế Linh

Phó trưởng phòng Quản lý chất lượng

---

BSCKII. Lương Ngọc Quý

Trưởng khoa Gây mê hồi sức

---

BSCKII. Lò Tà Phìn

Trưởng khoa Ngoại chấn thương chỉnh hình

---

BSCKII. Nguyễn Văn Hải

Trưởng khoa Ngoại tiết niệu

---

BSCKI. Lê Quyết Thắng

Trưởng khoa Ngoại tổng hợp

---

ThS. Nguyễn Phú Duy

Trưởng khoa Ngoại thần kinh

---

BSCKI. Đỗ Đình Quy Nhơn

Trưởng khoa Tai mũi họng

---

BSCKI. Hoàng Anh Quý

Phó trưởng khoa YHCT&PHCN

---

BSCKI. Nguyễn Thị Quỳnh Trâm

Phó giám đốc Trung tâm Ung bướu & YHHN

---

BSCKII. Trần Đức Thắng

Trưởng khoa Răng hàm mặt

---

ThS. Nguyễn Thế Bách

Trưởng khoa Sản

---

ĐD. Trần Thị Thu Hà

Viên chức phòng Đào tạo & CĐT

---

**Biên soạn**

---

Ths. Nguyễn Phú Duy

Trưởng khoa Ngoại thần kinh

---

Ths. Phạm Ngọc Danh

Phó trưởng khoa Ngoại thần kinh

---

## LỜI NÓI ĐẦU

Trong chuyên ngành Ngoại khoa, Ngoại Thần kinh luôn được xếp vào nhóm chuyên ngành có mức độ nguy cơ cao, yêu cầu trình độ kỹ thuật chính xác và khả năng xử trí tình huống khẩn cấp nhanh chóng. Mỗi sai lệch nhỏ trong thao tác có thể ảnh hưởng trực tiếp đến khả năng sống còn của người bệnh. Vì vậy, việc chuẩn hóa quy trình kỹ thuật không chỉ là yêu cầu quản lý, mà là nền tảng để bảo đảm an toàn, nâng cao chất lượng điều trị và tạo sự thống nhất trong thực hành lâm sàng.

Tập tài liệu “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại Thần kinh” gồm 19 quy trình kỹ thuật, được xây dựng theo hướng ngắn gọn, thực tiễn, tập trung vào những kỹ thuật đang triển khai thường xuyên tại Bệnh viện Đa khoa số 2 tỉnh Lào Cai. Nội dung được biên soạn dựa trên ba trụ cột: Quy định chuyên môn của Bộ Y tế, hướng dẫn của chuyên ngành Ngoại Thần kinh tuyến trung ương và kinh nghiệm tích lũy qua thực hành điều trị tại bệnh viện.

Mỗi quy trình được trình bày theo cấu trúc thống nhất, ưu tiên tính khả thi khi áp dụng: Mục tiêu – Chỉ định – Chống chỉ định – Chuẩn bị – Các bước thực hiện – Theo dõi và xử trí tai biến. Cách tiếp cận này nhằm giúp cán bộ y tế dễ dàng tra cứu, triển khai và kiểm soát rủi ro trong mọi hoàn cảnh, đặc biệt trong các tình huống cấp cứu thần kinh.

Bộ tài liệu được sử dụng với các mục đích chính:

1. Làm căn cứ áp dụng kỹ thuật thống nhất trong toàn bộ hệ thống thực hành Ngoại Thần kinh tại bệnh viện.
2. Hỗ trợ đào tạo, hướng dẫn nhân viên mới, học viên và người hành nghề trong giai đoạn tập huấn.
3. Cung cấp chuẩn tham chiếu phục vụ công tác kiểm tra, giám sát và đánh giá chất lượng chuyên môn.

Tài liệu có tính mở và sẽ tiếp tục được rà soát, điều chỉnh khi có cập nhật về kỹ thuật, trang thiết bị hoặc thay đổi quy định chuyên môn. Ý kiến đóng góp của các khoa, phòng và cá nhân trực tiếp thực hiện kỹ thuật là cơ sở quan trọng để hoàn thiện các phiên bản tiếp theo.

**Tập thể biên soạn**

## MỤC LỤC

|  |    |
|--|----|
| 1. QUY TRÌNH KỸ THUẬT GIẢI ÉP TỦY SỐNG TRONG LAO ĐÓT SỐNG NGỰC .....   | 1  |
| 2. QUY TRÌNH KỸ THUẬT PHẪU THUẬT GIẢI ÉP TỦY TRONG LAO CỘT SỐNG LƯNG- THẮT LƯNG.....   | 4  |
| 3. QUY TRÌNH KỸ THUẬT PHẪU THUẬT DẪN LƯU ÁP XE LẠNH CẠNH CỔ DO LAO CỘT SỐNG CỔ.....  | 7  |
| 4. QUY TRÌNH KỸ THUẬT PHẪU THUẬT CỐ ĐỊNH CỘT SỐNG BẰNG BUỘC CHỈ THÉP LIÊN GAI SAU DO LAO CỘT SỐNG CỔ.....                                    | 10 |
| 5. QUY TRÌNH KỸ THUẬT PHẪU THUẬT THÁO BỎ DỤNG CỤ KẾT HỢP XƯƠNG DO LAO CỘT SỐNG .....   | 12 |
| 6. QUY TRÌNH KỸ THUẬT PHẪU THUẬT NẠO VIÊM LAO XƯƠNG SỌ.....  | 15 |
| 9. QUY TRÌNH KỸ THUẬT PHẪU THUẬT LÀM SẠCH VIÊM NGOÀI MÀNG TỦY VÀ/HOẶC VIÊM ĐĨA ĐỆM KHÔNG TÁI TẠO THÂN ĐÓT SỐNG BẰNG ĐƯỜNG VÀO TRỰC TIẾP..... | 22 |
| 10. QUY TRÌNH KỸ THUẬT PHẪU THUẬT CẮT BỎ ĐƯỜNG RÒ DƯỚI DA, DƯỚI MÀNG TỦY .....   | 24 |
| 11. QUY TRÌNH KỸ THUẬT PHẪU THUẬT CẮT U TỦY CỔ CAO.....  | 26 |
| 12. QUY TRÌNH KỸ THUẬT PHẪU THUẬT CẮT U MÁU TỦY SỐNG, DỊ DẠNG ĐỘNG TĨNH MẠCH TRONG TỦY .....   | 29 |
| 13. QUY TRÌNH KỸ THUẬT PHẪU THUẬT CẮT U THÀNH BÊN LAN LÊN ĐÁY SỌ.....  | 32 |
| 14. QUY TRÌNH KỸ THUẬT PHẪU THUẬT CẮT U KHOANG BÊN HỌNG LAN LÊN ĐÁY SỌ .....   | 35 |
| 15. QUY TRÌNH KỸ THUẬT PHẪU THUẬT CẮT U HẠ HỌNG QUA ĐƯỜNG CỔ BÊN...38  |    |
| 16. QUY TRÌNH KỸ THUẬT PHẪU THUẬT CẮT LẠNH U MÁU HẠ THANH MÔN.....   | 41 |
| 17. QUY TRÌNH KỸ THUẬT PHẪU THUẬT CẮT LẠNH U MÁU VÙNG TAI MŨI HỌNG .....   | 44 |
| 18. QUY TRÌNH KỸ THUẬT PHẪU THUẬT CẮT U DÂY THẦN KINH VIII (U TIỀN ĐÌNH – ỐC TAI/ACOUSTIC NEUROMA) .....                                     | 47 |
| 19. QUY TRÌNH KỸ THUẬT PHẪU THUẬT U ĐÓT SỐNG NGOÀI MÀNG CỨNG.....  | 50 |

# 1. QUY TRÌNH KỸ THUẬT GIẢI ÉP TỦY SỐNG TRONG LAO ĐÓT SỐNG NGỰC

## 1. ĐẠI CƯƠNG

- Cột sống ngực có 12 đốt sống, liên quan nhiều đến phổi, màng phổi, trung thất.

- Lao cột sống ngực thường gặp hơn các nơi khác của cột sống.

- Trên lâm sàng ít gặp lao cột sống ngực cao (D1-D4) bị mất vững cột sống, mặc dù có triệu chứng ép tủy; phẫu thuật dẫn lưu áp xe, nạo viêm thân đốt sống đơn thuần hoặc bằng nội soi qua khoang lồng ngực cũng thường đạt hiệu quả tốt.

+ Hiện nay nhiều phẫu thuật viên có kinh nghiệm tiến hành phẫu thuật loại này bằng một đường mổ phía sau, có thể cắt qua khớp sườn - móm ngang để tiến hành giải ép tủy, ghép xương, đặt nẹp phía trước, rồi đặt nẹp vít qua cuống cung phía sau.

- Phẫu thuật giải ép tủy sống phía sau (laminectomie) hiện ít được áp dụng trong điều trị lao cột sống ép tủy.

- Một số trường hợp mũ áp xe do lao cột sống ngực vỡ vào khoang màng phổi (khoảng 10% số ca lao cột sống ngực) gây ra mũ màng phổi, hoặc vỡ vào nhu mô phổi, phẫu thuật không đơn thuần là giải ép tủy mà có thể cần làm thêm phẫu thuật bóc vỏ màng phổi hoặc xử lý ổ tổn thương vỡ vào nhu mô phổi (thường là ổ bã đậu đã được khu trú lại).

- Mô tả kỹ thuật vào cột sống ngực bằng đường mổ phía trước qua khoang màng phổi để tìm, nạo vét lấy bỏ tổn thương lao, giải phóng tủy sống bị chèn ép.

## 2. CHỈ ĐỊNH

Tổn thương lao cột sống ngực có áp xe, xương chết, chèn ép tủy, gù nhẹ (sagittal index < 20 độ), không có mất vững cột sống.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có các rối loạn về hô hấp, tim mạch cấp, rối loạn chức năng đông chảy máu, có các bệnh mạn tính kèm theo như suy tim, suy gan, suy thận.

## 4. CHUẨN BỊ

### 4.1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên nắm vững kỹ thuật mổ cột sống, mổ lồng ngực, xử lý tai biến trong và sau phẫu thuật.

- Gây mê viên: gây mê nội khí quản có kinh nghiệm, theo dõi chặt chẽ, tỉ mỉ người bệnh trong và sau phẫu thuật.

### 4.2. Dụng cụ

Bộ dụng cụ phẫu thuật cột sống.

### 4.3. Người bệnh

Được giải thích kỹ về cuộc phẫu thuật và tình hình bệnh tật, khả năng hồi phục tổn thương.

#### 4.4. Hồ sơ bệnh án

- Đầy đủ theo qui định: thủ tục hành chính, giấy cam đoan chấp nhận phẫu thuật, thủ thuật và gây mê hồi sức.
- Ghi nhận xét trước mổ về tình trạng người bệnh, mức độ ép tủy.
- Các xét nghiệm về máu, nước tiểu, điện tim, siêu âm, trong giới hạn cho phép phẫu thuật.
- Xquang cột sống ngực thẳng, nghiêng thường quy và chụp cắt lớp vi tính hoặc chụp cộng hưởng từ cột sống.
- Xquang phổi thường quy.
- Điều trị bằng thuốc chống lao trước phẫu thuật ít nhất 2 tuần.

#### 4.5. thời gian : 1-2 giờ

### 5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

#### 5.1. Tư thế

Người bệnh nằm nghiêng 90 độ, thường là nghiêng phải, có một gối độn giữa thành ngực trái và bàn mổ để các khe sườn bên mổ được giãn ra hơn.

#### 5.2. Vô cảm

Gây mê nội khí quản.

#### 5.3. Kỹ thuật

- Sát trùng rộng rãi vùng mổ bằng dung dịch betadine.
- Đường rạch: tùy vị trí tổn thương ở cao hay thấp để có đường vào thích hợp, nếu tổn thương từ D2 đến D6 thì nên vào khoang lồng ngực qua khe sườn 4-5; tổn thương từ D7 đến D11 thì nên qua khe sườn 7-8.
  - Rạch da 8-10 cm, song song với kẽ sườn.
  - Cắt các cơ bằng dao điện.
  - Cắt cơ gian sườn theo đường bờ trên của xương sườn.
  - Thận trọng rạch lá thành màng phổi, tránh gây rách nhiều màng phổi tạng, kiểm tra xem phổi có dính vào thành ngực hay không, nếu có cần gỡ dính tỉ mỉ, bộc lộ hoàn toàn và rõ ràng vùng cột sống bị tổn thương - đây là một thì quan trọng cần lưu ý.
    - Banh rộng vết mổ bằng Finochietto.
    - vén và đè phổi về phía trung thất trước.
    - Kiểm soát tốt tĩnh mạch chủ trên, Azygott khi thao tác ở vùng đỉnh phổi.
    - Kiểm tra đánh giá tổn thương ở cột sống, tìm điểm thuận lợi để mở bao áp xe, cố gắng tránh các mạch liên sườn; nếu có chảy máu động mạch liên sườn thì kẹp đốt hoặc khâu buộc lại.
    - Hút hết mủ và tổ chức viêm lao, bã đậu, lấy hết các mảnh xương chết, đĩa đệm bị hỏng, nạo sạch lòng ổ, lau rửa bằng nước ô xy già và betadine, cầm máu kỹ vùng mổ.

- Lấy tổ chức tổn thương làm xét nghiệm mô bệnh, lấy mủ nuôi cấy tìm vi khuẩn và làm kháng sinh đồ.

- Đặt hai ống dẫn lưu vào lòng ổ áp xe (ngoài khoang màng phổi) để bơm rửa, khâu phục hồi thành ổ áp xe, để ống dẫn lưu 7-10 ngày.

- Rửa sạch khoang màng phổi bằng nước muối sinh lý.

- Đặt 1 ống dẫn lưu khoang màng phổi, để ống dẫn lưu 1-2 ngày.

- Kiểm tra an toàn vùng phẫu thuật.

- Đóng thành ngực theo các lớp giải phẫu.

## **6. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN**

### **6.1. Theo dõi (lưu ý đặc biệt với người cao tuổi).**

- Mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở.

- Chảy máu vùng mổ.

- Bội nhiễm viêm phổi, viêm đường tiết niệu.

- Loét vùng cụt do tỳ đè (do bệnh nhân liệt, nằm lâu).

- Thể trạng suy kiệt.

### **6.2. Xử lý**

- Nếu có chảy máu vùng mổ cần mở vết mổ cầm máu.

- Kháng sinh phù hợp chống bội nhiễm viêm phổi, viêm đường tiết niệu, có thể phải bơm rửa bằng quang khi cần.

- Tăng cường dinh dưỡng và sức đề kháng.

- Xoa bóp cơ thể các điểm tỳ đè nhiều, vận động thụ động tứ chi.

- Lưu ý:

- + Dùng thuốc chống lao đầy đủ theo phác đồ qui định ngay sau khi phẫu thuật.

- + Bất động tương đối tại giường phẳng cứng 6 đến 8 tuần.

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

- Quyết định số 200/QĐ- BYT ngày 16 tháng 1 năm 2014 về viện ban hành tài liệu “*hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa- Phẫu thuật thần kinh*” của Bộ trưởng- Bộ y tế.

- Quyết định số 5590/QĐ- BYT ngày 14 tháng 12 năm 2017 về việc ban hành tài liệu “*quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên ngành phẫu thuật thần kinh*” của Bộ trưởng Bộ Y tế.

- Bệnh học Phẫu thuật thần kinh- *Lê Xuân Trung và cộng sự*- Nhà xuất bản y học 2015

## **2. QUY TRÌNH KỸ THUẬT PHẪU THUẬT GIẢI ÉP TỤY TRONG LAO CỘT SỐNG LƯNG- THẮT LƯNG**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

Cột sống vùng lưng, thắt lưng có liên quan đến nhiều tạng ở phía trên là lồng ngực và phía dưới là ổ bụng, có cơ hoành bám D11-D12, nên các kỹ thuật can thiệp vào vùng này có một số đặc điểm riêng. Chúng tôi mô tả kỹ thuật mổ cột sống vùng lưng - thắt lưng D12-L1 phía bên trái cột sống để tìm, nạo vét, lấy bỏ tổn thương lao, giải phóng tủy sống bị chèn ép.

Phẫu thuật này áp dụng cho những trường hợp lao cột sống không có sự phá hủy xương nghiêm trọng, không có gù và không có mất vững cột sống. Phẫu thuật cần kết hợp với điều trị nội khoa bằng thuốc chống lao đầy đủ theo quy định.

### **2. CHỈ ĐỊNH**

Tổn thương lao cột sống lưng - thắt lưng có chèn ép tủy (bởi áp xe, xương chết..) gây liệt hoàn toàn hoặc không hoàn toàn hai chi dưới.

### **3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Người bệnh có các rối loạn về hô hấp, tim mạch cấp, rối loạn chức năng đông/ chảy máu.

### **4. CHUẨN BỊ**

#### **4.1. Người thực hiện**

- Phẫu thuật viên nắm vững kỹ thuật mổ cột sống, mổ lồng ngực, bụng, xử lý tai biến trong và sau phẫu thuật.
- Gây mê viên: gây mê nội khí quản có kinh nghiệm, theo dõi chặt chẽ, tỉ mỉ người bệnh trong và sau phẫu thuật.

#### **4.2. Dụng cụ**

Bộ dụng cụ phẫu thuật cột sống.

#### **4.3. Người bệnh**

- Được giải thích kỹ về cuộc phẫu thuật và tình hình bệnh tật, khả năng hồi phục tổn thương.

#### **4.4. Hồ sơ bệnh án**

- Đầy đủ theo quy định: thủ tục hành chính, giấy cam đoan chấp nhận phẫu thuật, thủ thuật và gây mê hồi sức.
- Ghi nhận xét trước phẫu thuật về tình trạng người bệnh, mức độ ép tủy, tiên lượng phục hồi chức năng sau phẫu thuật.
- Các xét nghiệm về máu, nước tiểu, điện tim, siêu âm, trong giới hạn cho phép phẫu thuật.
- Xquang cột sống vùng lưng - thắt lưng thẳng, nghiêng thường quy và chụp cắt lớp vi tính hoặc chụp cộng hưởng từ cột sống.
- Xquang phổi thường quy.

- Điều trị bằng thuốc chống lao trước phẫu thuật ít nhất 2 tuần.

#### **4.5. thời gian : 1-2 giờ**

### **5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

#### **5.1. Tư thế**

Người bệnh nằm nghiêng 90 độ, có một gối độn giữa thành ngực phải và bàn mổ để các khe sườn bên mổ được giãn ra hơn.

#### **5.2. Vô cảm**

Gây mê nội khí quản.

#### **5.3. Kỹ thuật**

- Sát trùng rộng rãi vùng phẫu thuật bằng dung dịch betadine.
- Đường rạch da là đường cong khoảng 10-12cm, từ đường trắng bên trái kéo lên trên đến dọc theo xương sườn 10, phía sau dừng lại ở cơ cạnh cột sống. Đây là đường thuận lợi để vào trước D12-L1.
- Cắt các cơ bằng dao điện.
- Cắt cơ gian sườn theo đường bờ dưới của xương sườn 10.
- Thận trọng tách lá thành màng phổi ra khỏi thành ngực, tránh gây rách màng phổi thành, đẩy màng phổi và nhu mô phổi ra phía trước.
- Xác định cơ hoành và ranh giới giữa khoang màng phổi với các thành phần dưới hoành.
- Chân cơ hoành được đánh dấu và cắt qua ở phía trước.
- Banh rộng vết mổ bằng Finocietto.
- Tiếp tục bóc tách để đẩy thận ra trước, bộc lộ phần trên cơ thắt lưng chậu và ra sau dùng ngón tay đẩy nhẹ nhàng lá thành màng phổi lên trên để bộc lộ D12-L1.
- Chân cơ hoành ở phía sau cũng được đánh dấu (bằng khâu dính hai mép cơ) và cắt ngang qua 2-3cm để vào cột sống.
- Bộc lộ rõ vùng mổ D12-L1.
- Xác định nhánh động mạch liên sườn 12 và động mạch thân đốt sống L1, thắt và cắt bỏ chúng; thân đốt sống bộc lộ ngay dưới các mạch này.
- Kiểm tra đánh giá tổn thương ở cột sống, tìm điểm thuận lợi để mở vào ổ áp xe.
- Hút hết mủ và tổ chức viêm lao, bã đậu, lấy hết các mảnh xương chết, đĩa đệm bị hỏng, giải ép tủy và rễ thần kinh, nạo sạch lòng ổ, lau rửa bằng nước ô xy già và betadine, cầm máu kỹ vùng mổ.
- Lấy tổ chức tổn thương làm xét nghiệm mô bệnh, lấy mủ làm xét nghiệm vi sinh: nuôi cấy vi khuẩn, kháng sinh đồ.
- Rửa sạch vùng mổ bằng nước muối sinh lý.
- Đặt hai ống dẫn lưu vào vùng mổ (ngoài khoang màng phổi) để bơm rửa, để ống dẫn lưu 7-10 ngày.

- Kiểm tra an toàn vùng phẫu thuật.
- Khâu phục hồi vết mổ theo các lớp giải phẫu.

**Lưu ý:**

- Nếu có rách màng phổi hoặc điểm khâu phục hồi chân cơ hoành phía sau không được chắc chắn (do cạnh thành ổ áp xe không vững) thì nên đặt một ống dẫn lưu khoang màng phổi, hút áp lực thấp, rút sau 1 đến 2 ngày.

- Các kỹ thuật chỉnh hình: ghép xương, thay thế thân đốt sống, nẹp vít phía trước hoặc nẹp vít cả hai đường trước và sau cho lao cột sống ngực - lưng, trong trường hợp có chỉ định, có thể áp dụng đường mổ này.

## **6. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN**

### **6.1. Theo dõi: (lưu ý đặc biệt với người cao tuổi).**

- Mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở.
- Chảy máu vùng mổ.
- Bội nhiễm viêm phổi, viêm đường tiết niệu.
- Loét vùng cùn cụt do tì đè (do bệnh nhân liệt, nằm lâu).
- Thể trạng suy kiệt.

### **6.2. Xử lý**

- Nếu có chảy máu: mở vết mổ cầm máu.
- Kháng sinh chống bội nhiễm viêm phổi, viêm đường tiết niệu.
- Tăng cường dinh dưỡng và sức đề kháng.
- Xoa bóp vận động thụ động

**Lưu ý:**

- + Bất động tương đối tại giường phẳng cứng 6 đến 8 tuần
- + Dùng thuốc chống lao đầy đủ theo phác đồ quy định ngay sau khi phẫu thuật.

### **3. QUY TRÌNH KỸ THUẬT PHẪU THUẬT DẪN LƯU ÁP XE LẠNH CẠNH CỔ DO LAO CỘT SỐNG CỔ**

#### **1. ĐẠI CƯƠNG**

- Áp xe lạnh cạnh cổ do lao cột sống cổ là biến chứng nặng do lao cột sống cổ không được điều trị nội khoa triệt để.

- Là phẫu thuật mở vào vùng tổ chức liên kết quanh thực quản cổ, ngay cạnh bó mạch cảnh để dẫn lưu mủ hoặc lấy bỏ ổ tổn thương lao cột sống cổ phá hủy ra các tổ chức xung quanh.

#### **2. CHỈ ĐỊNH**

- Áp xe vùng cạnh cổ do tổn thương lao cột sống phá hủy ra các tổ chức xung quanh

- Phẫu thuật lấy tổ chức làm giải phẫu bệnh lý để chẩn đoán xác định lao cột sống cổ

#### **3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh nhân có chống chỉ định gây mê nội khí quản

- Bệnh nhân có rối loạn đông máu nặng

#### **4. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

#### **5. CHUẨN BỊ**

##### **5.1. Người thực hiện**

- Phẫu thuật viên nắm vững kỹ thuật mổ cột sống, mổ lồng ngực, bụng, xử lý tai biến trong và sau phẫu thuật.

- Gây mê viên: gây mê nội khí quản có kinh nghiệm, theo dõi chặt chẽ, tỉ mỉ người bệnh trong và sau phẫu thuật.

##### **5.2. Dụng cụ**

Bộ dụng cụ cột sống.

##### **5.3. Người bệnh**

- Được giải thích kỹ về cuộc phẫu thuật và tình hình bệnh tật, khả năng hồi phục tổn thương.

##### **5.4. Hồ sơ bệnh án**

- Đầy đủ theo quy định: thủ tục hành chính, giấy cam đoan chấp nhận phẫu thuật, thủ thuật và gây mê hồi sức.

- Ghi nhận xét trước phẫu thuật về tình trạng người bệnh, mức độ chèn tổ chức vùng cổ, tiên lượng phục hồi chức năng sau phẫu thuật.

- Các xét nghiệm về máu, nước tiểu, điện tim, siêu âm, trong giới hạn cho phép phẫu thuật.

- Xquang cột sống vùng lưng - thắt lưng thẳng, nghiêng thường quy và chụp cắt lớp vi tính hoặc chụp cộng hưởng từ cột sống.

- Xquang phổi thường quy.
- Điều trị bằng thuốc chống lao trước phẫu thuật ít nhất 2 tuần.

**5.5. thời gian :** 1-2 giờ

## **6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **6.1. Tư thế**

Người bệnh nằm ngửa, cổ uốn tối đa.

### **6.2. Vô cảm**

Gây mê nội khí quản.

### **6.3. Kỹ thuật**

- **Rạch da** dài 10 cm dọc theo bờ trước cơ ức - đòn - chũm bắt đầu từ bờ trên sụn giáp đến trên khớp ức đòn 1 cm, tìm cân cổ nông và rạch cân cổ nông ở bờ trước cơ ức đòn chũm. Giải phóng bờ trước cơ này và kéo ra phía ngoài.

- **Cắt lớp cân cổ giữa, bóc tách các cơ dưới móng:** cơ ức - móng, cơ ức - giáp, cơ vai - móng bóc. Tách cơ vai móng và dùng dao cắt cơ này, cân giữa lộ ra trên toàn vết mổ; bóc tách mỡ vỏ bọc của ổ áp xe, mũ trào ra. Đến cân cổ sâu, bó mạch, thần kinh cảnh, kéo bó mạch ra ngoài.

- Bộc lộ vào tổ chức viêm lao, lấy bỏ tổ chức làm giải phẫu bệnh lý
- Làm sạch hố mổ bằng o xy già, nước muối pha Bethadine loãng, cầm máu
- Đặt dẫn lưu
- Nếu nhiễm khuẩn nát, nhiều mũ không khô, để khô thì 2. Đặt hút rửa liên tục nếu nhiễm trùng nặng, nhiễm trùng sâu, có nhiều mũ và tổ chức hoại tử.
- Đặt bác kháng sinh hóc mổ để dẫn lưu.
- Đặt sonde thực quản cho người bệnh ăn sau mổ.
- Đeo nẹp cổ cố định ngoài
- Điều trị nội khoa thuốc lao theo phác đồ

## **7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

### **7.1. Theo dõi**

- 24 giờ đầu truyền dịch, ngày thứ 2 ăn sữa qua sonde thực quản, sau là các chất lỏng qua thông.
- Nếu hóc mổ có mũ thay băng ngày 1 - 2 lần rửa oxy già, hoặc hút rửa liên tục.

### **7.2. Xử trí**

- Viêm trung thất mũ do mũ từ vùng cổ tràn xuống: kháng sinh, dẫn lưu trung thất, hút rửa liên tục.
- Vết mổ sạch khô thì 2

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

- Quyết định số 200/QĐ- BYT ngày 16 tháng 1 năm 2014 về viện ban hành tài liệu “ ***hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa- Phẫu thuật thần kinh***” của Bộ trưởng- Bộ y tế.

- Quyết định số 5590/QĐ- BYT ngày 14 tháng 12 năm 2017 về việc ban hành tài liệu “***quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên ngành phẫu thuật thần kinh***” của Bộ trưởng Bộ Y tế.

- Bệnh học Phẫu thuật thần kinh- ***Lê Xuân Trung và cộng sự***- Nhà xuất bản y học 2015

## 4. QUY TRÌNH KỸ THUẬT PHẪU THUẬT CỐ ĐỊNH CỘT SỐNG BẰNG BUỘC CHỈ THÉP LIÊN GAI SAU DO LAO CỘT SỐNG CỔ

### 1. ĐẠI CƯƠNG

- Chấn thương vùng bản lề cột sống ngực thắt lưng rất thường gặp, chiếm 60 - 75% trong tổng số các trường hợp chấn thương cột sống.

- Trong những trường hợp cột sống mất vững, phẫu thuật cố định cần được đặt ra nhằm mục đích làm vững lại cột sống.

- Phương pháp cố định cột sống bằng luồn chỉ thép dưới cung sau đốt sống (phương pháp Luque) đã được áp dụng từ lâu, là phương pháp đơn giản ít tổn kém nhưng hiện nay đã dần được thay thế bằng phương pháp cố định cột sống qua cuống.

### 2. CHỈ ĐỊNH

Tất cả các trường hợp chấn thương cột sống mất vững với thân đốt sống còn nguyên vẹn cung sau, các đốt sống di lệch ít, đặc biệt trên hỏ.

### 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các trường hợp chống chỉ định chung của phẫu thuật

- Chấn thương cột sống di lệch nhiều (gãy trật...), cung sau đốt sống bị vỡ.

### 4. CHUẨN BỊ

#### 4.1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên được đào tạo chuyên khoa sâu về phẫu thuật cột sống.

- Kíp gây mê là

#### 4.2. Phương tiện

- Máy chụp X quang (C-arm), bộ dụng cụ phẫu thuật chuyên khoa cột sống, hệ thống dây thép buộc và que thép các kích thước.

#### 4.3. Người bệnh

Vệ sinh thật tháo, nhịn ăn uống, kháng sinh dự phòng.

#### 4.4. Hồ sơ bệnh án: đầy đủ theo quy định

#### 4.5. Thời gian : 1 giờ

### 5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Người bệnh nằm sấp, gây mê nội khí quản

- Rửa da đường giữa liên gai sau vùng phẫu thuật

- Bóc tách cân cơ cạnh sống, bộc lộ diện khớp và cung đốt sống hai bên

- Tiến hành luồn chỉ thép qua dưới cung sau đốt sống ở cả hai bên cung sau, dây thép đi qua đốt vỡ cùng với hai đốt sống (đốt trên và dưới đốt vỡ).

- Sử dụng hai que thép uốn hình chữ L đặt song song hai bên cung sau qua đốt vỡ, buộc chỉ thép cố định hai que thép vào cột sống để cố định đốt vỡ.

- Siết chỉ thép cố định que thép giằng
- Cầm máu
- Đặt dẫn lưu
- Đóng vết mổ theo lớp giải phẫu

## **6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

### **6.1. Theo dõi**

- Mặc áo hỗ trợ cột sống
- Rút dẫn lưu sau 48h
- Dùng kháng sinh 5 - 7 ngày
- Mặc áo hỗ trợ cột sống đến thời điểm khám lại (4 tuần)

### **6.2. Xử trí tai biến**

- Tổn thương rễ thần kinh, màng cứng: Vá màng cứng
- Nhiễm trùng vết mổ: dùng kháng sinh theo kháng sinh đồ, thay băng, truyền dịch, hoặc có thể tiến hành làm sạch vết thương, để hở và dẫn lưu tốt.
- Tụ dịch, nhiễm trùng vết mổ: thay băng, kháng sinh tĩnh mạch theo kháng sinh đồ
- Di lệch thanh kim loại: nếu di lệch nặng cần mổ đặt và cố định lại với 5 điểm chỉ thép

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

- Quyết định số 198/QĐ- BYT ngày 16 tháng 1 năm 2014 về viện ban hành tài liệu “ *hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa- chuyên khoa phẫu thuật chấn thương, phẫu thuật cột sống*” của Bộ trưởng- Bộ y tế.
- Quyết định số 5590/QĐ- BYT ngày 14 tháng 12 năm 2017 về việc ban hành tài liệu “*quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên ngành phẫu thuật thần kinh*” của Bộ trưởng Bộ Y tế.
- Bệnh học Phẫu thuật thần kinh- *Lê Xuân Trung và cộng sự*- Nhà xuất bản y học 2015

## **5. QUY TRÌNH KỸ THUẬT PHẪU THUẬT THÁO BỎ DỤNG CỤ KẾT HỢP XƯƠNG DO LAO CỘT SỐNG**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

- Cột sống vùng lưng, thắt lưng có liên quan đến nhiều tạng ở phía trên là lồng ngực và phía dưới là ổ bụng, có cơ hoành bám D11-D12, nên các kỹ thuật cố định cột sống thắt lưng do lao cột sống chỉ thực hiện khi lao cột sống phá hủy xương gây mất vững cột sống.

- Phẫu thuật tháo bỏ dụng cụ kết hợp xương do lao cột sống chỉ thực hiện khi tổn thương lao đã được điều trị ổn định, xương liền tốt và cột sống đã vững trở lại.

### **2. CHỈ ĐỊNH**

Sau khi mổ cố định cột sống và điều trị nội khoa lao đã ổn định, xương cột sống liền trở lại trên cả Xquang thường quy và chụp cắt lớp vi tính.

### **3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Khi chụp xquang và cắt lớp vi tính cột sống chưa cho thấy có liền xương tốt trở lại.

- Người bệnh có các rối loạn về hô hấp, tim mạch cấp, rối loạn chức năng đông chảy máu.

### **4. THẬN TRỌNG**

- Trong các trường hợp lao các cơ quan khác chưa được điều trị ổn định

- Người bệnh có nhiều bệnh lý nội khoa phối hợp

### **5. CHUẨN BỊ**

#### **5.1. Người thực hiện**

- Phẫu thuật viên nắm vững kỹ thuật mổ cột sống, mổ lồng ngực, bụng, xử lý tai biến trong và sau phẫu thuật.

- Gây mê viên: gây mê nội khí quản có kinh nghiệm, theo dõi chặt chẽ, tỉ mỉ người bệnh trong và sau phẫu thuật.

#### **5.2. Dụng cụ**

- Bộ dụng cụ cố định cột sống.

- Phòng mổ vô trùng, phẫu thuật cột sống

#### **5.3. Người bệnh**

- Được giải thích kỹ về cuộc phẫu thuật và tình hình bệnh tật, khả năng hồi phục tổn thương.

#### **5.4. Hồ sơ bệnh án**

- Đầy đủ theo quy định: thủ tục hành chính, giấy cam đoan chấp nhận phẫu thuật, thủ thuật và gây mê hồi sức.

- Ghi nhận xét trước phẫu thuật về tình trạng người bệnh, mức độ liền xương.

- Các xét nghiệm về máu, nước tiểu, điện tim, siêu âm, trong giới hạn cho phép phẫu thuật.

- Xquang cột sống vùng lưng - thắt lưng thẳng, nghiêng thường quy và chụp cắt lớp vi tính hoặc chụp cộng hưởng từ cột sống.

- Xquang phổi thường quy.

**5.5. thời gian** : 1 giờ

## **6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **6.1. Tư thế**

Người bệnh nằm sấp, có một gối độn cổ và thành ngực – máu chậu.

### **6.2. Vô cảm**

Gây mê nội khí quản.

### **6.3. Kỹ thuật**

- Sát trùng rộng rãi vùng phẫu thuật bằng dung dịch betadine, trái săng vô khuẩn.

- Đường rạch da ltheo sẹo mỗ cũ.

- Bộc lộ các cơ bằng dao điện.

- Tháo bỏ các ốc vít, nẹp dọc, nẹp ngang và các vít vào thân đốt sống.

- Rửa sạch vùng mổ bằng nước muối sinh lý.

- Đặt ống dẫn lưu vào vùng mổ, để ống dẫn lưu 2 ngày.

- Kiểm tra an toàn vùng phẫu thuật.

- Khâu phục hồi vết mổ theo các lớp giải phẫu.

## **7. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN**

### **7.1. Theo dõi:**

- Mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở.

- Chảy máu vùng mổ.

- Bội nhiễm viêm phổi, viêm đường tiết niệu.

### **7.2. Xử lý**

- Nếu có chảy máu: mở vết mổ cầm máu.

- Kháng sinh chống bội nhiễm viêm phổi, viêm đường tiết niệu.

- Tăng cường dinh dưỡng và sức đề kháng.

- Xoa bóp vận động thụ động

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

- Quyết định số 200/QĐ- BYT ngày 16 tháng 1 năm 2014 về viện ban hành tài liệu “ *hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa- Phẫu thuật thần kinh*” của Bộ trưởng- Bộ y tế.

- Quyết định số 5590/QĐ- BYT ngày 14 tháng 12 năm 2017 về việc ban hành tài liệu “*quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên ngành phẫu thuật thần kinh*” của Bộ trưởng Bộ Y tế.

- Bệnh học Phẫu thuật thần kinh- *Lê Xuân Trung và cộng sự*- Nhà xuất bản y học 2015

## 6. QUY TRÌNH KỸ THUẬT PHẪU THUẬT NẠO VIÊM LAO XƯƠNG SỌ

### 1. ĐẠI CƯƠNG

- Viêm lao xương sọ là tổn thương viêm xương sọ do vi trùng lao phá huỷ tổ chức xương sọ gây ra hốc mủ viêm lao ở xương sọ.

- Phẫu thuật nạo viêm lao xương sọ có 2 mục đích là chẩn đoán xác định và điều trị.

### 2. CHỈ ĐỊNH

- Tổn thương viêm xương sọ điều trị nội khoa không đỡ.

- Lấy tổ chức viêm để chẩn đoán xác định là lao xương sọ.

### 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có các rối loạn về hô hấp, tim mạch cấp.

- Người bệnh có rối loạn chức năng đông chảy máu.

### 4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có nhiều bệnh lý nội khoa phối hợp

### 5. CHUẨN BỊ

#### 5.1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên nắm vững kỹ thuật mổ viêm xương và phẫu thuật sọ não, xử lý tai biến trong và sau phẫu thuật.

- Gây mê viên: gây mê nội khí quản có kinh nghiệm, theo dõi chặt chẽ, tỉ mỉ người bệnh trong và sau phẫu thuật.

#### 5.2. Dụng cụ

Bộ dụng cụ phẫu thuật viêm xương hoặc phẫu thuật sọ não

#### 5.3. Người bệnh

- Được giải thích kỹ về cuộc phẫu thuật và tình hình bệnh tật, khả năng hồi phục tổn thương.

- Người bệnh nhịn ăn uống trước 6 h, cắt tóc và tắm rửa vệ sinh sạch sẽ.

#### 5.4. Hồ sơ bệnh án

- Đầy đủ theo quy định: thủ tục hành chính, giấy cam đoan chấp nhận phẫu thuật, thủ thuật và gây mê hồi sức.

- Ghi nhận xét trước phẫu thuật về tình trạng người bệnh, mức độ ép tủy, tiên lượng phục hồi chức năng sau phẫu thuật.

- Các xét nghiệm về máu, nước tiểu, điện tim, siêu âm, trong giới hạn cho phép phẫu thuật.

- Xquang sọ não thẳng nghiêng thường quy và chụp cắt lớp vi tính hoặc chụp cộng hưởng sọ não.

- Xquang phổi thường quy.
- Điều trị bằng thuốc chống lao trước phẫu thuật ít nhất 2 tuần.

**5.5. thời gian :** 1 giờ

## **6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **6.1. Tư thế**

Người bệnh nằm ngửa đầu nghiêng sang bên đối diện nếu ổ viêm ở sương đỉnh và xương thái dương, nằm ngửa nếu ổ viêm ở vùng trán và nằm sấp đầu gấn trên khung Mayfiel nếu ổ viêm ở xương chẩm.

### **6.2. Vô cảm**

Gây mê nội khí quản.

### **6.3. Kỹ thuật**

- Người bệnh được gây mê nội khí quản, nằm tư thế phù hợp, đánh dấu đường mổ bằng bút không xoá.

- Sát trùng rộng rãi vùng phẫu thuật bằng dung dịch betadine và trải săng vô khuẩn.

- Gây tê da đầu bằng Lidocain 1% pha Adrenalin 1/100000.

- Đường rạch da là đường cong khoảng 10-12cm đảm bảo bộc lộ được ổ viêm lao xương sọ.

- Bộc lộ màng xương sọ vào tổ chức viêm lao xương sọ.

- Dùng Curet nạo bỏ tổ chức viêm đến tổ chức xương sọ lành.

- Cầm máu xương sọ bằng sấp cầm máu

- Lấy tổ chức tổn thương làm xét nghiệm mô bệnh, lấy mủ làm xét nghiệm vi sinh: nuôi cấy vi khuẩn, kháng sinh đồ.

- Rửa sạch vùng mổ bằng nước muối sinh lý.

- Đặt dẫn lưu vào vùng mổ, để ống dẫn lưu 2 ngày.

- Kiểm tra an toàn vùng phẫu thuật.

- Khâu phục hồi vết mổ 1 lớp.

## **7. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN**

### **7.1. Theo dõi:**

- Mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở.
- Chảy máu vùng mổ.
- Bội nhiễm viêm phổi, viêm đường tiết niệu.
- Loét vùng cụt do tì đè (do bệnh nhân liệt, nằm lâu).
- Thể trạng suy kiệt.

### **7.2. Xử lý**

- Nếu có chảy máu: mở vết mổ cầm máu.

- Kháng sinh chống bội nhiễm viêm phổi, viêm đường tiết niệu phối hợp thuốc chống lao.

- Tăng cường dinh dưỡng và sức đề kháng.

- Xoa bóp vận động thụ động

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

- Quyết định số 200/QĐ- BYT ngày 16 tháng 1 năm 2014 về viện ban hành tài liệu “ ***hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa- Phẫu thuật thần kinh***” của Bộ trưởng- Bộ y tế.

- Quyết định số 5590/QĐ- BYT ngày 14 tháng 12 năm 2017 về việc ban hành tài liệu “***quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên ngành phẫu thuật thần kinh***” của Bộ trưởng Bộ Y tế.

- Bệnh học Phẫu thuật thần kinh- ***Lê Xuân Trung và cộng sự***- Nhà xuất bản y học 2015

## 7. QUY TRÌNH KỸ THUẬT THAY BĂNG HẠCH LAO RÒ

### 1. ĐẠI CƯƠNG

- Hạch lao rò chính là hạch viêm lao không được điều trị triệt để gây vỡ mũ, rò dịch hoại tử ra ngoài da

- Thay băng hạch lao rò là làm sạch tổ chức hoại tử lao giúp cho tổ chức hạt mọc tốt tạo ra sự liền sẹo.

### 2. CHỈ ĐỊNH

- Thay băng trong các trường hợp hạch viêm lao hoại tử vỡ ra ngoài da

- Thay băng trong các trường hợp sau mổ dẫn lưu hạch viêm lao để chẩn đoán hoặc phẫu thuật điều trị.

### 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định nào

### 4. CHUẨN BỊ

#### 4.1 Người bệnh

- Được giải thích cặn kẽ trước khi làm thủ thuật về mục đích, kỹ thuật thực hiện trên người bệnh

- Người bệnh được hướng dẫn trước để cùng phối hợp thực hiện.

#### 4.2. Dụng cụ

- Bộ thay băng thường quy vô trùng

- Vật tư: Bông gạc, nước muối, nước Oxy già, Bethadine, băng dính...

#### 4.3. Thầy thuốc:

- Điều dưỡng viên được đào tạo kỹ năng thay băng nhiễm khuẩn

- Rửa tay sạch bằng xà phòng và nước hoặc dung dịch sát khuẩn.

#### 4.4. thời gian : 1/2 giờ

### 5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Tháo bỏ băng cũ:

+ Cần thận tháo băng dán vết thương, tránh làm tổn thương da và vết mổ.

+ Quan sát vết mổ, ghi nhận tình trạng dịch rỉ, màu sắc, mùi (nếu có).

- Vệ sinh vết mổ

+ Sát khuẩn vùng da xung quanh vết mổ và chính vết thương bằng dung dịch sát khuẩn theo hướng dẫn của bác sĩ.

+ Tránh cọ xát mạnh và tuyệt đối không dùng xà phòng để vệ sinh vết thương.

+ Nhận định và đánh giá vết rò hạch viêm lao: Quan sát kỹ vết thương, nếu thấy các dấu hiệu như sưng, đỏ, nóng, đau, có mùi hôi, chảy nhiều dịch, sốt, ớn lạnh hoặc mệt mỏi, hãy đến gặp bác sĩ ngay lập tức.

-Thay băng gạc mới

+ Dùng gạc vô trùng che phủ vết mổ.

+ Băng cố định gạc bằng băng dán, đảm bảo băng không quá chặt hoặc quá lỏng.

- Không tự ý bôi kem dưỡng da, sản phẩm lên vết mổ hoặc tự ý tháo băng.

- Nghỉ ngơi hợp lý và giữ tinh thần thoải mái giúp nâng cao thể trạng, hỗ trợ quá trình phục hồi.

## **6.TAI BIẾN VÀ XỬ LÝ**

Không có

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

## 8. QUY TRÌNH KỸ THUẬT PHẪU THUẬT ÁP XE NGOÀI MÀNG TỦY

### 1. ĐẠI CƯƠNG

- Áp xe ngoài màng tủy là bệnh do khối mũ nằm giữa khoang ngoài màng tủy và ống sống. Nguyên nhân của bệnh do các bệnh nhiễm trùng như lao cột sống, nhiễm trùng sau phẫu thuật cột sống, châm cứu cột sống, nhiễm khuẩn huyết.

- Tùy vị trí và mức độ chèn ép của khối áp xe mà biểu hiện liệt có thể ở hai chi dưới hoặc ở cả hai tay và chân với các mức độ từ nhẹ đến nặng như giảm cảm giác, giảm vận động cho đến mất vận động và mất cảm giác hoàn toàn.

- Nếu không được chẩn đoán sớm và điều trị tích cực sẽ dẫn đến nguy cơ gây liệt và tàn phế do liệt không được hồi phục.

### 2. CHỈ ĐỊNH

- Tổn thương chèn ép trên 4 đốt sống
- Người bệnh có tổn thương lan rộng có triệu chứng liệt và giảm cảm giác.

### 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh rối loạn đông máu nặng, không đảm bảo gây mê

### 4. THẬN TRỌNG

Trong các trường hợp nhiều bệnh lý nội khoa kết hợp

### 5. CHUẨN BỊ

#### 5.1. Người thực hiện:

Kíp mổ khoảng 7 người: phẫu thuật viên, phụ mổ. Bác sỹ gây mê, phụ mê, dụng cụ viên, chạy ngoài, hộ lý.

#### 5.2. Người bệnh

- Bệnh án: xét nghiệm cơ bản, xét nghiệm máu, bạch cầu...
- Người bệnh nhịn ăn uống, tuyệt đối từ ngày hôm trước.
- Người bệnh và gia đình được giải thích trước mổ.

#### 5.3. Phương tiện

- Bộ dụng cụ mổ tủy sống cơ bản, kèm theo thìa nạo viêm (curette), oxy già, dẫn lưu kín.

- Kính vi phẫu

- Khoan mài, cắt xương cột sống kèm mũi khoan chuyên dụng

- Vật liệu cầm máu

#### 5.4. thời gian : 1-2 giờ

### 6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

**6.1. Tư thế:** Tư thế bộc lộ vết mổ rõ nhất, thuận lợi cho phẫu thuật viên.

**6.2. Vô cảm:** Mê nội khí quản.

### 6.3. Kỹ thuật:

- Bước 1: Rửa da
- + Dựa trên tổn thương trên phim Xquang, phim cộng hưởng từ
- + Bóc tách cân cơ vào ổ áp xe
- Bước 2: Đánh giá
- + Đánh giá thương tổn: vị trí, mức độ, bề rộng, độ sâu
- + Quyết định xử lý: tùy theo thương tổn
- Bước 3: Xử lý thương tổn
- + Cát lọc tổ chức hoại tử: cắt lọc đến tổ chức lành
- + Phá bỏ các đường rò, góc ngách
- + Lấy bỏ hoàn toàn mũ, tổ chức hoại tử làm xét nghiệm vi sinh.
- + Lấy bỏ dị vật: phương tiện kết hợp xương, dị vật...
- + Mở rộng rãi
- + Bơm rửa nhiều nước, oxy già, nước sát khuẩn.
- Bước 4:
- + Đóng vết mổ da thừa, có thể phải để hở
- + Dẫn lưu rộng rãi
- + Có thể dẫn lưu hút liên tục

## 7.THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 7.1. Theo dõi

- Toàn trạng, mạch, huyết áp
- Vết mổ: chảy máu, mũ, dịch...
- Chăm sóc thay băng hàng ngày, có thể thay băng nhiều lần/ngày

### 7.2. Xử trí tai biến

- Chảy máu: băng ép, có thể mổ lại
- Nhiễm khuẩn: thay băng tốt, dùng kháng sinh đồ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Quyết định số 200/QĐ- BYT ngày 16 tháng 1 năm 2014 về viện ban hành tài liệu “ *hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa- Phẫu thuật thần kinh*” của Bộ trưởng- Bộ y tế.

- Quyết định số 5590/QĐ- BYT ngày 14 tháng 12 năm 2017 về việc ban hành tài liệu “*quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên ngành phẫu thuật thần kinh*” của Bộ trưởng Bộ Y tế.

- Bệnh học Phẫu thuật thần kinh- *Lê Xuân Trung và cộng sự*- Nhà xuất bản y học 2015

## **9. QUY TRÌNH KỸ THUẬT PHẪU THUẬT LÀM SẠCH VIÊM NGOÀI MÀNG TỦY VÀ/HOẶC VIÊM ĐĨA ĐỆM KHÔNG TÁI TẠO THÂN ĐỐT SỐNG BẰNG ĐƯỜNG VÀO TRỰC TIẾP**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

- Viêm ngoài màng tủy là tình trạng viêm nhiễm do vi khuẩn nằm giữa khoang ngoài màng tủy và ống sống. Nguyên nhân của bệnh do các bệnh nhiễm trùng như lao cột sống, nhiễm trùng sau phẫu thuật cột sống, châm cứu cột sống, nhiễm khuẩn huyết và các viêm nhiễm nội khoa khác.

- Nếu không được chẩn đoán sớm và điều trị tích cực sẽ dẫn đến ổ áp xe ngoài màng tủy có nguy cơ gây liệt và tàn phế do liệt không được hồi phục.

- Phẫu thuật làm sạch viêm ngoài màng tủy là phẫu thuật mở rộng cung sau cột sống, loại bỏ tổ chức viêm nhiễm, mủ, và dịch tiết để điều trị áp xe ngoài màng tủy, ngăn ngừa chèn ép tủy

### **2. CHỈ ĐỊNH**

- Các viêm, áp xe gây chèn ép tủy, hội chứng đuôi ngựa.
- Các đường rò không kiểm soát được.
- Toác vết mổ, lộ dụng cụ kết xương.

### **3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Người bệnh rối loạn đông máu nặng, không đảm bảo gây mê

### **4. THẬN TRỌNG**

### **5. CHUẨN BỊ**

#### **5.1. Người thực hiện:**

Kíp mổ khoảng 7 người: phẫu thuật viên, phụ mổ. Bác sỹ gây mê, phụ mê, dụng cụ viên, chạy ngoài, hộ lý.

#### **5.2. Người bệnh**

- Bệnh án: xét nghiệm cơ bản, xét nghiệm máu, bạch cầu...
- Người bệnh nhịn ăn uống, thụt tháo từ ngày hôm trước.
- Người bệnh và gia đình được giải thích trước mổ.

#### **5.3. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ mổ tủy sống cơ bản, kèm theo thìa nạo viêm (curette), oxy già, dẫn lưu kín.

- Kính vi phẫu
- Khoan mài, cắt xương cột sống kèm mũi khoan chuyên dụng
- Vật liệu cầm máu

#### **5.5. thời gian : 1-2 giờ**

### **6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**6.1. Tư thế:** Người bệnh nằm sấp

**6.2. Vô cảm:** mê nội khí quản

**6.3. Kỹ thuật:**

- Bước 1: Nằm sấp

- Bước 2: Mở rộng vết mổ

Bộc lộ tổn thương. Mở cung sau bộc lộ màng tử

- Bước 3: Làm sạch

+ Làm sạch tổ chức viêm, bơm rửa

+ Tháo dụng cụ kết xương: nẹp vít, miếng ghép

+ Gửi bệnh phẩm cấy vi khuẩn, kháng sinh đồ

- Bước 4: Đóng vết mổ

+ Đặt dẫn lưu

+ Đóng da thừa

## **7.THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

### **7.1. Theo dõi**

- Toàn trạng, mạch, huyết áp

- Vết mổ: chảy máu, mủ, dịch...

- Chăm sóc thay băng hàng ngày, có thể thay băng nhiều lần/ngày

### **7.2. Xử trí tai biến**

- Chảy máu: băng ép, có thể mổ lại

- Nhiễm khuẩn: thay băng tốt, dùng kháng sinh đồ.

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

- Quyết định số 200/QĐ- BYT ngày 16 tháng 1 năm 2014 về viện ban hành tài liệu “ *hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa- Phẫu thuật thần kinh*” của Bộ trưởng- Bộ y tế.

- Quyết định số 5590/QĐ- BYT ngày 14 tháng 12 năm 2017 về việc ban hành tài liệu “*quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên ngành phẫu thuật thần kinh*” của Bộ trưởng Bộ Y tế.

- Bệnh học Phẫu thuật thần kinh- *Lê Xuân Trung và cộng sự*- Nhà xuất bản y học 2015

## 10. QUY TRÌNH KỸ THUẬT PHẪU THUẬT CẮT BỎ ĐƯỜNG RÒ DƯỚI DA, DƯỚI MÀNG TUYỂN

### 1. ĐẠI CƯƠNG

- Rò màng tủy ra ngoài da là bệnh lý hiếm gặp tuy nhiên gây nhiều biến chứng nguy hiểm.

- Tùy vị trí và mức độ chèn ép của khối áp xe mà biểu hiện liệt có thể ở hai chi dưới hoặc ở cả hai tay và chân với các mức độ từ nhẹ đến nặng như giảm cảm giác, giảm vận động cho đến mất vận động và mất cảm giác hoàn toàn.

- Nếu không được chẩn đoán sớm và điều trị tích cực sẽ dẫn đến nguy cơ gây liệt và tàn phế do liệt không được hồi phục.

### 2. CHỈ ĐỊNH

Đường rò chảy dịch não tủy ra da thất bại với điều trị bảo tồn

### 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh rối loạn đông máu nặng, không đảm bảo gây mê

### 4 THẬN TRỌNG

### 5. CHUẨN BỊ

#### 5.1. Người thực hiện:

Kíp mổ khoảng 7 người: phẫu thuật viên, phụ mổ. Bác sỹ gây mê, phụ mê, dụng cụ viên, chạy ngoài, hộ lý.

#### 5.2. Người bệnh

- Bệnh án: xét nghiệm cơ bản, xét nghiệm máu, bạch cầu...
- Người bệnh nhịn ăn uống, tuyệt đối từ ngày hôm trước.
- Người bệnh và gia đình được giải thích trước mổ.

#### 5.3. Phương tiện

- Bộ dụng cụ mổ tủy sống cơ bản, kèm theo thìa nạo viêm (curette), oxy già, dẫn lưu kín.

- Kính vi phẫu, khoan mài, cắt xương cột sống kèm mũi khoan chuyên dụng
- Vật liệu cầm máu

#### 5.4. thời gian : 1-2 giờ

### 6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

#### 6.1. Tư thế: Nằm sấp

#### 6.2. Vô cảm: Mê nội khí quản

#### 6.3. Kỹ thuật:

- Bước 1: Rửa da

Phẫu tích theo đường rò

- Bước 2: Đánh giá thương tổn

+ Kính vi phẫu: phẫu tích đến màng tủy rách

+ Xử lý các thương tổn phối hợp: nhiễm khuẩn, viêm, dị vật..

- Bước 3:

Xử lý: Khâu, vá tạo hình lại màng tủy bằng vật liệu tự thân (cân cơ, lấy từ đùi)

- Bước 4: Đóng vết mổ

Đóng các lớp giải phẫu chắc chắn

## **7.THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

### **7.1. Theo dõi**

- Toàn trạng, mạch, huyết áp

- Vết mổ: chảy máu, mủ, dịch...

- Chăm sóc thay băng hàng ngày

### **2. Xử trí tai biến**

- Chảy máu: băng ép, có thể mổ lại

- Nhiễm khuẩn: thay băng tốt, dùng kháng sinh đồ.

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

- Quyết định số 200/QĐ- BYT ngày 16 tháng 1 năm 2014 về viện ban hành tài liệu “ *hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa- Phẫu thuật thần kinh*” của Bộ trưởng- Bộ y tế.

- Quyết định số 5590/QĐ- BYT ngày 14 tháng 12 năm 2017 về việc ban hành tài liệu “*quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên ngành phẫu thuật thần kinh*” của Bộ trưởng Bộ Y tế.

- Bệnh học Phẫu thuật thần kinh- *Lê Xuân Trung và cộng sự*- Nhà xuất bản y học 2015

## 11. QUY TRÌNH KỸ THUẬT PHẪU THUẬT CẮT U TỦY CỘ CAO

### 1. ĐẠI CƯƠNG

U tủy cở cao (C0–C2/C3) là bệnh lý hiếm gặp, chiếm tỷ lệ rất nhỏ trong các u hệ thần kinh trung ương, gây chèn ép tủy – hành tủy. U tủy cở cao gồm: u ngoài tủy–trong màng cứng (ví dụ: u màng tủy, u dây thần kinh), u nội tủy (ependymoma, astrocytoma...), và (u ngoài màng cứng (thường liên quan u xương/di căn). Mục tiêu điều trị là: giải ép tủy an toàn, lấy u tối đa có thể, bảo tồn chức năng thần kinh, và ổn định cột sống khi có nguy cơ mất vững.

### 2. CHỈ ĐỊNH

- Có triệu chứng chèn ép tủy/rễ tiền triển: yếu tứ chi, rối loạn cảm giác, rối loạn cơ tròn, đau cổ–chẩm; hoặc suy hô hấp do tổn thương cở cao.

- Hình ảnh học khẳng định tổn thương vùng cở cao (MRI có tiêm thuốc ± CT đánh giá xương; X-quang động khi nghi mất vững).

- Trường hợp cấp cứu: liệt tiền triển nhanh, hội chứng chèn ép cấp.

### 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng (suy tim–phổi mất bù, rối loạn đông máu...).

- Bệnh lý ác tính di căn lan rộng không còn lợi ích phẫu thuật; người bệnh/đại diện không chấp thuận sau khi đã tư vấn.

### 4. CHUẨN BỊ

#### 4.1. Người thực hiện

- 01 phẫu thuật viên chính thần kinh cột sống, 01 phụ mổ;

- Hai điều dưỡng: một điều dưỡng tham gia trực tiếp vào cuộc mổ chuẩn bị dụng cụ và phục vụ dụng cụ cho PTV, một điều dưỡng chạy ngoài phục vụ điều dưỡng tham gia mổ.

- Kỹ thuật viên C-arm; (nếu có) nhân sự theo dõi điện sinh lý trong mổ (IONM).

- Kíp gây mê: bác sỹ gây mê, kỹ thuật viên phụ gây mê

#### 4.2. Người bệnh

- Khám gây mê lưu ý đường thở khó; tối ưu nội khoa, làm xét nghiệm theo quy định.

- Giải thích nguy cơ: thiếu hụt thần kinh, rò dịch não tủy (DNT), nhiễm khuẩn, mất vững cần cố định; ký cam kết mổ.

#### 4.3. Phương tiện – dụng cụ

- Bộ dụng cụ phẫu thuật cột sống thường quy: dao mổ lưỡi to và lưỡi nhỏ (12-15mm) cán dài, cò súng 2mm-3mm, panh gấp đĩa đệm thẳng và chệnh lên trên xuống dưới, phẫu tích không răng và có răng, kim mang kim, máy hút, dao điện đơn cực và lưỡng cực.

- Dụng cụ tiêu hao: 20 gạc con, 1 gói bông nhỏ, 1 sợi vicryl số 1, 1 sợi vicryl 2.0, 1 sợi etilon 4.0, 1 gói sáp sọ, 1 gói surgicel.

- Kính hiển vi phẫu thuật; dàn C-arm; (khi cần) bộ vít–nẹp cố định cột sống cổ cao; vật liệu vá màng cứng.

- Hoàn thiện hồ sơ bệnh án đầy đủ theo quy định, có cam kết của gia đình người bệnh.

**4.4. thời gian :** 1-2 giờ

## **5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **5.1. Tư thế**

- Nằm sấp, kê đỡ vai–gai chấu; đầu cố định, cổ trung tính/nhẹ gập; bảo vệ điểm tỳ.

### **5.2. Vô cảm**

- Gây mê nội khí quản; kháng sinh dự phòng trước rạch da theo quy định.

### **5.3. Kỹ thuật**

1) Xác định mức mổ bằng C-arm; đánh dấu đường rạch da dọc giữa (hoặc lệch bên khi cần).

2) Bộc lộ: tách cơ cạnh sống; mở cung sau (laminectomy/hemilaminectomy) mức tổn thương; mở dây chằng vàng khi cần, bảo tồn tối đa diện khớp.

3) Trường hợp u trong màng cứng: mở màng cứng dọc giữa, treo mép; bóc tách theo mặt phẳng u–màng nhện; lấy u từng phần đến tối đa an toàn, tránh tổn thương tủy/rễ.

4) Trường hợp u ngoài màng cứng: bộc lộ khối u, tách khỏi tủy/rễ; lấy u theo thì; đánh giá mất vững sau lấy u ăn xương.

5) Cố định cột sống (khi có mất vững hoặc mở cung sau rộng): đặt vít qua cuống/khối bên và nẹp dọc theo chỉ định; kiểm tra C-arm.

6) Cầm máu – đặt dẫn lưu – đóng vết mổ theo lớp; vá kín màng cứng khi cần để phòng rò DNT.

### **\*. Ghi chú an toàn**

- Xác nhận đúng mức mổ bằng C-arm; bảo tồn diện khớp tối đa; theo dõi chặt chẽ dấu hiệu tổn thương thần kinh trong và sau mổ; cân nhắc theo dõi IONM nếu có điều kiện.

## **6. THEO DÕI SAU MỔ VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN**

### **6.1. Theo dõi**

- Dấu hiệu sinh tồn, hô hấp (lưu ý nguy cơ suy hô hấp do tổn thương cổ cao).

- Thần kinh: cơ lực tứ chi, cảm giác, cơ tròn.

- Vết mổ – dẫn lưu: lượng và màu dịch; chỉ định rút khi ổn định.

### **6.2. Tai biến và xử trí**

- Rách màng cứng/rò DNT → khâu kín, vá màng cứng khi cần; dẫn lưu áp lực thấp, hạn chế ho-rặn.

- Tồn thương tủy/rễ → hồi sức thần kinh, tối ưu tưới máu tủy, phục hồi chức năng theo phác đồ.

- Chảy máu vết mổ/tụ máu chèn ép → cân nhắc mổ lại cầm máu-giải ép.

- Nhiễm khuẩn vết mổ, mất vững muện, tái phát u → xử trí theo nguyên nhân (kháng sinh, mổ lại cố định, điều trị bổ trợ).

## **7. CHĂM SÓC – ĐIỀU TRỊ HỖ TRỢ**

- Giảm đau đa mô thức; kháng sinh dự phòng theo quy định Bộ Y tế; theo dõi hô hấp.

- Vận động sớm có nẹp cổ cứng khi cần; hẹn chụp MRI kiểm tra đánh giá còn chèn ép.

- Điều trị ung bướu bổ trợ (xạ trị/hóa trị/điều trị đích) theo mô bệnh học và hướng dẫn chuyên ngành Ung bướu .

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1) Bộ Y tế. Quyết định 5590/QĐ-BYT (13/12/2017) – Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa, chuyên khoa Phẫu thuật Thần kinh.

2) Bộ Y tế. Quyết định 3338/QĐ-BYT (09/09/2013) – Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Ung bướu.

## 12. QUY TRÌNH KỸ THUẬT PHẪU THUẬT CẮT U MÁU TỦY SỐNG, DẠNG ĐỘNG TĨNH MẠCH TRONG TỦY

### 1. ĐẠI CƯƠNG

U máu tủy sống thường gặp là hemangioblastoma/cavernous malformation; dị dạng động tĩnh mạch trong tủy (AVM nội tủy) ít gặp nhưng nguy cơ xuất huyết và thiếu hụt thần kinh. Mục tiêu phẫu thuật theo hướng dẫn Bộ Y tế: giải ép tủy an toàn, lấy tổn thương tối đa có thể, kiểm soát nguồn cấp–hồi lưu mạch, bảo tồn chức năng thần kinh; phối hợp điều trị nội mạch/xạ trị lập thể theo chỉ định chuyên khoa.

### 2. CHỈ ĐỊNH

- Tổn thương mạch máu nội tủy/ngoại tủy trong màng cứng gây chèn ép tủy, thiếu hụt thần kinh tiến triển, đau hoặc xuất huyết tái phát.

- Hình ảnh học: MRI có tiêm thuốc ( $\pm$  SWI), MRA/DSA xác định mạch nuôi–hồi lưu; cân nhắc can thiệp nội mạch trước mổ nếu phù hợp.

- Cấp cứu khi có xuất huyết tủy cấp gây liệt tiến triển nhanh hoặc hội chứng chèn ép cấp.

### 3. Chống chỉ định

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng (suy tim–phổi mất bù, rối loạn đông máu ...).

- Tổn thương lan rộng/không thể can thiệp với lợi ích—nguy cơ không cân xứng; người bệnh/đại diện không đồng ý sau khi tư vấn.

### 4. CHUẨN BỊ

#### 4.1. Người thực hiện

- PTV chính thần kinh có kinh nghiệm vi phẫu mạch tủy; phụ mổ; kíp gây mê; điều dưỡng dụng cụ/chạy ngoài; kỹ thuật viên C-arm; (nếu có) nhân sự theo dõi điện sinh lý IONM.

#### 4.2. Người bệnh

- Đánh giá thần kinh nền; tối ưu nội khoa; xét nghiệm cơ bản; tư vấn nguy cơ xuất huyết, thiếu hụt thần kinh, rò DNT, tái phát.

- Hình ảnh: MRI có tiêm thuốc, chuỗi nhạy xuất huyết (T2\*/SWI); chụp mạch số hóa xóa nền (DSA) lập bản đồ mạch nuôi–hồi lưu; cân nhắc nút mạch trước mổ cho tổn thương phù hợp.

#### 4.3. Phương tiện – dụng cụ

- Kính hiển vi phẫu thuật; dao điện lưỡng cực tinh chỉnh; bộ vi phẫu (Kerrison, kẹp mạch nhỏ, kẹp aneurysm clip nhỏ khi cần); vật liệu cầm máu tại chỗ.

- Hệ thống C-arm; (nếu cần) bộ vít–kẹp cố định cột sống; vật liệu vá màng cứng; (nếu có) IONM (SSEP/MEP).

#### 4.4. thời gian : 1-2 giờ

## 5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

### 5.1. Tư thế

- Nằm sấp; kê đỡ vai—gai chấu; đầu cố định; cổ trung tính/nhẹ gập; bảo vệ mắt và các điểm tỳ.

### 5.2. Vô cảm

- Gây mê nội khí quản; kháng sinh dự phòng trước rạch da theo quy định.

### 5.3. Kỹ thuật

1) Định vị mức mổ bằng C-arm; rạch da dọc giữa; bộc lộ cung sau mức tổn thương; mở dây chằng vàng khi cần.

2) Mở màng cứng dọc giữa; treo mép; đánh giá bề mặt tủy, mạch nối; sử dụng IONM nếu có.

3) Đối với u máu nội tủy/ngoại tủy-trong màng cứng: tiếp cận theo đường giữa sau (myelotomy rãnh sau giữa) hoặc tiếp cận bên tủy vị trí; thắt/đốt các nhánh mạch nuôi trước, sau đó bóc tách khối u theo mặt phẳng tự nhiên; lấy u từng phần đến trọn khối khi an toàn.

4) Đối với dị dạng động tĩnh mạch trong tủy (AVM): vi phẫu tách nhận diện mạch nuôi, ổ dị dạng (nidus) và tĩnh mạch dẫn lưu; ưu tiên kiểm soát mạch nuôi trước; xử trí nidus, bảo tồn tĩnh mạch dẫn lưu cho đến giai đoạn cuối; tránh làm tắc sớm tĩnh mạch dẫn lưu.

5) Cầm máu kỹ diện cắt; kiểm tra trường mổ; vá kín màng cứng chống rò DNT; đặt dẫn lưu ngoài màng cứng; đóng vết mổ theo lớp.

### Ghi chú an toàn

- Xác định đúng mức mổ bằng C-arm; theo dõi MEP/SSEP khi có điều kiện; tránh tổn thương tủy do kéo căng; duy trì huyết áp tưới máu tủy đầy đủ.

## 6. THEO DÕI SAU MỔ VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 6.1. Theo dõi

- Dấu hiệu sinh tồn; thần kinh (cơ lực, cảm giác, cơ tròn); vết mổ—dẫn lưu; theo dõi dấu hiệu chảy máu tái phát hoặc thiếu tưới máu tủy.

### 6.2. Tai biến và xử trí

- Xuất huyết/thiếu hụt thần kinh cấp → hồi sức tích cực, cân nhắc can thiệp lại.

- Rách màng cứng/rò DNT → khâu kín, vá màng cứng; dẫn lưu áp lực thấp.

- Nhiễm khuẩn vết mổ; huyết khối tĩnh mạch sâu; biến chứng hô hấp → xử trí theo phác đồ.

## 7. CHĂM SÓC – ĐIỀU TRỊ HỖ TRỢ

- Giảm đau đa mô thức; kháng sinh dự phòng theo quy định Bộ Y tế; dự phòng huyết khối theo nguy cơ.

- Phục hồi chức năng sớm; hẹn MRI/DSA kiểm tra tùy loại tổn thương và mức độ lấy bỏ.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1) Bộ Y tế. Quyết định 5590/QĐ-BYT (13/12/2017) – Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa, chuyên khoa Phẫu thuật Thần kinh.

2) Bộ Y tế. Quyết định 3338/QĐ-BYT (09/09/2013) – Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Ung bướu.

## 13. QUY TRÌNH KỸ THUẬT PHẪU THUẬT CẮT U THÀNH BÊN LAN LÊN ĐÁY SỌ

### 1. ĐẠI CƯƠNG

Khối u thành bên vùng đầu–cổ lan lên nền sọ (ví dụ: meningioma cánh bướm/cạnh xoang hang, u bao dây TK, u mạch, u lan từ hố dưới thái dương) có thể xâm lấn sàn sọ trước/bên, xoang hang, ống thị giác, hố chân bướm, hoặc vùng chẩm–xương đá. Mục tiêu phẫu thuật: lấy u tối đa an toàn, giải ép cấu trúc thần kinh–mạch máu quan trọng, bảo tồn chức năng và tái tạo nền sọ kín để phòng rò DNT.

### 2. CHỈ ĐỊNH

- U vùng thành bên có triệu chứng/lớn dần, gây chèn ép thần kinh sọ (II, III, IV, V, VI, VII), đau, co giật, lồi mắt, song thị, hoặc biến dạng; hoặc gây tiêu xương nền sọ, chèn ép não–thân não.

- Hình ảnh học xác định lan rộng đến nền sọ (MRI có tiêm thuốc ± MRV/MRA; CT đánh giá xương; cân nhắc DSA khi liên quan mạch nuôi nhiều).

- Cấp cứu khi tăng áp lực nội sọ/thiếu máu thần kinh thị/giải ép cấp do xuất huyết trong u.

### 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tình trạng toàn thân chưa tối ưu hóa (suy tim–phổi, rối loạn đông máu chưa chỉnh).

- U ác tính lan rộng không còn lợi ích phẫu thuật triệt để; người bệnh/đại diện không chấp thuận sau tư vấn.

- Tổn thương xâm lấn rộng xoang hang/động mạch cảnh trong không thể an toàn lấy trọn – cân nhắc phương án giảm u + xạ/xạ phẫu.

### 4. CHUẨN BỊ

#### 4.1. Nhân lực/kíp mổ

- PTV chính thần kinh nền sọ; phụ mổ; kíp gây mê; điều dưỡng dụng cụ/chạy ngoài; kỹ thuật viên định vị (neuronavigation)/C-arm; (nếu có) IONM; phối hợp TMH/Đầu cổ khi cần tái tạo nền sọ và đường tiếp cận.

#### 4.2. Người bệnh

- Khám thần kinh sọ; thị lực–thị trường; chức năng nhai–nuốt–nói; đánh giá dự phòng khuyết tật sau mổ và nhu cầu phục hồi.

- Hình ảnh: MRI + CT dựng xương; cân nhắc DSA/nút mạch trước mổ với u mạch hóa cao (ví dụ meningioma).

- Giải thích nguy cơ: liệt dây sọ (III–VII), giảm thị lực, rò DNT, xuất huyết, nhiễm khuẩn nền sọ, tái phát; ký cam kết mổ.

#### 4.3. Phương tiện – dụng cụ

- Kính hiển vi phẫu thuật; khoan nền sọ với bộ mũi khoan kim cương; vi dụng cụ tinh; dao điện lưỡng cực; vật liệu cầm máu tại chỗ.

- Hệ thống định vị thần kinh; nội soi hỗ trợ khi cần; vật liệu vá màng cứng, keo sinh học; vạt cân–cơ thái dương/đùi để tái tạo nền sọ; (khi cần) nẹp vít sọ gò má ổ mắt.

**4.4. thời gian :** 1-2 giờ

## **5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **5.1. Tư thế**

- Nằm ngửa, xoay đầu đối bên tổn thương; kê vai; cố định đầu 3 châu; bảo vệ mắt bên mổ.

### **5.2. Vô cảm**

- Gây mê NKQ; đặt catheter động mạch theo dõi xâm lấn khi cần; kháng sinh dự phòng trước rạch da.

### **5.3. Kỹ thuật**

1) Lựa chọn đường mổ: đường **\*\*fronto-temporo-zygomatic (FTZ)/pterional\*\*** cho nền sọ trước–bên; **\*\*subtemporal/infratemporal fossa\*\*** cho tổn thương hố dưới thái dương; kết hợp nội soi khi cần.

2) Rạch da hình chữ C trước tai–thái dương; lật vạt da–cân thái dương; mở nắp sọ trán–thái dương (có/không cắt xương gò má–ổ mắt) tùy mức lan rộng.

3) Khoan mài **\*\*xương cánh bướm/nền sọ\*\*** để hạ nền; mở màng cứng theo kế hoạch, treo mép; sử dụng định vị xác định ranh giới u–mạch–dây sọ.

4) **\*\*Giảm thể tích u (debulking)\*\*** trung tâm, sau đó bóc tách theo mặt phẳng vỏ u–mạch–dây thần kinh; **\*\*devascularization\*\*** sớm tại chân bám màng cứng của u (meningioma).

5) Giải ép các cấu trúc: ống thị giác (nếu xâm lấn), khe ổ mắt trên, xoang hang (thao tác thận trọng; tránh can thiệp xâm nhập khi nguy cơ cao).

6) Cầm máu kỹ; **\*\*tái tạo nền sọ\*\***: vá kín màng cứng; đặt vạt cân–cơ + keo sinh học, bịt kín các tế bào khí để phòng rò DNT/viêm màng não.

7) Đặt dẫn lưu dưới màng cứng/nội sọ khi cần; đóng xương–mềm theo lớp; cố định lại cấu trúc xương gò má–ổ mắt nếu đã cắt.

### **\*. Ghi chú an toàn**

- Bảo tồn dây sọ II–VII và mạch máu lớn (ĐM cảnh trong, ĐM não giữa); tránh tổn thương xoang hang; đảm bảo kín nền sọ phòng rò DNT; cân nhắc phối hợp nội soi đánh giá tồn dư u ở góc khuất.

## **6. THEO DÕI SAU MỔ VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

### **6.1. Theo dõi**

- Dấu hiệu sinh tồn; tri giác; đánh giá dây thần kinh sọ (II–VII); kiểm soát đau, buồn nôn; vết mổ–dẫn lưu; dấu rò DNT (dịch trong mũi/tai).

### **6.2. Tai biến và xử trí**

- Rò DNT → nghi đầu cao, dẫn lưu thất lưng (nếu cần), mổ lại vá kín khi không đáp ứng.

- Liệt dây sọ (III–VI) → điều trị nội khoa, phục hồi chức năng, che bảo giác mạc; theo dõi hồi phục.

- Xuất huyết–tụ máu nội sọ → can thiệp phẫu thuật lại khi cần.

- Nhiễm khuẩn nội sọ/nền sọ, viêm màng não → kháng sinh theo kháng sinh đồ, xử trí ổ nhiễm.

- Tắc mạch, co thắt mạch → hồi sức thần kinh theo phác đồ.

## **7. CHĂM SÓC – ĐIỀU TRỊ HỖ TRỢ**

- Giảm đau đa mô thức; kháng sinh dự phòng/điều trị theo nguy cơ; dự phòng VTE theo chỉ định.

- Vật lý trị liệu sớm cho cơ nhai–mặt; bảo vệ mắt nếu liệt III/VI/VII; đánh giá nội tiết (khi gân tuyến yên).

- Xạ trị/xạ phẫu/điều trị hỗ trợ theo mô bệnh học và hội chẩn đa chuyên khoa (tham chiếu hướng dẫn Ung bướu).

### **Tài liệu tham khảo**

1) Bộ Y tế. Quyết định 5590/QĐ-BYT (13/12/2017) – Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa, chuyên khoa Phẫu thuật Thần kinh.

2) Bộ Y tế. Quyết định 3338/QĐ-BYT (09/09/2013) – Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Ung bướu.

## **14. QUY TRÌNH KỸ THUẬT PHẪU THUẬT CẮT U KHOANG BÊN HỌNG LAN LÊN ĐÁY SỌ**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

Khối u khoang bên họng (parapharyngeal space) gồm nhóm u tuyến nước bọt phụ, u bao dây thần kinh, u cận hạch (paraganglioma), và các u phần mềm khác; khi lan lên nền sọ có thể liên quan hố dưới thái dương, lỗ rách sau, ống cảnh, xoang tĩnh mạch đá dưới. Mục tiêu phẫu thuật: lấy u tối đa an toàn, kiểm soát mạch máu lớn (ĐM cảnh trong/ngoài), bảo tồn dây thần kinh sọ IX–XII và VII, đảm bảo kín nền sọ khi mở vào nội sọ để phòng rò DNT; phối hợp đa chuyên khoa.

### **2. CHỈ ĐỊNH**

- U khoang bên họng có triệu chứng (khó nuốt, nói giọng mũi kín/khàn tiếng, đau, lồi amidan, khối vùng góc hàm), lớn dần hoặc gây chèn ép/biến dạng.

- Hình ảnh xác định lan lên nền sọ: MRI có tiêm thuốc ± MRA/CT, đánh giá quan hệ với ống cảnh/lỗ tĩnh mạch cảnh, hố dưới thái dương; DSA khi nghi u mạch hóa cao.

- Nghi xuất huyết/thiếu máu dây sọ cấp hoặc tắc nghẽn đường thở cần giải quyết.

- Sinh thiết kim (FNA/core) trước mổ khi an toàn; với u cận hạch cần sàng lọc catecholamine trước phẫu thuật.

### **3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Tình trạng toàn thân chưa tối ưu hóa (suy tim–phổi, rối loạn đông máu chưa chỉnh).

- U ác tính lan rộng không còn lợi ích phẫu thuật triệt để; không chấp thuận điều trị sau khi tư vấn.

- Liên quan rộng đến đoạn cao ĐM cảnh trong/nội sọ không đảm bảo an toàn – cân nhắc chiến lược giảm u + xạ trị/xạ phẫu hoặc điều trị nội mạch.

### **4. CHUẨN BỊ**

#### **4.1. Nhân lực/kíp mổ**

- PTV nền sọ (thần kinh) phối hợp TMH/Đầu cổ; phụ mổ; kíp gây mê có kinh nghiệm kiểm soát đường thở khó; điều dưỡng dụng cụ/chạy ngoài; kỹ thuật viên định vị/C-arm; (nếu có) IONM dây VII, IX–XII.

#### **4.2. Người bệnh**

- Khám thần kinh sọ (VII, IX–XII), đánh giá nuốt–nói; nội soi mũi họng; tư vấn tracheostomy dự phòng khi nguy cơ phù nề đường thở sau mổ.

- Hình ảnh: MRI có tiêm thuốc ± MRA/CTA; CT xương nền sọ; DSA lập bản đồ mạch nuôi–hồi lưu và cân nhắc nút mạch trước mổ đối với u mạch hóa cao (meningioma lan, paraganglioma).

- Xét nghiệm: công thức máu, đông máu, sinh hóa; xét nghiệm catecholamine (metanephrines) khi nghi u cận hạch; chuẩn bị máu; ký cam kết mổ.

### 4.3. Phương tiện – dụng cụ

- Kính hiển vi/nội soi hỗ trợ; khoan nền sọ (mũi kim cương); bộ vi dụng cụ tinh; dao điện lưỡng cực; vật liệu cầm máu; bộ kẹp mạch mảnh; shunt cảnh (khi cần).

- Hệ thống định vị; bộ tái tạo nền sọ (vá màng cứng, keo sinh học, vạt cân–cơ thái dương/đùi, lưới–nẹp vít).

- Bộ mở đường cổ: tiếp cận **\*\*transcervical/transparotid\*\***; (khi cần) **\*\*transmandibular\*\***; phối hợp đường **\*\*infratemporal fossa/FTZ\*\*** khi lan nền sọ.

### 4.4. thời gian : 1-2 giờ

## 5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

### 5.1. Tư thế

- Nằm ngửa; xoay đầu đối bên; vai kê gối nhỏ; chuẩn bị rộng từ cung gò má đến xương đòn; đặt ống NKQ; sẵn sàng mở khí quản nếu cần.

### 5.2. Vô cảm

- Gây mê NKQ; đặt đường truyền lớn; (khi cần) catheter động mạch; kháng sinh dự phòng trước rạch da.

### 5.3. Kỹ thuật

1) **\*\*Lựa chọn đường tiếp cận\*\*** dựa vào vị trí–kích thước–mạch máu và lan nền sọ: transcervical đơn thuần; transcervical–transparotid (bảo tồn dây VII); transmandibular khi cần trường rộng; kết hợp nền sọ bên (infratemporal fossa/FTZ) khi xâm lấn cao.

2) **\*\*Tiếp cận cổ\*\***: rạch da dọc bờ trước cơ ức–đòn–chũm; bộc lộ bó mạch cảnh; nhận diện–bảo tồn dây XII, X, IX; kiểm soát ĐM cảnh ngoài và các nhánh nuôi; chuẩn bị shunt nếu can thiệp ĐM cảnh trong.

3) **\*\*Giải phóng u\*\***: bóc tách theo mặt phẳng u–mô lành; giảm thể tích khối u; thắt–đốt mạch nuôi sớm; tránh làm tổn thương tĩnh mạch cảnh trong và nhánh thần kinh giao cảm cổ.

4) **\*\*Lan nền sọ\*\***: mở đường infratemporal fossa/FTZ khi cần; khoan mở hành lang đến lỗ rách sau/ống cảnh; phối hợp thần kinh nền sọ để xử trí phần bám tại nền; đảm bảo kín nền sọ nếu mở màng cứng.

5) **\*\*Tái tạo\*\***: vá kín màng cứng (nếu mở), đặt vạt cân–cơ bịt kín đường thông; cầm máu kỹ; đặt dẫn lưu cổ/nền sọ khi cần; đóng theo lớp.

### \*. GHI CHÚ AN TOÀN

- Bảo tồn dây VII (nhánh bờ hàm), IX–X–XI–XII; bảo vệ ống cảnh và xoang tĩnh mạch đá dưới; tránh thắt sớm tĩnh mạch dẫn lưu chính của u mạch.

• Sẵn sàng kiểm soát đường thở (phù nề sau mổ); theo dõi IONM khi có điều kiện; cân nhắc nút mạch trước mổ cho u mạch hóa cao.

## 6. THEO DÕI SAU MỔ VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 6.1. Theo dõi

- Đường thở (phù nề, tụ dịch, chảy máu cổ); dấu hiệu tổn thương dây sọ (khàn tiếng, sặc, lưỡi lệch, yếu vai); vết mổ–dẫn lưu; đau và dấu rò DNT nếu có mở nền sọ.

## **6.2. Tai biến và xử trí**

- Chảy máu cổ/thiếu máu não do tổn thương cảnh → hồi sức khẩn, can thiệp mạch/pt lại kiểm soát.

- Liệt dây sọ IX–X–XI–XII → phục hồi chức năng nuốt–nói, đặt ống nuôi dạ dày tạm thời, bảo vệ đường thở.

- Rò DNT/nhiễm khuẩn nền sọ → dẫn lưu thất lưng, kháng sinh, mổ lại vá kín khi cần.

- Chảy dưỡng chấp cổ (tổn thương ống ngực) → dẫn lưu, chế độ ăn ít béo/triglycerid chuỗi trung bình, thất ống ngực khi kéo dài.

- Huyết khối tĩnh mạch sâu/viêm phổi hít → dự phòng–xử trí theo phác đồ.

## **7. CHĂM SÓC – ĐIỀU TRỊ HỖ TRỢ**

- Giảm đau đa mô thức; kháng sinh dự phòng; dự phòng VTE theo nguy cơ.

- Chăm sóc đường thở; nâng đầu giường; tập nuốt–nói sớm với chuyên viên âm ngữ trị liệu; đặt sonde ăn khi có sặc.

- Xạ trị/xạ phẫu/điều trị hỗ trợ theo mô bệnh học (tham chiếu hướng dẫn Ung bướu).

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1) Bộ Y tế. Quyết định 5590/QĐ-BYT (13/12/2017) – Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa, chuyên khoa Phẫu thuật Thần kinh.

2) Bộ Y tế. Quyết định 3338/QĐ-BYT (09/09/2013) – Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Ung bướu.

## **15. QUY TRÌNH KỸ THUẬT PHẪU THUẬT CẮT U HẠ HỌNG QUA ĐƯỜNG CỔ BÊN**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

Cắt u hạ họng qua đường cổ bên (lateral cervical approach với mở vào hạ họng – lateral pharyngotomy) là kỹ thuật tiếp cận hạ họng từ vùng cổ bên, cho phép lấy u hạ họng/bao quanh hạ họng với kiểm soát tốt bó mạch cảnh và bảo tồn các dây thần kinh vùng cổ. Có thể đơn thuần hoặc kết hợp tái tạo thành hạ họng bằng khâu trực tiếp/vạt tại chỗ/vạt tự do tùy kích thước khuyết hồng.

### **2. CHỈ ĐỊNH**

- U hạ họng lành/ác có chỉ định phẫu thuật, khu trú/lấn giới hạn cho phép tiếp cận qua đường cổ bên (vùng xoang lê, thành bên–sau hạ họng).

- U tái phát/không đáp ứng điều trị bảo tồn cần cắt bỏ khu trú; tổn thương nguy cơ nghẹt đường thở/chảy máu.

- Hình ảnh khẳng định phạm vi bệnh (Nội soi, CT/MRI, đánh giá mối quan hệ bó mạch cảnh, thanh quản, thực quản).

### **3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Tình trạng toàn thân chưa tối ưu hóa; rối loạn đông máu chưa kiểm soát.

- U lan rộng vượt quá khả năng bảo tồn chức năng hoặc cần phẫu thuật triệt để khác (ví dụ cắt thanh quản–hạ họng toàn phần).

- Không chấp thuận điều trị sau khi tư vấn đầy đủ.

### **4. CHUẨN BỊ**

#### **4.1. Nhân lực/kíp mổ**

- PTV chính TMH/Đầu cổ; phụ mổ; kíp gây mê có kinh nghiệm kiểm soát đường thở khó; điều dưỡng dụng cụ/chạy ngoài; (khi cần) IONM dây quặt ngược thanh quản, dây XII.

#### **4.2. Người bệnh**

- Đánh giá đường thở; nội soi hạ họng–thanh quản; đánh giá nuốt–nói; tư vấn khả năng mở khí quản/đặt ống nuôi dạ dày sau mổ.

- Hình ảnh: CT/MRI cổ; siêu âm Doppler khi cần; đánh giá hạch cổ kèm theo.

- Xét nghiệm chuẩn; chuẩn bị máu; kháng sinh dự phòng; ký cam kết mổ.

#### **4.3. Phương tiện – dụng cụ**

- Bộ dụng cụ cổ chuẩn; dao điện lưỡng cực; dụng cụ phẫu tích tinh; panh Farabeuf/Langenbeck; ống hút mảnh; kính lúp/hiển vi khi cần.

- Dụng cụ mở vào hạ họng (lateral pharyngotomy): kẹp Allis, chỉ khâu mũi rời, dụng cụ khâu niêm mạc; vật liệu cầm máu; dẫn lưu hút áp lực âm; (khi cần) vật liệu/vạt tái tạo (PMMC/vạt tự do).

#### **4.4. thời gian : 1-2 giờ**

## 5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

### 5.1. Tư thế

- Nằm ngửa; gối kê vai; đầu xoay nhẹ đối bên; đặt ống NKQ; sát khuẩn–trải khăn rộng vùng cổ.

### 5.2. Vô cảm

- Gây mê NKQ; cân nhắc mở khí quản chủ động nếu khó kiểm soát đường thở hoặc dự kiến phù nề sau mổ; kháng sinh dự phòng trước rạch da.

### 5.3. Kỹ thuật

1) Rạch da theo bờ trước cơ ức–đòn–chũm (SCM) mức phù hợp; bóc lộ tam giác cảnh; bảo tồn dây XI; nhận diện bó mạch cảnh (ĐM cảnh chung/ngoài–trong) và TM cảnh trong.

2) Nhận diện và bảo tồn: dây XII, thần kinh quặt ngược thanh quản, nhánh ngoài dây thanh quản trên; thắt–đốt các nhánh mạch nhỏ khi cần.

3) Bóc lộ thành bên hạ họng: mở qua khe giữa cơ khít hầu (khối cơ khít giữa/khít dưới – lateral pharyngotomy) trên phạm vi an toàn đã định hướng bằng nội soi–hình ảnh.

4) Đánh dấu rìa cắt và cắt u với bờ an toàn (có thể sinh thiết lạnh kiểm tra bờ khi điều kiện cho phép). Bóc tách–lấy u theo mặt phẳng tự nhiên; kiểm soát cầm máu tỉ mỉ.

5) Xử trí khuyết hồng: khâu niêm mạc–cơ hầu 2 lớp nếu khuyết nhỏ; nếu khuyết lớn → dùng vạt cơ ngực lớn (PMMC)/vạt da cơ/vạt tự do để tái tạo thành hạ họng.

6) Đặt dẫn lưu cổ; đóng cân–da theo lớp; đặt ống nuôi dạ dày (sonde) nếu cần nuôi dưỡng đường ruột sớm.

### \*. GHI CHÚ AN TOÀN

- Kiểm soát đường thở chủ động; bảo tồn dây quặt ngược thanh quản và dây XII; tránh tổn thương bó mạch cảnh; đảm bảo kín khâu niêm mạc để phòng rò nước bọt/pharyngocutaneous fistula.

## 6. THEO DÕI SAU MỔ VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 6.1. Theo dõi

- Đường thở (phù nề, tụ dịch, chảy máu cổ); đau; dấu nhiễm trùng; theo dõi dẫn lưu; đánh giá giọng nói–nuốt; chăm sóc răng miệng.

### 6.2. Tai biến và xử trí

- Chảy máu cổ/thiếu máu đường thở → hồi sức, can thiệp cầm máu khẩn.

- Rò nước bọt/pharyngocutaneous fistula → dẫn lưu, nuôi dưỡng qua sonde, chăm sóc vết mổ; mổ lại khi không đáp ứng.

- Tổn thương dây quặt ngược thanh quản → khàn tiếng, sặc; phục hồi chức năng giọng–nuốt; can thiệp thanh quản khi cần.

- Nhiễm trùng vết mổ; chảy dưỡng chấp cổ (tổn thương ống ngực) → xử trí theo phác đồ.

- Hẹp sẹo hạ họng về sau → nong hẹp/điều trị tái tạo theo chỉ định.

### **7. CHĂM SÓC – ĐIỀU TRỊ HỖ TRỢ**

- Giảm đau đa mô thức; kháng sinh dự phòng/điều trị theo nguy cơ; dự phòng VTE theo đánh giá nguy cơ.

- Nuôi dưỡng qua sonde dạ dày sớm; chăm sóc vệ sinh miệng; bắt đầu tập nuốt theo hướng dẫn khi đường khâu ổn định và không rò.

- Xạ trị/hóa trị bổ trợ theo mô bệnh học và giai đoạn bệnh (tham chiếu hướng dẫn Ung bướu).

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1) Bộ Y tế. Quyết định 3338/QĐ-BYT (09/09/2013) – Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Ung bướu.

2) Bộ Y tế. Quyết định 5590/QĐ-BYT (13/12/2017) – Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa (tham chiếu khi phối hợp nền sọ).

## **16. QUY TRÌNH KỸ THUẬT PHẪU THUẬT CẮT LẠNH U MÁU HẠ THANH MÔN**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

U máu hạ thanh môn (subglottic hemangioma) là tổn thương mạch máu lành tính, có thể gây hẹp đường thở. “Cắt lạnh” trong quy trình này là kỹ thuật điều trị u bằng lạnh (cryosurgery/cryotherapy) qua nội soi thanh quản treo, tác động đông lạnh chọn lọc mô u nhằm giảm kích thước/chấm dứt chảy máu, bảo tồn tối đa niêm mạc lành, hạn chế bỏng nhiệt và nguy cơ hẹp.

### **2. CHỈ ĐỊNH**

- U máu hạ thanh môn gây hẹp đường thở (khò khè, khó thở, stridor), chảy máu tái phát, hoặc không đáp ứng/kháng trị với điều trị nội khoa.
- Tổn thương khu trú, có thể tiếp cận an toàn qua nội soi thanh quản treo.
- Cân nhắc kết hợp hoặc sau điều trị nội khoa chuẩn (ví dụ: phác đồ u máu) tùy hội chẩn đa chuyên khoa.

### **3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Toàn trạng chưa tối ưu hóa; rối loạn đông máu chưa kiểm soát.
- Tổn thương lan rộng, chiếm chu vi gần toàn bộ hạ thanh môn (nguy cơ hẹp sau thủ thuật cao) – cân nhắc phương án khác.
- Không đảm bảo kiểm soát đường thở an toàn; người bệnh/đại diện không chấp thuận.

### **4. CHUẨN BỊ**

#### **4.1. Nhân lực/kíp thủ thuật**

- PTV TMH/Đầu cổ có kinh nghiệm vi phẫu thanh quản; phụ mổ; kíp gây mê (thành thạo kiểm soát đường thở khó/jet ventilation); điều dưỡng dụng cụ; kỹ thuật viên nội soi.

#### **4.2. Người bệnh**

- Đánh giá đường thở, mức độ hẹp; nội soi ống mềm trước thủ thuật; xét nghiệm cơ bản theo quy định; ký cam kết thủ thuật.
- Nhịn ăn theo quy định; giải thích nguy cơ phù nề đường thở, chảy máu, hẹp sau thủ thuật, cần theo dõi sát sau can thiệp.

#### **4.3. Phương tiện – dụng cụ**

- Hệ thống thanh quản treo, ống nội soi cứng/microscope; bộ vi dụng cụ thanh quản (cold instruments).
- Bộ cryo thanh quản (đầu dò lạnh CO<sub>2</sub>/N<sub>2</sub>O), máy tạo lạnh; nhiệt kế đầu dò (nếu có).
- Adrenaline pha loãng tại chỗ; vật liệu cầm máu; ống NKQ cỡ nhỏ/jet ventilation; dụng cụ mở khí quản dự phòng.

#### **4.4. thời gian : 1-2 giờ**

## 5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

### 5.1. Tư thế

- Nằm ngửa, cổ ưỡn nhẹ kiểu 'sniffing'; đặt thanh quản treo; bảo vệ răng, môi.

### 5.2. Vô cảm

- Gây mê toàn thân; thông khí bằng ống NKQ nhỏ hoặc jet ventilation tùy mức hẹp; kháng sinh dự phòng trước thủ thuật.

### 5.3. Kỹ thuật

1) Nội soi đánh giá toàn bộ thanh-hạ thanh môn: vị trí, kích thước, mức độ chiếm chu vi; hút sạch dịch/đờm.

2) Chuẩn bị bề mặt: thẩm adrenalin pha loãng để giảm chảy máu; đánh dấu ranh giới tổn thương.

3) Áp đầu dò cryo trực tiếp vào mô u (tránh toàn chu vi), chu kỳ đông 20–30 giây rồi rã đông tự nhiên 1–2 phút; lặp lại 2–3 chu kỳ tại từng vùng đến khi mô u trắng đông.

4) Có thể kết hợp 'cold instruments' gỡ mảng mô đông hoại hoặc hút nhẹ; tránh bóc quá sâu gây tổn thương sụn nhĩn/dây thanh dưới.

5) Kiểm soát chảy máu bằng adrenalin tại chỗ/đốt lưỡng cực mức thấp nếu cần; không sử dụng năng lượng cao để hạn chế sẹo xơ.

6) Đánh giá thông thoáng đường thở; có thể đặt ống đỡ (stent) tạm thời trong trường hợp hẹp đáng kể – theo chỉ định của kíp mổ.

7) Kết thúc: tháo thanh quản treo; chuyển hồi tỉnh theo quy trình; chuẩn bị phương án kiểm soát đường thở nếu phù nề sau thủ thuật.

### \*. GHI CHÚ AN TOÀN

- Tránh đông lạnh toàn chu vi hạ thanh môn trong một lần để giảm nguy cơ hẹp sẹo.

- Luôn chuẩn bị sẵn phương án mở khí quản khẩn khi phù nề/hẹp cấp sau thủ thuật.

- Theo dõi sát SpO<sub>2</sub> và CO<sub>2</sub> trong suốt quá trình (đặc biệt khi dùng jet ventilation).

## 6. THEO DÕI SAU THỦ THUẬT VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

### 6.1. Theo dõi

- Đường thở: dấu phù nề, khó thở, stridor; đau; nói khàn; SpO<sub>2</sub>; đánh giá ăn uống/nuốt.

- Có thể khí dung corticoid/epinephrine theo phác đồ; PPI bảo vệ niêm mạc giảm trào ngược; kháng sinh dự phòng ngăn ngừa theo chỉ định.

### 6.2. Tai biến và xử trí

- Phù nề/hẹp cấp sau thủ thuật → khí dung adrenalin, corticoid tĩnh mạch, hỗ trợ hô hấp; mở khí quản khi cần.

- Chảy máu đường thở → hút sạch, ép adrenalin, cầm máu; tái can thiệp nếu không kiểm soát.

- Sẹo xơ–hẹp dưới thanh môn muộn → theo dõi nội soi; can thiệp nong/vi phẫu tái tạo khi cần.

- Nhiễm trùng thứ phát → điều trị kháng sinh theo chỉ định lâm sàng.

## **7. CHĂM SÓC – ĐIỀU TRỊ HỖ TRỢ**

- Nghỉ nói tương đối 24–48 giờ; khí dung, giảm đau; tránh kích thích ho–khạc mạnh.

- Điều trị nội khoa phối hợp theo phác đồ u máu (nếu có chỉ định của chuyên khoa).

- Tái khám nội soi đánh giá đáp ứng sau 2–4 tuần; lập kế hoạch chu kỳ điều trị bổ sung nếu cần.

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1) Bộ Y tế. Quyết định 3338/QĐ-BYT (09/09/2013) – Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ung bướu (tham chiếu u mạch vùng đầu cổ).

2) Bộ Y tế. Quyết định 5590/QĐ-BYT (13/12/2017) – Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật Ngoại khoa (chuẩn bị, vô cảm, kiểm soát tai biến).

## **17. QUY TRÌNH KỸ THUẬT PHẪU THUẬT CẮT LẠNH U MÁU VÙNG TAI MŨI HỌNG**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

Cắt lạnh (cryosurgery/cryotherapy) là kỹ thuật dùng đầu dò lạnh (CO<sub>2</sub>/N<sub>2</sub>O) tạo đông lạnh chọn lọc mô u, áp dụng cho u mạch (hemangioma/ cavernoma/ telangiectasia) vùng Tai–Mũi–Họng như: hốc mũi–xoang, vòm mũi họng, họng miệng–hạ họng, thanh quản, ống tai ngoài. Mục tiêu: kiểm soát chảy máu, giảm/tháo bỏ khối u, bảo tồn mô lành, giảm nguy cơ bỏng nhiệt và sẹo co kéo.

### **2. CHỈ ĐỊNH**

- U mạch vùng TMH gây chảy máu tái phát, nghẹt tắc/hẹp đường thở–đường ăn, đau hoặc ảnh hưởng thẩm mỹ–chức năng.

- Tôn thương khu trú, tiếp cận được qua nội soi (mũi–xoang, họng, thanh quản) hoặc kính hiển vi (ống tai ngoài).

- Bệnh nhân không phù hợp cắt đốt nhiệt/laser vì nguy cơ bỏng, hoặc cần giảm thiểu sẹo.

- Có thể phối hợp sau/đồng thời các điều trị khác theo hội chẩn (nút mạch, thuốc, xạ trị) tùy bệnh nguyên.

### **3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Toàn trạng chưa tối ưu hóa; rối loạn đông máu chưa kiểm soát.

- Tôn thương lan rộng, chiếm toàn chu vi đường thở (nguy cơ hẹp sau thủ thuật cao) – cân nhắc chiến lược khác.

- Không đảm bảo kiểm soát đường thở an toàn (đặc biệt vùng hạ họng–thanh quản).

- Không chấp thuận sau khi tư vấn đầy đủ.

### **4. CHUẨN BỊ**

#### **4.1. Nhân lực/kíp thủ thuật**

- Bác sĩ TMH/Đầu cổ có kinh nghiệm nội soi–vi phẫu; phụ thủ thuật; kíp gây mê (thành thạo kiểm soát đường thở khó/jet ventilation khi can thiệp thanh quản); điều dưỡng dụng cụ; kỹ thuật viên nội soi/vi phẫu.

#### **4.2. Người bệnh**

- Khám TMH toàn diện; nội soi ống mềm đánh giá vị trí–kích thước–mạch; xét nghiệm cơ bản theo quy định; chụp ảnh/hình nội soi trước thủ thuật.

- Nhịn ăn đúng quy định; giải thích nguy cơ: chảy máu, phù nề đường thở, nhiễm trùng, sẹo co kéo/hẹp; ký cam kết thủ thuật.

- Với tổn thương mạch hóa cao/vùng mũi–xoang lan rộng: cân nhắc chụp DSA và nút mạch trước thủ thuật theo chỉ định chuyên khoa.

#### **4.3. Phương tiện – dụng cụ**

- Hệ thống nội soi mũi xoang/thanh quản, kính hiển vi tai; bộ vi dụng cụ 'cold instruments'.

- Máy cryo (CO<sub>2</sub>/N<sub>2</sub>O) và đầu dò nhiều kích cỡ–hình dạng (thẳng, cong, bi, kim).

- Adrenalin pha loãng tại chỗ; vật liệu cầm máu; ống NKQ nhỏ/jet ventilation khi can thiệp thanh quản; dụng cụ mở khí quản dự phòng.

**4.4. thời gian :** 1-2 giờ

## **5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **5.1. Tư thế**

- Theo vị trí tổn thương: nằm ngửa cổ ưỡn nhẹ (mũi–họng–thanh quản); tai: nằm nghiêng; bảo vệ răng–môi–mắt; cố định đầu khi dùng kính hiển vi.

### **5.2. Vô cảm**

- Gây mê toàn thân cho thanh quản/hạ họng hoặc tổn thương lớn; có thể gây tê tại chỗ với sedoanalgesia cho mũi–họng–tai nhỏ. Kháng sinh dự phòng trước thủ thuật.

### **5.3. Kỹ thuật**

1) Nội soi/vi phẫu đánh giá ranh giới, nguồn mạch và mức độ chiếm chu vi; hút sạch dịch.

2) Chuẩn bị bề mặt: thấm adrenalin pha loãng để giảm chảy máu; đánh dấu vùng can thiệp.

3) Áp đầu dò cryo lên mô u, \*\*đông 20–30 giây\*\*, rã đông \*\*1–2 phút\*\*; lặp \*\*2–3 chu kỳ\*\* mỗi điểm. Tránh đông \*\*toàn chu vi\*\* tại đường thở trong một phiên.

4) Với tổn thương có cuống/bề mặt: có thể gỡ mảnh mô đã đông hoại bằng dụng cụ lạnh; tránh bóc quá sâu gây thủng niêm mạc/tiếp xúc sụn.

5) Kiểm soát chảy máu bằng adrenalin tại chỗ/đốt lưỡng cực mức thấp khi cần; hạn chế năng lượng cao để giảm nguy cơ sẹo.

6) Đánh giá thông thoáng; đặt nẹp đỡ/stent tạm (đường thở) khi nguy cơ hẹp đáng kể theo chỉ định; kết thúc thủ thuật và hồi tỉnh an toàn.

### **\*. GHI CHÚ AN TOÀN**

- Chuẩn bị sẵn phương án \*\*mở khí quản khẩn\*\* khi can thiệp thanh quản–hạ họng.

- Không xử trí quá rộng trong \*\*một phiên\*\* với tổn thương bao quanh chu vi; chia nhỏ nhiều phiên để giảm sẹo co kéo/hẹp.

- Tránh áp đầu dò trực tiếp lên \*\*màng nhĩ\*\* khi can thiệp ống tai; bảo vệ da ống tránh bỏng lạnh.

## **6. THEO DÕI SAU THỦ THUẬT VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

### **6.1. Theo dõi**

- Đường thở (khó thở/stridor), chảy máu, đau; đánh giá nuốt–nói; chăm sóc ống tai ngoài khi can thiệp vùng tai.

- Khí dung corticoid/epinephrine (khi can thiệp đường thở); PPI bảo vệ niêm mạc; kháng sinh dự phòng ngăn ngừa theo chỉ định.

## **6.2. Tai biến và xử trí**

- **\*\*Phù nề/hẹp cấp\*\***: khí dung adrenalin, corticoid tĩnh mạch, hỗ trợ hô hấp; mở khí quản khi cần.

- **\*\*Chảy máu\*\***: ép adrenalin, cầm máu; tái can thiệp nếu không kiểm soát.

- **\*\*Nhiễm trùng\*\***: điều trị kháng sinh theo lâm sàng; chăm sóc vết thương.

- **\*\*Sẹo co kéo/hẹp\*\*** (mũi/hạ họng/thanh quản): theo dõi nội soi; nong–tái tạo khi cần.

- **\*\*Tổn thương ống tai/màng nhĩ\*\***: chăm sóc tại chỗ; theo dõi thủng–viêm ống tai; can thiệp khi cần.

## **7. CHĂM SÓC – ĐIỀU TRỊ HỖ TRỢ**

- Nghỉ nói 24–48 giờ (khi can thiệp thanh quản); khí dung; giảm đau; vệ sinh mũi–họng–tai đúng cách.

- Tái khám nội soi/vi phẫu đánh giá đáp ứng sau 2–4 tuần; lên kế hoạch phiên bổ sung nếu cần.

- Phối hợp điều trị nguyên nhân/đồng mắc theo chuyên khoa (nút mạch, điều trị u mạch hệ thống) khi chỉ định.

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1) Bộ Y tế. Quyết định 3978/QĐ-BYT (18/10/2012) – Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Tai Mũi Họng.

2) Bộ Y tế. Quyết định 3338/QĐ-BYT (09/09/2013) – Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ung bướu (u mạch vùng đầu cổ).

3) Bộ Y tế. Quyết định 5590/QĐ-BYT (13/12/2017) – Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật Ngoại khoa (chuẩn bị, vô cảm, kiểm soát tai biến).

## 18. QUY TRÌNH KỸ THUẬT PHẪU THUẬT CẮT U DÂY THẦN KINH VIII (U TIỀN ĐÌNH – ỐC TAI/ACOUSTIC NEUROMA)

### 1. ĐẠI CƯƠNG

U dây thần kinh VIII (u tiền đình – ốc tai/vestibular schwannoma) là u bao dây thần kinh lành tính tại góc cầu–tiểu não và ống tai trong, gây nghe kém, ù tai, chóng mặt, liệt mặt, chèn ép thân não khi lớn. Mục tiêu phẫu thuật theo hướng dẫn Bộ Y tế: lấy u tối đa an toàn, bảo tồn dây VII và chức năng nghe khi có chỉ định; phòng ngừa rò DNT và biến chứng nội sọ.

### 2. CHỈ ĐỊNH

- U có triệu chứng tiến triển (nghe kém, chóng mặt, liệt mặt), hoặc u tăng kích thước trên MRI theo dõi.

- Chèn ép thân não/tiểu não, não thất; u kích thước trung bình–lớn (theo đánh giá hình ảnh).

- Người bệnh trẻ/khỏe mong muốn can thiệp triệt để; thất bại/không phù hợp điều trị xạ phẫu.

- Cấp cứu khi có dấu hiệu tăng áp lực nội sọ/ứ nước não thất do chèn ép.

### 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Toàn trạng không cho phép phẫu thuật; rối loạn đông máu chưa kiểm soát; bệnh lý nội khoa nặng chưa tối ưu hóa.

- Trường hợp thích hợp hơn với theo dõi/xạ phẫu (u nhỏ, người già yếu, nghe không còn khả năng bảo tồn...).

- Không chấp thuận điều trị sau khi tư vấn đầy đủ.

### 4. CHUẨN BỊ

#### 4.1. Nhân lực/kíp mổ

- PTV nền sọ/vi phẫu; phụ mổ; kíp gây mê; điều dưỡng dụng cụ/chạy ngoài; kỹ thuật viên IONM (dây VII, ốc tai BAEP) và C-arm/định vị nếu có; phối hợp TMH/Thần kinh thính học.

#### 4.2. Người bệnh

- Khám thần kinh sọ (đặc biệt dây VII), đánh giá nghe (audiometry), thăng bằng; tối ưu nội khoa; xét nghiệm theo quy định; ký cam kết mổ.

- Hình ảnh: MRI não – góc cầu tiểu não có tiêm thuốc (đánh giá kích thước trong ống tai và ngoài ống), CT xương thái dương khi cân nhắc đường tiếp cận qua mê nhĩ/translabyrinthine; cân nhắc DTI/định vị nếu có.

#### 4.3. Phương tiện – dụng cụ

- Kính hiển vi phẫu thuật; khoan xương mũi kim cương (đường translabyrinthine); bộ vi dụng cụ tinh; dao điện lưỡng cực công suất thấp; vật liệu cầm máu và vá màng cứng/keo sinh học.

- Hệ thống IONM: theo dõi dây VII (EMG) và BAEP (tiềm thế thính giác thân não) để bảo tồn chức năng; nội soi hỗ trợ khi cần.

**4.4. thời gian :** 1-2 giờ

## **5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **5.1. Tư thế**

- Tùy đường mổ: tư thế nằm ngửa xoay đầu đối bên (retrosigmoid/suboccipital), hoặc tư thế đầu nghiêng với gối bờ vai (translabyrinthine/ middle fossa). Bảo vệ mắt và điểm tỳ.

### **5.2. Vô cảm**

- Gây mê NKQ; đặt catheter động mạch theo dõi xâm lấn khi cần; kháng sinh dự phòng trước rạch da; chuẩn bị thuốc chống phù não.

### **5.3. Lựa chọn đường tiếp cận**

- **\*\*Retrosigmoid/suboccipital\*\***: ưu tiên khi cần bảo tồn nghe và u có thành phần ngoài ống tai lớn; cho phép tiếp cận góc cầu tiểu não rộng.

- **\*\*Translabyrinthine\*\***: áp dụng khi nghe không còn bảo tồn hoặc u lớn; khoan mê nhĩ, kiểm soát trực tiếp ống tai trong; không bảo tồn nghe.

- **\*\*Middle cranial fossa\*\***: cho u nhỏ trong ống tai trong với mục tiêu bảo tồn nghe cao.

### **5.4. Kỹ thuật chung**

1) Mở nắp sọ (retrosigmoid) hoặc tiếp cận mê nhĩ/xương thái dương (translabyrinthine/middle fossa) theo lựa chọn; mở màng cứng, giải phóng dịch não tủy để thư giãn não.

2) Nhận diện dây VII bằng IONM; bộc lộ u, **\*\*debulking\*\*** trung tâm, sau đó bóc tách theo mặt phẳng u–dây VII/tiểu não–thân não; bảo tồn vi mạch nuôi dây VII.

3) Xử trí phần u trong ống tai trong: khoan mở mái ống (nếu cần), lấy u trong ống dưới kính hiển vi/nội soi hỗ trợ; thận trọng tại vùng fundus.

4) Cầm máu kỹ; **\*\*vá kín màng cứng\*\***; với translabyrinthine cần bịt kín hòm mê nhĩ–xương chũm bằng mỡ/cân để phòng rò DNT.

5) Đặt dẫn lưu khi cần; đóng vết mổ theo lớp.

### **\*. GHI CHÚ AN TOÀN**

- Ưu tiên **\*\*bảo tồn dây VII\*\***: theo dõi IONM liên tục, thao tác vi phẫu tinh tế, tránh kéo căng – đốt nhiệt quá mức.

- Khi mục tiêu **\*\*bảo tồn nghe\*\***: hạn chế tổn thương mạch nuôi ốc tai, duy trì BAEP ổn định; tránh chèn ép kéo dài lên thần kinh ốc tai.

- Phòng **\*\*rò DNT\*\***: đóng kín màng cứng và đường mê nhĩ (nếu có), dùng keo sinh học/vật liệu bịt kín thích hợp.

## **6. THEO DÕI SAU MỔ VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

### **6.1. Theo dõi**

- Dấu hiệu sinh tồn, tri giác; đánh giá dây VII (thang House–Brackmann), chức năng nghe (audiometry sau ổn định), dáng đi–thăng bằng; vết mổ và dấu rò DNT.

## **6.2. Tai biến và xử trí**

- **\*\*Liệt mặt\*\***: chăm sóc mắt, steroid ngăn ngừa theo phác đồ, phục hồi chức năng, theo dõi hồi phục.

- **\*\*Rò DNT/viêm màng não\*\***: dẫn lưu thất lưng, kháng sinh theo chỉ định; mổ lại vá kín khi kéo dài.

- **\*\*Mất nghe/giảm nghe\*\***: tư vấn, can thiệp thính học (máy trợ thính/implant khi phù hợp).

- **\*\*Xuất huyết/tụ máu – phù não\*\***: xử trí hồi sức, phẫu thuật lại khi cần.

- **\*\*Chóng mặt, mất thăng bằng\*\***: phục hồi chức năng tiền đình.

## **7. CHĂM SÓC – ĐIỀU TRỊ HỖ TRỢ**

- Giảm đau đa mô thức; chống phù não theo chỉ định; kháng sinh dự phòng; chăm sóc mắt khi liệt VII (nhỏ nước mắt nhân tạo, che bảo giác mạc).

- Phục hồi chức năng mặt–tiền đình; đánh giá nghe sau mổ và tư vấn can thiệp thính học khi cần.

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1) Bộ Y tế. Quyết định 5590/QĐ-BYT (13/12/2017) – Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa, chuyên khoa Phẫu thuật Thần kinh.

2) Bộ Y tế. Quyết định 3338/QĐ-BYT (09/09/2013) – Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Ung bướu.

## 19. QUY TRÌNH KỸ THUẬT PHẪU THUẬT U ĐÓT SỐNG NGOÀI MÀNG CỨNG

### 1. ĐẠI CƯƠNG

U thân đốt sống là một bệnh hiếm gặp, chiếm tỷ lệ dưới 1% so với các khối u trong cơ thể nói chung và chiếm tỷ lệ dưới 5% các u thuộc hệ thống thần kinh trung ương.

U thân đốt sống có chỉ định can thiệp phẫu thuật trong các trường hợp gây chèn ép tủy sống làm thiếu hụt thân fkinh như liệt vận động, tê bì mất cảm giác và các tác giả đều cho rằng phẫu thuật vào giai đoạn đầu sẽ đem lại nhiều kết quả tốt.

### 2. CHỈ ĐỊNH

- Chỉ định phẫu thuật tuyệt đối cho tất cả các người bệnh đã được xác định có u thân đốt sống gây chèn ép thần kinh mà người bệnh có thể chịu đựng được can thiệp phẫu thuật.

- Chỉ định mổ cấp cứu trong những trường hợp u gây chảy máu trong u gây liệt chi, gây bí tiểu một cách đột ngột.

### 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng.

- Người bệnh đến giai đoạn muộn, những người bệnh già yếu, những người bệnh có lao phổi tiến triển, những bệnh lý ác tính cột sống đã rõ ràng, di căn tràn lan.

### 4. CHUẨN BỊ

#### 4.1. Người thực hiện

- Hai bác sỹ: một Phẫu thuật viên (PTV) chính và một phụ phẫu thuật

- Hai điều dưỡng: một điều dưỡng tham gia trực tiếp vào cuộc mổ chuẩn bị dụng cụ và phục vụ dụng cụ cho PTV, một điều dưỡng chạy ngoài phục vụ điều dưỡng tham gia mổ.

- Một DD điều chỉnh màn tăng sáng C.arm

- Kíp gây mê: bác sỹ gây mê, kỹ thuật viên phụ gây mê

#### 4.2. Người bệnh

- Được giải thích rõ về các nguy cơ tai biến trong và sau mổ: các tai biến liên quan đến tổn thương tủy hay rễ thần kinh (TK).

- Vệ sinh, thực tháo sạch đường hậu môn từ đêm trước mổ.

#### 4.3. Phương tiện kỹ thuật

- Bộ dụng cụ phẫu thuật cột sống thường quy: dao mổ lưỡi to và lưỡi nhỏ (12-15mm) cán dài, cò súng 2mm-3mm, panh gấp đĩa đệm thẳng và chénh lên trên xuống dưới, phẫu tích không răng và có răng, kim mang kim, máy hút, dao điện đơn cực và lưỡng cực.

- Dụng cụ tiêu hao: 20 gạc con, 1 gói bông nhỏ, 1 sợi vicryl số 1, 1 sợi vicryl 2.0, 1 sợi etilon 4.0, 1 gói sáp sọ, 1 gói surgisel.

- Vít cột sống và nẹp dọc, nếu ngang nếu tiên lượng sau mổ u mà mất vững cột sống.

- Hoàn thiện hồ sơ bệnh án đầy đủ theo quy định, có cam kết của gia đình người bệnh.

**4.4. thời gian :** 1-2 giờ

## **5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**5.1. Tư thế:** người bệnh được đặt nằm sấp, kê cao hai gai chậu và vai

**5.2. Vô cảm:** Gây mê nội khí quản

**5.3. Kỹ thuật:**

- Xác định vị trí rạch da bằng máy chụp x quang trong mổ hoặc đếm khoang liên gai sau từ dưới lên hoặc từ trên xuống.

- Gây tê vùng mổ bằng hỗn hợp Adrelinin và Lidocain 1/100.000 ở cơ cạnh sống.

- Rạch da và bộc lộ vị trí phẫu thuật là đường nối giữa hai móm gai sau hoặc đường bên cạnh cột sống.

- Mở cung sau tương ứng với vị trí của u. Mở dây chằng vàng và cắt bỏ dây chằng vàng bằng kim cò súng hoặc bằng dao nhọn.

- Bộc lộ u, tách u khỏi tủy sống và các rễ thần kinh, lấy u từng phần . Tránh gây tổn thương tủy sống và các rễ thần kinh trong quá trình thao tác.

- Nếu cột sống mất vững sau mổ cắt u thì cố định cột sống bằng các vít que cuống và đặt nẹp dọc cố định.

- Cầm máu kỹ diện cắt u.

- Đặt dẫn lưu

- Đóng cơ và cân bằng vicryl số 0. Đóng lớp dưới da bằng vicryl 2.0. Đóng da.

## **6. THEO DÕI SAU MỔ VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Theo dõi sau mổ:**

- Toàn trạng: mạch, huyết áp

- Chảy máu vết mổ

- Tổn thương tủy hay các rễ thần kinh.

**2. Xử trí tai biến:**

- Rách màng cứng: khâu vá lại bằng prolene 4.0

- Tổn thương tủy, rễ thần kinh: điều trị bằng corticoid, phục hồi chức năng.

- Chảy máu vết mổ: khâu tăng cường để cầm máu

- Rò dịch não tủy sau mổ: mổ lại vá rò.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

- Quyết định số 200/QĐ- BYT ngày 16 tháng 1 năm 2014 về việc ban hành tài liệu “ *hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa- Phẫu thuật thần kinh*” của Bộ trưởng- Bộ y tế.

- Quyết định số 5590/QĐ- BYT ngày 14 tháng 12 năm 2017 về việc ban hành tài liệu “*quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên ngành phẫu thuật thần kinh*” của Bộ trưởng Bộ Y tế.

- Bệnh học Phẫu thuật thần kinh- *Lê Xuân Trung và cộng sự*- Nhà xuất bản y học 2015