

BỆNH VIỆN ĐA KHOA SỐ 2 TỈNH LÀO CAI



HƯỚNG DẪN QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐẶC BIỆT THUỘC CÁC CHUYÊN NGÀNH NGOẠI VÀ ỨNG BƯỞU

*(Ban hành kèm theo Quyết định số /QĐ-BVĐK2 ngày 15 tháng 4 năm 2026
của Giám đốc Bệnh viện Đa khoa số 2 tỉnh Lào Cai)*

Lào Cai, năm 2026

Hội đồng thẩm định

BSCKII. Tô Minh Hùng	Phó Giám đốc bệnh viện
Ths. Nguyễn Thị Hồng Anh	Phó trưởng phòng ĐT&CDT
Ths. Nguyễn Thế Linh	Phó trưởng phòng Quản lý chất lượng
BSCKI. Lê Quyết Thắng	Trưởng khoa Ngoại Tổng hợp
BSCKII. Lò Tà Phìn	Trưởng khoa Ngoại Chấn thương chỉnh hình
Ths. Nguyễn Phú Duy	Trưởng khoa Ngoại Thần kinh
BSCKII. Nguyễn Văn Hải	Trưởng khoa Ngoại Tiết niệu
Ths. Lâm Thị Hậu	Phó GD trung tâm Xét nghiệm
BSCKII. Trần Hồng Chuyên	Phó GD trung tâm Tim mạch
BSCKI. Hoàng Văn Châu	Phó trưởng khoa Hồi sức tích cực - Chống độc
CN. Trần Thị Thu Hà	Nhân viên Phòng ĐT&CDT

Biên soạn

BSCKI. Lê Quyết Thắng	Trưởng khoa Ngoại Tổng hợp
BSCKII. Nguyễn Duy Cường	Phó Trưởng khoa Ngoại Tổng hợp
Ths. Lương Văn Quý	Khoa Ngoại Tổng hợp
Ths. Phạm Thanh Tùng	Khoa Ngoại Tổng hợp
BSCKII. Nguyễn Văn Hải	Trưởng khoa Ngoại Tiết niệu
Ths. Phạm Ngọc Lợi	Phó Trưởng khoa Ngoại Tiết niệu
Ths. Trần Quốc Đạt	Khoa Ngoại Tiết niệu
Ths. Trần Quỳnh Minh	Khoa Ngoại Tiết niệu
Ths. Nguyễn Phú Duy	Trưởng khoa Ngoại Thần kinh
Ths. Phạm Ngọc Danh	Phó Trưởng khoa Ngoại Thần kinh
BSCKI Nguyễn Mạnh Lâm	Trung tâm Ung bướu
BSCKI Nguyễn Thị Quỳnh Trâm	Phó Giám đốc Trung tâm Ung bướu

LỜI NÓI ĐẦU

Nhằm chuẩn hóa hoạt động chuyên môn, nâng cao chất lượng chẩn đoán, điều trị và chăm sóc người bệnh trong lĩnh vực Ngoại khoa và Ung bướu, Bệnh viện Đa khoa số 2 tỉnh Lào Cai xây dựng và ban hành “Tài liệu hướng dẫn quy trình kỹ thuật đặc biệt thuộc các chuyên ngành Ngoại và Ung bướu”, bao gồm 38 quy trình kỹ thuật chuyên sâu, có tính đặc thù cao trong thực hành lâm sàng .

Tài liệu là sự tổng hợp có hệ thống các quy trình kỹ thuật từ phẫu thuật ngoại khoa, phẫu thuật nội soi, can thiệp xâm lấn tối thiểu đến các kỹ thuật điều trị ung bướu hiện đại như đốt u bằng năng lượng, phẫu thuật triệt căn, nạo vét hạch và các kỹ thuật hỗ trợ điều trị. Các quy trình được xây dựng dựa trên các hướng dẫn chuyên môn của Bộ Y tế, cập nhật theo y văn hiện hành và phù hợp với điều kiện thực tiễn triển khai tại bệnh viện, bảo đảm tính khoa học, tính thống nhất và tính khả thi cao.

Nội dung mỗi quy trình được trình bày theo cấu trúc chặt chẽ, thống nhất, bao gồm: Đại cương, Chỉ định, Chống chỉ định, Thận trọng, Chuẩn bị (người thực hiện, phương tiện, người bệnh, hồ sơ), Các bước tiến hành kỹ thuật, Theo dõi và xử trí tai biến, biến chứng. Cách trình bày rõ ràng, logic, dễ tra cứu giúp cán bộ y tế thực hiện đúng quy trình, bảo đảm an toàn phẫu thuật, kiểm soát nguy cơ và nâng cao hiệu quả điều trị.

Tài liệu không chỉ là công cụ hướng dẫn thực hành lâm sàng mà còn là căn cứ quan trọng trong công tác đào tạo, chuyển giao kỹ thuật, kiểm tra, giám sát và đánh giá chất lượng chuyên môn. Việc áp dụng đồng bộ các quy trình kỹ thuật góp phần chuẩn hóa thao tác chuyên môn, hạn chế sai sót, nâng cao năng lực đội ngũ và đáp ứng yêu cầu ngày càng cao trong công tác khám chữa bệnh, đặc biệt trong lĩnh vực ngoại khoa và ung bướu – những chuyên ngành đòi hỏi kỹ thuật cao, tính chính xác và an toàn tuyệt đối.

Trong quá trình triển khai, tài liệu sẽ tiếp tục được rà soát, cập nhật và bổ sung phù hợp với sự phát triển của khoa học kỹ thuật và thực tiễn điều trị. Ban biên soạn trân trọng tiếp thu các ý kiến đóng góp của các đơn vị, cá nhân nhằm hoàn thiện tài liệu, góp phần nâng cao chất lượng điều trị và chăm sóc người bệnh.

Tài liệu thể hiện định hướng phát triển chuyên môn của Bệnh viện theo hướng hiện đại, chuyên sâu, lấy người bệnh làm trung tâm, hướng tới mục tiêu nâng cao chất lượng dịch vụ y tế và đáp ứng tốt hơn nhu cầu chăm sóc sức khỏe của nhân dân.

Tập thể biên soạn

NGUYÊN TẮC XÂY DỰNG, BAN HÀNH VÀ ÁP DỤNG HƯỚNG DẪN QUY TRÌNH KỸ THUẬT

(Áp dụng cho các quy trình kỹ thuật đặc biệt thuộc chuyên ngành Ngoại và Ung bướu áp dụng tại Bệnh viện Đa khoa số 2 tỉnh Lào Cai)

1. Nguyên tắc chung

Việc xây dựng, ban hành và áp dụng hướng dẫn quy trình kỹ thuật phải tuân thủ đầy đủ các quy định hiện hành của Bộ Y tế; bảo đảm tính pháp lý, khoa học, đồng bộ và phù hợp với điều kiện thực tế của Bệnh viện Đa khoa số 2 tỉnh Lào Cai. Các quy trình kỹ thuật được xây dựng nhằm chuẩn hóa thực hành chuyên môn trong lĩnh vực Ngoại và Ung bướu, nâng cao chất lượng khám bệnh, chữa bệnh, bảo đảm an toàn người bệnh, giảm thiểu tai biến, biến chứng và nâng cao hiệu quả điều trị. Đồng thời, quy trình là căn cứ phục vụ đào tạo, kiểm tra, giám sát và đánh giá chất lượng bệnh viện.

2. Nguyên tắc xây dựng quy trình kỹ thuật

2.1. Nội dung quy trình phải bám sát các hướng dẫn chuyên môn, quy trình kỹ thuật do Bộ Y tế ban hành; cập nhật các tiến bộ khoa học, khuyến cáo chuyên ngành Ngoại và Ung bướu trong nước và quốc tế.

2.2. Bảo đảm tính khoa học, chính xác, dựa trên bằng chứng; đồng thời phù hợp với năng lực chuyên môn, trình độ nhân lực, trang thiết bị, cơ sở vật chất và phạm vi hoạt động của bệnh viện.

2.3. Quy trình phải được xây dựng theo cấu trúc thống nhất, đầy đủ các nội dung cơ bản gồm: Đại cương, Chỉ định, Chống chỉ định, Thận trọng, Chuẩn bị, Các bước tiến hành, Theo dõi và xử trí tai biến, biến chứng.

2.4. Chú trọng yếu tố an toàn phẫu thuật, an toàn người bệnh, kiểm soát nhiễm khuẩn, đặc biệt trong các kỹ thuật xâm lấn, phẫu thuật và điều trị ung thư.

2.5. Có sự tham gia của các bác sĩ, điều dưỡng, kỹ thuật viên có kinh nghiệm và đại diện các khoa, phòng liên quan (gây mê hồi sức, giải phẫu bệnh, chẩn đoán hình ảnh, kiểm soát nhiễm khuẩn...).

2.6. Nội dung quy trình phải rõ ràng, dễ hiểu, dễ áp dụng, phù hợp với thực hành lâm sàng, bảo đảm khả năng triển khai thống nhất trong toàn bệnh viện.

3. Nguyên tắc thẩm định và ban hành

3.1. Các quy trình kỹ thuật sau khi xây dựng phải được tổ chức thẩm định bởi Hội đồng khoa học kỹ thuật hoặc Hội đồng chuyên môn của bệnh viện.

3.2. Việc thẩm định phải bảo đảm đánh giá toàn diện về tính pháp lý, tính khoa học, tính khả thi, mức độ an toàn và hiệu quả của quy trình.

3.3. Quy trình chỉ được ban hành khi đã được chỉnh sửa, hoàn thiện trên cơ sở ý kiến thẩm định và được Giám đốc bệnh viện phê duyệt bằng văn bản.

3.4. Sau khi ban hành, quy trình phải được phổ biến rộng rãi đến các khoa, phòng liên quan; tổ chức triển khai thống nhất và được lưu trữ, quản lý theo quy định về tài liệu chuyên môn.

3.5. Bảo đảm tính thống nhất trong toàn bệnh viện, tránh trùng lặp, chồng chéo hoặc mâu thuẫn giữa các quy trình kỹ thuật.

4. Nguyên tắc áp dụng quy trình kỹ thuật

4.1. Quy trình kỹ thuật là tài liệu bắt buộc áp dụng trong thực hành chuyên môn đối với tất cả cán bộ y tế liên quan.

4.2. Việc thực hiện quy trình phải đúng chỉ định, đúng đối tượng, đúng quy trình kỹ thuật; tuân thủ nghiêm ngặt các quy định về vô khuẩn, kiểm soát nhiễm khuẩn và an toàn phẫu thuật.

4.3. Chỉ những cán bộ y tế đã được đào tạo, đánh giá đủ năng lực chuyên môn mới được thực hiện các kỹ thuật thuộc chuyên ngành Ngoại và Ung bướu.

4.4. Trong quá trình thực hiện, phải tuân thủ đầy đủ các bước từ chuẩn bị, tiến hành kỹ thuật đến theo dõi sau can thiệp và xử trí biến chứng.

4.5. Bảo đảm ghi chép đầy đủ, chính xác vào hồ sơ bệnh án, phiếu phẫu thuật, thủ thuật và các biểu mẫu liên quan theo quy định.

4.6. Trường hợp cần điều chỉnh quy trình do đặc điểm riêng của người bệnh hoặc tình huống cấp cứu, người thực hiện phải chịu trách nhiệm chuyên môn và ghi rõ lý do trong hồ sơ bệnh án.

5. Nguyên tắc đào tạo, chuyển giao và giám sát

5.1. Tổ chức đào tạo, tập huấn định kỳ về các quy trình kỹ thuật cho cán bộ y tế nhằm bảo đảm thực hiện thống nhất và nâng cao năng lực chuyên môn.

5.2. Việc chuyển giao kỹ thuật phải thực hiện theo đúng quy định, có đánh giá năng lực trước khi cho phép thực hiện độc lập.

5.3. Tăng cường kiểm tra, giám sát việc tuân thủ quy trình tại các khoa, phòng; kịp thời phát hiện, chấn chỉnh sai sót và nâng cao chất lượng thực hành.

5.4. Gắn việc tuân thủ quy trình kỹ thuật với công tác quản lý chất lượng bệnh viện, đánh giá thi đua, khen thưởng và trách nhiệm cá nhân.

6. Nguyên tắc cập nhật và cải tiến

6.1. Quy trình kỹ thuật phải được rà soát, cập nhật định kỳ hoặc khi có thay đổi về hướng dẫn chuyên môn, tiến bộ khoa học kỹ thuật, đặc biệt trong lĩnh vực phẫu thuật và điều trị ung thư.

6.2. Khuyến khích cán bộ y tế tham gia góp ý, đề xuất cải tiến quy trình nhằm nâng cao hiệu quả điều trị và an toàn người bệnh.

6.3. Mọi nội dung sửa đổi, bổ sung phải được thẩm định và phê duyệt trước khi áp dụng chính thức.

6.4. Bảo đảm quy trình luôn phù hợp với thực tiễn hoạt động và định hướng phát triển chuyên môn của bệnh viện.

7. Nguyên tắc trách nhiệm và tuân thủ

7.1. Các khoa, phòng và cá nhân có liên quan chịu trách nhiệm tổ chức thực hiện nghiêm túc các quy trình kỹ thuật đã ban hành.

7.2. Trưởng khoa chịu trách nhiệm quản lý, giám sát việc triển khai, tuân thủ và hiệu quả áp dụng quy trình tại đơn vị.

7.3. Các hành vi vi phạm quy trình kỹ thuật phải được xem xét, xử lý theo quy định của bệnh viện và pháp luật hiện hành.

7.4. Bảo đảm nguyên tắc lấy người bệnh làm trung tâm, đặt an toàn người bệnh là ưu tiên hàng đầu trong mọi hoạt động chuyên môn.

MỤC LỤC QUY TRÌNH

1. CẮT U TRUNG THẤT	1
2. PHẪU THUẬT TẠO LỖ RÒ ĐỘNG TĨNH MẠCH BẰNG GHÉP MẠCH MÁU.....	4
3. CẮT TOÀN BỘ TUYẾN GIÁP TRONG BUỒU GIÁP THÔNG BẰNG DAO SIÊU ÂM	7
4. CẮT TOÀN BỘ TUYẾN GIÁP TRONG BUỒU GIÁP KHÔNG LỖ BẰNG DAO SIÊU ÂM 11	
5. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ CHẤN THƯƠNG, VẾT THƯƠNG MẠCH MÁU NGOẠI VI Ở TRẺ EM.....	15
6. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ VẾT THƯƠNG - CHẤN THƯƠNG ĐỘNG - TĨNH MẠCH CHỦ, MẠCH TẠNG, MẠCH THẬN.....	18
7. PHẪU THUẬT CẮT MỘT PHẦN THUY PHỔI, CẮT PHỔI KHÔNG ĐIỂN HÌNH DO BỆNH LÝ.....	21
8. PHẪU THUẬT CẮT 1 THUY PHỔI BỆNH LÝ	24
9. PHẪU THUẬT CẮT U TRUNG THẤT.....	26
10. PHẪU THUẬT BÓC MÀNG PHỔI ĐIỀU TRỊ Ổ CẶN, DÀY DÍNH MÀNG PHỔI.....	29
11. PHẪU THUẬT NỘI SOI HỖ TRỢ (VATS) ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ PHỔI, TRUNG THẤT ...	32
12. PHẪU THUẬT PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT MỘT PHẦN THUY PHỔI, KÉN - NANG PHỔI 36	
13. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT 1 THUY PHỔI	39
14. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT 1 THUY PHỔI KÈM NẠO VẾT HẠCH	43
15. PHẪU THUẬT NỘI SOI MỞ ỐNG MẬT CHỦ LẤY SỎI + CẮT GAN THUY TRÁI.....	47
16. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TÚI MẬT, MỞ OMC LẤY SỎI, DẪN LƯU KEHR.....	50
17. MỞ ỐNG MẬT CHỦ LẤY SỎI ĐƯỜNG MẬT, NỘI SOI TÁN SỎI ĐƯỜNG MẬT.....	54
18. BÓC PHỨC MẠC KÈM THEO CẮT CÁC TẠNG KHÁC	57
19. CẮT U TRUNG THẤT VỪA VÀ NHỎ LỆCH 1 BÊN LÒNG NGỰC.....	61
20. MỞ ỐNG MẬT CHỦ LẤY SỎI ĐƯỜNG MẬT, NỘI SOI ĐƯỜNG MẬT	64
21. PHẪU THUẬT LẤY SỎI SAN HỒ MỞ RỘNG THẬN (BIVALVE) CÓ HẠ THÂN NHIỆT67	
22. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH NIỆU QUẢN BẰNG ĐOẠN RUỘT	70
23. PHẪU THUẬT MỞ RỘNG BÀNG QUANG BẰNG ĐOẠN HÒI TRÀNG	73
24. PHẪU THUẬT CẮT TOÀN BỘ BÀNG QUANG KÈM TẠO HÌNH BÀNG QUANG KIỂU STUDER, CAMEY	76
25. PHẪU THUẬT CẮT TOÀN BỘ BÀNG QUANG, CẮM NIỆU QUẢN VÀO RUỘT.....	80
26. PHẪU THUẬT CẮT TOÀN BỘ TUYẾN TIỀN LIỆT TRONG UNG THƯ TUYẾN TIỀN LIỆT	84
27. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH ĐIỀU TRỊ LỖ TIỂU LỆCH THẤP 1 THÌ	88
28. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT BÀNG QUANG TẬN GỐC.....	93

29. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT BÀNG QUANG TẠO HÌNH BÀNG QUANG QUA Ổ BỤNG	99
30. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TOÀN BỘ TUYẾN TIỀN LIỆT	105
31. PHẪU THUẬT NỘI SOI NẠO HẠCH BÊN HAI BÊN (TRONG UNG THƯ DƯƠNG VẬT)	110
32. PHẪU THUẬT ĐÓNG ĐƯỜNG RÒ DỊCH NÃO TỦY HOẶC THOÁT VỊ TỦY SAU MỔ TỦY SỐNG	113
33. PHẪU THUẬT U NỘI SỌ, VÒM ĐẠI NÃO, XÂM LẤN XOANG TĨNH MẠCH, BẰNG ĐƯỜNG MỞ NẮP SỌ	117
34. PHẪU THUẬT THAY ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG CỔ.....	122
35. PHẪU THUẬT LẤY NHÂN ĐĨA ĐỆM, GHÉP XƯƠNG CỔ ĐỊNH CỘT SỐNG CỔ	127
36. PHẪU THUẬT BẮT VÍT QUA CUỐNG CỘT SỐNG THẮT LƯNG QUA DA	133
37. PHẪU THUẬT CỐ ĐỊNH CỘT SỐNG VÀ HÀN XƯƠNG LIÊN THÂN ĐỐT CỘT SỐNG THẮT LƯNG CÙNG ĐƯỜNG SAU QUA LỖ LIÊN HỢP.....	138
38. ĐIỀU TRỊ CÁC KHỐI U BẰNG VI SÓNG (MICROWAVE).....	142

1. CẮT U TRUNG THẮT

1. ĐẠI CƯƠNG

- Trung thất là khoang được giới hạn phía trên bởi nền cổ, phía dưới bởi cơ hoành, phía sau là cột sống, trước là xương ức, hai bên là màng phổi trung thất. Chia ra trung thất trước, giữa và sau.

- Trong trung thất có nhiều bộ phận quan trọng như tim, các mạch máu lớn, khí quản, thực quản, thần kinh. Một khối u phát triển trong trung thất sẽ gây ra chèn ép hoặc thâm nhiễm vào các bộ phận lân cận.

- Cắt u trung thất nhằm loại bỏ một phần hoặc toàn bộ u, giải phóng chèn ép và tạo điều kiện cho điều trị tia xạ hoặc hóa chất.

2. CHỈ ĐỊNH

Tất cả các loại u trung thất khi đã chẩn đoán xác định đều cần được đặt khả năng phẫu thuật điều trị đầu tiên cho người bệnh.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Mang tính chất tương đối, tùy theo điều kiện từng cơ sở phẫu thuật. Nhìn chung, cần thận trọng chỉ định mô khi có các thông số như sau: nhiều bệnh phối hợp không chịu đựng được phẫu thuật...

4. THẬN TRỌNG

Cần lưu ý khi phẫu thuật cho bệnh nhân có các bệnh lý nền ảnh hưởng đến sức khỏe như rối loạn đông máu, nhiễm trùng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 Bác sĩ phẫu thuật chính.
- 02 Phụ phẫu thuật.
- 01 Dụng cụ viên.
- 01 Điều dưỡng vòng ngoài.
- 01 Bác sĩ gây mê.
- 01 Điều dưỡng phụ mê.

5.2. Thuốc

Thuốc gây mê và hồi sức tim phổi. Hệ thống đo áp lực tĩnh mạch, động mạch, bão hòa ô-xy, điện tim...

5.3. Trang thiết bị

- Dụng cụ phẫu thuật:
- + Bộ dụng cụ mở và đóng xương ức, ngực (cưa xương ức, chỉ thép...)
- + Bộ dụng cụ đại phẫu cho phẫu thuật lồng ngực thông thường.
- Phương tiện gây mê

+ Bộ dụng cụ phục vụ gây mê mô lồng ngực. Các

3. Người bệnh

- Chuẩn bị mô theo quy trình mô lồng ngực (nhất là khâu vệ sinh, tắm rửa, kháng sinh dự phòng). Khám gây mê hồi sức. Giải thích người bệnh và gia đình theo qui định. Hoàn thiện các biên bản pháp lý.

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mô về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.

- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi.

- Điều trị ổn định các bệnh nội khoa như viêm phổi, nhiễm trùng trước khi can thiệp phẫu thuật (trừ trường hợp mô cấp cứu). Truyền máu nếu người bệnh có thiếu máu nhiều.

- Nhịn ăn, thực tháo, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.

- Có thể dùng kháng sinh dự phòng trước mô hoặc không.

5.6. Hồ sơ bệnh án: Hoàn chỉnh hồ sơ bệnh án theo qui định chung của mô lồng ngực (siêu âm, xét nghiệm, x quang ...). Đầy đủ thủ tục pháp lý (biên bản hội chẩn, đóng dấu...).

5.7. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 02 giờ

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Vô cảm và chuẩn bị người bệnh

Gây mê nội khí quản; theo dõi điện tim và bão hoà ô xy liên tục. Đặt các đường đo áp lực động mạch, tĩnh mạch trung ương. Đặt thông tiêu. Đặt tư thế; đánh ngực; sát trùng; trải toan.

6.2. Thực hiện kỹ thuật

- Bước 1: Đặt đường truyền tĩnh mạch: Cần nhiều đường truyền đảm bảo bù khối lượng tuần hoàn cần thiết cho người bệnh khi có biến chứng chảy máu hoặc có can thiệp vào tĩnh mạch chủ trên (bao giờ cũng có một đường truyền lớn ở chi dưới)

- Bước 2: Chọn đường vào (đường mô): Đảm bảo có một phẫu trường rộng cho phép dễ dàng tiếp cận các thương tổn và nhanh chóng xử trí các tai biến có thể xảy ra trong mô:

+ Mở xương ức: Là đường mô áp dụng tốt cho hầu hết các loại u trung thất trước hoặc khi u đã thâm nhiễm và chèn ép các mạch máu lớn

+ Mở ngực: Bên phải hoặc trái, trong trường hợp các u trung thất lớn có thể phải mở rộng đường mô, cắt sườn để xử trí các tổn thương tốt nhất.

- Bước 3: Đánh giá thương tổn

+ Sơ bộ đánh giá ngay trong mô về đại thể (cần thiết gửi giải phẫu bệnh tức thì) xem là u lành hay ác mà có chiến lược mô hợp lý.

- + Đánh giá liên quan của u với các thành phần trong trung thất.
- + U còn nguyên vỏ hay đã vỡ.
- + Khả năng lấy toàn bộ hay một phần u.
- + Có giữ lại được thần kinh không?
- Bước 4: Cầm máu, đặt dẫn lưu. Đóng xương ức và đóng ngực. Kết thúc cuộc mổ.
- Một số điểm cần chú ý
- + Lấy tối đa tổ chức u, mỡ và tổ chức liên kết (có hạch) xung quanh u (nếu là u ác).
- + Cần hết sức lưu ý các thành phần của trung thất.
- + Trong trường hợp các thành phần của trung thất bị thâm nhiễm, có hai khả năng: Lấy bỏ tối đa u để lại phần u và tổ chức thâm nhiễm hoặc lấy bỏ toàn bộ u cùng tổ chức thâm nhiễm sau đó tái tạo lại các thành phần trung thất bị cắt bỏ.
- + Với những u không thể lấy bỏ nên đánh dấu bằng những vật liệu cản quang tạo điều kiện thuận lợi cho chạy xạ hoặc hóa chất.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: đốt điện cầm máu, khâu - buộc cầm máu.
- Tồn thương phổi, màng phổi: xử lý tổn thương nhu mô, đặt dẫn lưu màng phổi.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: băng ép cầm máu, mổ lại cầm máu.
- Tràn dịch, tràn khí màng phổi: theo dõi và thở oxy, có thể đặt dẫn lưu màng phổi hoặc mổ lại xử lý thương tổn.

7.3. Biến chứng muộn

- Nhiễm trùng: thay băng hàng ngày + chăm sóc vết mổ + điều trị kháng sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2016), “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa Chuyên khoa Phẫu thuật Tim mạch-Lồng ngực”, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
2. Quyết định số 3023/QĐ-BYT ngày 28 tháng 7 năm 2023 của Bộ Y tế về việc ban hành Đề cương tài liệu chuyên môn Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh.

2. PHẪU THUẬT TẠO LỖ RÒ ĐỘNG TÍNH MẠCH BẰNG GHÉP MẠCH MÁU

1. ĐẠI CƯƠNG

Ngoài một số nhỏ người bệnh được ghép thận, chạy thận chu kì hiện nay vẫn là phương pháp điều trị cho đại đa số trường hợp suy thận mạn tính giai đoạn cuối. Để duy trì được chất lượng và hiệu quả của chạy thận chu kì, phẫu thuật tạo lỗ rò động tĩnh mạch bằng ghép mạch máu (AVF) ở chi trên gần như là bắt buộc. Đây là phương pháp hiệu quả nhất và thuận tiện nhất cho các người bệnh chạy thận chu kì.

Tùy vào tình trạng bệnh lý, chất lượng mạch máu cũng như số lần phẫu thuật mà có thể chọn 1 trong số nhiều phương pháp để tạo AVF: nối trực tiếp, nối trực tiếp kèm chuyển vị, nông hóa tĩnh mạch ...

2. CHỈ ĐỊNH

Suy thận có chỉ định chạy thận chu kì.

Đang chạy thận chu kì nhưng chưa tạo AVF hoặc AVF đã hỏng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Một số chống chỉ định mang tính chất tương đối:

- Suy tim nặng và có nhiều biến loạn toàn thân hoặc các khối phòng vỡ gây sốc, mất máu nặng, suy đa tạng. Gia đình từ chối phẫu thuật.
- Trang thiết bị hạn chế của các cơ sở ngoại khoa, chi phí phẫu thuật rất lớn so với khả năng kinh tế của nhiều người bệnh.
- Bệnh nhân đang có ổ nhiễm trùng ở các cơ quan khác, bệnh mạn tính nặng.

4. THẬN TRỌNG

Khi chỉ định phẫu thuật khi có các thông số về lâm sàng và cận lâm sàng như sau:

- Suy tim nặng, không đáp ứng hoặc đáp ứng rất chậm với điều trị nội khoa tích cực, hoặc suy tim kéo dài, thể trạng suy kiệt, suy chức năng gan, chức năng thận.
- Chức năng thất trái giảm nặng: trên siêu âm thấy phân suất tống máu (FE) dưới 40%, phân suất co thắt (%D) dưới 25%.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên: Là bác sĩ chuyên khoa phẫu thuật mạch máu và 2 trợ thủ là bác sĩ chuyên khoa ngoại.
- Bác sĩ gây mê nắm được các bước chính và các nguy cơ trong phẫu thuật mạch máu.

5.2. Vật tư

Kẹp mạch máu các loại (Clamps).

Kim chỉ không tiêu đơn sợi 6.0, 7.0, 8.0.

Heparin (tiêm tĩnh mạch).

Mạch nhân tạo có kích cỡ, chủng loại phù hợp.

5.3. Người bệnh

- Thăm dò cận lâm sàng cần thiết: Siêu âm Doppler đánh dấu.
- Các thăm dò đánh giá toàn diện: chức năng tim, mạch vành, mạch chủ bụng, hô hấp, đại đường.

5.4. Hồ sơ bệnh án: Theo quy định của Bộ Y tế.

5.5. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 01 giờ.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Tư thế:

Người bệnh nằm ngửa, bộc lộ chi cần tạo AVF.

6.2. Vô cảm

Tùy vào tính chất, vị trí, phương pháp tạo AVF, chọn 1 trong các phương pháp: tê tại chỗ, tê vùng (đám rối), gây mê toàn thân.

6.3. Thực hiện kỹ thuật

Đường mở: có thể mở ở trên cổ tay, khuỷu hay cánh tay, tùy vào vị trí tạo AVF.

Phẫu tích bộc lộ động mạch (hay làm nhất là động mạch quay trên cổ tay, hoặc có thể là động mạch trụ, động mạch cánh tay), bộc lộ tĩnh mạch (hay làm nhất là tĩnh mạch nền, ngoài ra còn có thể ở tĩnh mạch trụ, tĩnh mạch cánh tay, tĩnh mạch nách).

Mở động mạch, tĩnh mạch ở các vị trí tương ứng với nhau. Sử dụng một trong các phương pháp sau để tạo AVF:

Nối trực tiếp động mạch- tĩnh mạch theo kiểu tận - bên.

Nối trực tiếp động mạch- tĩnh mạch theo kiểu bên- bên.

Nối trực tiếp động mạch- tĩnh mạch theo kiểu tận- tận.

Nối trực tiếp động mạch- tĩnh mạch kèm theo chuyển vị, nông hóa tĩnh mạch (thường sử dụng khi tạo AVF ở cánh tay với các tĩnh mạch ở sâu).

Nối động mạch- tĩnh mạch qua một cầu nối mạch tự thân đi ngầm dưới da. Thường sử dụng phương pháp này khi hệ thống tĩnh mạch 2 tay không còn khả năng sử dụng để tạo AVF tự thân.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng, các chức năng sống, đặc biệt là huyết áp (không quá cao, cũng không quá thấp).

- Chống đông toàn thân (heparin, heparin trọng lượng phân tử thấp: Lovenox, Calciparin...).

Kháng sinh: dự phòng.

+ Tại chỗ

Đánh giá cường độ thổi của AVF.

Dịch máu tại chỗ, qua dẫn lưu: số lượng, tốc độ, màu sắc.

Tụ máu vết mổ.

Theo dõi định kỳ: lâm sàng, Doppler.

7.2. Xử trí

- Chảy máu đỏ qua dẫn lưu hoặc tụ máu lớn tại vết mổ: can thiệp lại cấp cứu, tùy nguyên nhân mà xử lý (thường do lỗi kỹ thuật: chảy máu miệng nối...)

- Tắc mạch hoặc tắc cầu nối sớm: có dấu hiệu thần kinh chỉ điểm và siêu âm Doppler xác định: phẫu thuật lại ngay.

- Tắc mạch đoạn trong sọ (CT Scanner, Doppler): điều trị nội.

- Biến chứng khác:

+ Nhiễm trùng: điều trị kháng sinh, thay băng.

+ Cầu nối không “trưởng thành” (không đủ lưu lượng để chạy thận): nong, làm lại AVF.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2022), “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa Chuyên khoa Phẫu thuật Tim mạch, Cột sống, Chi dưới, Gan mật, Thần kinh, Ung bướu, Trung tâm ghép tạng, Tiêu hóa, Nam học”, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

2. Quyết định số 3023/QĐ-BYT ngày 28 tháng 7 năm 2023 của Bộ Y tế về việc ban hành Đề cương tài liệu chuyên môn Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh.

3. CẮT TOÀN BỘ TUYẾN GIÁP TRONG BƯỚU GIÁP THÔNG BẰNG DAO SIÊU ÂM

1. ĐẠI CƯƠNG

Bướu giáp thông ngực tỷ lệ gặp 3- 20% trong các loại bướu giáp.

Đa số bướu giáp thông trung thất cắt được dễ dàng qua đường cổ. Tuy nhiên một số trường hợp thông sâu phải mở theo đường ngực mới lấy được.

Về chẩn đoán nếu bướu giáp xuống dưới quá xương đòn 3cm được coi là thông ngực, dựa vào:

- XQ ngực thẳng
- CT Scanner cổ-ngực
- Siêu âm tuyến giáp
- Xạ hình tuyến giáp

Về điều trị hiện nay chỉ có duy nhất là phương pháp phẫu thuật. Ở đây chúng tôi trình bày kỹ thuật mổ qua đường cổ và bướu thông 1 bên thùy, thùy còn lại đơn nhân hoặc đa nhân chiếm gần hết tổ chức thùy tuyến.

2. CHỈ ĐỊNH:

Tất cả các trường hợp được chẩn đoán bướu thông ngực 1 bên và thùy còn lại đơn nhân hoặc đa nhân chiếm gần hết tổ chức thùy tuyến.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Cường giáp
- Đang có bệnh nội khoa khác không có khả năng gây mê

4. THẬN TRỌNG

Cần lưu ý khi phẫu thuật cho bệnh nhân có các bệnh lý nền ảnh hưởng đến sức khỏe như rối loạn đông máu hoặc nhiễm trùng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 1 bác sĩ phẫu thuật
- 2 bác sĩ phụ mổ
- 1 bác sĩ gây mê
- 1 kỹ thuật viên gây mê
- 1 điều dưỡng dụng cụ
- 1 điều dưỡng ngoài
- 1 hộ lý

5.2. Trang thiết bị

- + Máy gây mê

+ Dao điện, dao siêu âm

+ Dụng cụ mổ

5.3. Người bệnh

- Chuẩn bị người bệnh trước mổ: vào viện trước, tối dùng thuốc an thần, giải thích và ký cam kết trước mổ, vẽ cổ trước khi mổ.

- Khám và giải thích về bệnh tình cho người bệnh và người nhà người bệnh

- Làm các xét nghiệm cơ bản trước mổ

5.4. Hồ sơ bệnh án: Làm hồ sơ bệnh án theo mẫu quy định chung của Bộ Y tế

5.5. Kiểm tra hồ sơ:

- Kiểm tra người bệnh: Đánh giá chính xác người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

5.6. Thời gian thực hiện: Tối thiểu 120 phút trở lên

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

- **Gây mê:** Gây mê toàn thân có đặt nội khí quản hoặc gây tê đám rối cổ nông nếu chống chỉ định đặt nội khí quản.

- Tư thế người bệnh:

+ Nằm ngửa

+ Hai tay để dạng

+ Cổ ưỡn

+ Độn gối dưới 2 vai

- Vị trí phẫu thuật viên và phụ:

+ Phẫu thuật viên đứng cùng bên với thùy cần phẫu thuật

+ Phụ 1: Đứng đối diện với phẫu thuật viên

+ Phụ 2 đứng cùng phía với phụ 1

+ Dụng cụ viên: đứng phía sau phẫu thuật viên

- Đường rạch da:

+ Được xác định khi người bệnh ở tư thế ngồi.

+ Vị trí ở trên hõm ức 1 cm, tốt nhất là trùng với nếp da.

+ Hướng đường mổ cong lên trên.

- Các thì trong phẫu thuật:

Thì 1 - Rạch da và bóc lộ tuyến:

- Rạch da qua lớp cơ bám da cổ, ngay phía trên các tĩnh mạch cổ trước trên lớp nông của cân cổ sâu.

- Tách vạt da: theo lớp vô mạch
- + Lên trên tới sụn giáp
- + Xuống dưới tới hõm ức.
- Tách đường giữa vén sang 2 bên đi vào tuyến giáp. Trong trường hợp bướu lớn có thể cắt cơ ức giáp, cơ ức móng
- Đi vào tuyến giáp theo đường bên (không đi theo đường giữa) là đường dọc theo bờ trước của cơ ức đòn chũm. Tách theo cân bọc cơ, từ dưới lên trên dọc theo chiều dài của cơ.
- Tách cơ vai - móng:
- Tách dọc cơ ức giáp: Theo thớ dọc của cơ bằng dao điện. Ngay phía dưới cơ là thùy tuyến giáp.
- Sau khi bộc lộ tới mặt trước của tuyến dùng kẹp cầm máu loại nhỏ phẫu tích tuyến giáp khỏi các thành phần xung quanh như: Cơ ức giáp, ức móng ở mặt bên, động mạch cảnh ở mặt sau.

Thì 2 - Xử lý thương tổn:

- Sử dụng dao siêu âm để bóc tách, cầm máu hay cắt tổ chức
- Phẫu tích cực trên:
 - + Dùng kẹp cầm máu cặp nhẹ vào cực trên dùng kẹp cầm máu khác tách tuyến khỏi khí quản, đốt và cắt các mạch máu.
 - + Tiếp tục phẫu tích lên phía trên tới khi quan sát thấy động mạch giáp trên. Đối với động mạch giáp trên dùng kẹp cầm máu cặp cắt và buộc mạch máu.
- Phẫu tích cực dưới:
 - + Dùng kẹp cầm máu cặp nhẹ vào cực dưới của bướu thòng kéo nhẹ thùy tuyến lên phía trên, thường là tổ chức u nên phải thận trọng bởi vì nếu cặp thì rất dễ làm vỡ u dẫn đến chảy máu khó cầm gây khó khăn cho quá trình bóc tách. Đốt tách các mạch máu để đưa bướu dần lên phía trên, đôi khi phải dùng trợ giúp của ngón tay
 - + Khi phần thòng đã bật lên thì lật thùy tuyến ra trước, vào phía giữa để bộc lộ phía sau bên của thùy. Bóc tách tiếp mặt sau bên, thành sau của thùy tuyến.
 - Tách toàn bộ phần sau ngoài của thùy sau đó xác định dây chằng Berry. Dùng dao siêu âm cắt dây chằng Berry. Đây là thì khó nhất của cắt thùy tuyến giáp. Tiếp tục phẫu tích về phía eo tuyến để cắt bỏ eo tuyến. Sau đó cắt thùy tuyến lấy bướu thòng.

- Phẫu tích và cắt thùy còn lại như cắt bướu nhân thông thường

Thì 3 - Đóng vết mổ khâu da:

Không cần khâu lại các cơ. Tổ chức dưới da khâu lại mũi rời bằng chỉ tiêu (vicryle 3/0). Da khâu bằng chỉ luôn tự tiêu dưới da.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Chảy máu
- Nói khàn
- Tê tay chân - Con tetani
- Khó thở
- Nhiễm trùng

7.2. Xử trí tai biến

- Chảy máu: mở vết mổ cầm máu lại
- Nói khàn: Chống phù nề - corticoid - vitamin 3B
- Tê tay chân - Con tetani: Calciclorid tiêm tĩnh mạch
- Khó thở:
 - + Thở oxy
 - + Mở khí quản
- Nhiễm trùng: Kháng sinh, chống phù nề.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quyết định 1119/QĐ-BYT ngày 05 tháng 04 năm 2013 hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành nội tiết
2. Bộ Y tế (2016), “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa Chuyên khoa Phẫu thuật Tim mạch-Lồng ngực”, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
3. Quyết định số 3023/QĐ-BYT ngày 28 tháng 7 năm 2023 của Bộ Y tế về việc ban hành Đề cương tài liệu chuyên môn Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh.

4. CẮT TOÀN BỘ TUYẾN GIÁP TRONG BUỚU GIÁP KHỔNG LỒ BẰNG ĐAO SIÊU ÂM

1. ĐẠI CƯƠNG

- Bướu giáp khổng lồ hay gặp trong các loại bướu giáp.
- Bướu giáp to từ độ III trở đi (phân loại theo WHO) được coi là khổng lồ kèm theo biến dạng cổ.
- Về chẩn đoán bướu giáp khổng lồ hiện nay chủ yếu dựa vào:
 - + Lâm sàng: Nhìn thấy bướu rất to ở vùng trước cổ gây biến dạng cổ
 - + Siêu âm vùng cổ
 - + CT Scanner
- Về điều trị hiện nay chỉ có duy nhất là phương pháp phẫu thuật.
- Trong bài này nói về bướu giáp khổng lồ cả 2 thùy.

2. CHỈ ĐỊNH

Tất cả các trường hợp được chẩn đoán bướu giáp khổng lồ 2 bên thùy

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Viêm giáp, cường giáp
- Đang có bệnh nội khoa khác không có khả năng gây mê

4. THẬN TRỌNG

Cần lưu ý khi phẫu thuật cho bệnh nhân có các bệnh lý nền ảnh hưởng đến sức khỏe như rối loạn đông máu hoặc nhiễm trùng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 1 bác sĩ phẫu thuật
- 1 bác sĩ gây mê
- 2 bác sĩ phụ mổ
- 1 kỹ thuật viên gây mê
- 1 điều dưỡng dụng cụ
- 1 điều dưỡng ngoài
- 1 hộ lý

5.2. Trang thiết bị

- Máy gây mê
- Dao điện, dao siêu âm
- Dụng cụ mổ

5.3. Người bệnh

- Chuẩn bị người bệnh trước mổ: vào viện trước, tối dùng thuốc an thần, giải thích và ký cam kết trước mổ, vẽ cỏ trước khi mổ.

- Khám và giải thích về bệnh tình cho người bệnh và người nhà người bệnh

- Làm các xét nghiệm cơ bản trước mổ

5.4. Hồ sơ bệnh án: Làm hồ sơ bệnh án theo mẫu quy định chung của Bộ Y tế

5.5. Hồ sơ bệnh án: Làm hồ sơ bệnh án theo mẫu quy định chung của Bộ Y tế

5.6. Kiểm tra hồ sơ:

- Kiểm tra người bệnh: Đánh giá chính xác người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

5.7. Thời gian thực hiện: Tối thiểu 120 phút trở lên

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

- **Gây mê:** Gây mê toàn thân có đặt nội khí quản.

- **Tư thế người bệnh:**

+ Nằm ngửa

+ Hai tay để dạng

+ Cổ uốn

+ Độn gối dưới 2 vai

- **Vị trí phẫu thuật viên và phụ:**

+ Phẫu thuật viên đứng cùng bên với thùy cần phẫu thuật

+ Phụ 1: Đứng đối diện với phẫu thuật viên

+ Phụ 2 đứng cùng phía với phụ 1

- Dụng cụ viên: đứng phía sau phẫu thuật viên

- **Đường rạch da:**

+ Được xác định khi người bệnh ở tư thế ngồi.

+ Vị trí ở trên hõm ức 1 cm, tốt nhất là trùng với nếp da.

+ Hướng đường mổ cong lên trên.

- **Các thì trong phẫu thuật:**

Thì 1 - Rạch da và bộc lộ tuyến:

- Rạch da qua lớp cơ bám da cổ, ngay phía trên các tĩnh mạch cổ trước trên lớp nông của cân cổ sâu. Thường rạch da rộng vì bướu to. Có thể lấy một phần da nếu bướu quá to, nếu để sẽ thừa da sau khi cắt tuyến

- Tách vạt da: theo lớp vô mạch

+ Lên trên tới sụn giáp

- + Xuông dưới tới hõm ức.
- Tách đường giữa vén sang 2 bên đi vào tuyến giáp.
- Đi vào tuyến giáp theo đường bên (không đi theo đường giữa) là đường dọc theo bờ trước của cơ ức đòn chũm. Tách theo cân bọc cơ, từ dưới lên trên dọc theo chiều dài của cơ.
- Tách cơ vai - móng:
- Tách dọc cơ ức giáp: Theo thớ dọc của cơ bằng dao điện. Ngay phía dưới cơ là thùy tuyến giáp.
- Sau khi bóc lộ tới mặt trước của tuyến dùng kẹp cầm máu loại nhỏ phẫu tích tuyến giáp khỏi các thành phần xung quanh như: Cơ ức giáp, ức móng ở mặt bên, động mạch cảnh ở mặt sau.

Thì 2 - Xử lý thương tổn:

- Sử dụng dao siêu âm để bóc tách, cầm máu hay cắt tổ chức (Vì tuyến rất lớn cho nên có thể buộc kẹp mạch máu vào tuyến)
- Phẫu tích cực trên:
 - + Dùng kẹp cầm máu cặp nhẹ vào cực trên dùng kẹp cầm máu khác tách tuyến khỏi khí quản, đốt và cắt các mạch máu.
 - + Tiếp tục phẫu tích lên phía trên tới khi quan sát thấy động mạch giáp trên. Đối với động mạch giáp trên dùng kẹp cầm máu cặp cắt và buộc mạch máu.
- Phẫu tích cực dưới:
 - + Dùng kẹp cầm máu cặp nhẹ vào cực dưới của bướu kéo nhẹ thùy tuyến lên phía trên, thường là tổ chức u nên phải thận trọng bởi vì nếu cặp thì rất dễ làm vỡ u dẫn đến chảy máu khó cầm gây khó khăn cho quá trình bóc tách.
 - + Tiếp tục kéo tuyến lên trên và vào trong để bóc tách tiếp mặt sau bên cực dưới của thùy.
 - Đối với bướu khổng lồ, đôi khi mạch máu rất lớn dao siêu âm khó đốt cầm máu do đó phải cặp cắt và buộc
- Tách thành sau của thùy tuyến
- Tách toàn bộ phần sau ngoài của thùy sau đó xác định dây chằng Berry. Dùng dao siêu âm cắt dây chằng Berry. Đây là thì khó nhất của cắt thùy tuyến giáp. Tiếp tục phẫu tích về phía eo tuyến để cắt bỏ eo tuyến. Sau đó cắt hết thùy.
- Phẫu tích và cắt thùy còn lại như cắt thùy nêu trên.
- Đặt dẫn lưu tại chỗ

Thì 3 - Đóng vết mổ khâu da:

Không cần khâu lại các cơ. Tổ chức dưới da khâu lại mũi rìi bằng chỉ tiêu (vicryle 3/0). Da khâu bằng chỉ luôn tự tiêu dưới da.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Chảy máu
- Nói khàn
- Tê tay chân - Con tetani
- Khó thở
- Nhiễm trùng

7.2. Xử trí tai biến

- Chảy máu: mở vết mổ cầm máu lại
- Nói khàn: Chống phù nề - corticoid - vitamin 3B
- Tê tay chân - Con tetani: Calciclorid tiêm tĩnh mạch
- Khó thở:
 - + Thở ôxy
 - + Mở khí quản
- Nhiễm trùng: Kháng sinh, chống phù nề.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quyết định 1119/QĐ-BYT ngày 05 tháng 04 năm 2013 hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành nội tiết.
2. Bộ Y tế (2016), “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa Chuyên khoa Phẫu thuật Tim mạch-Lồng ngực”, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
3. Quyết định số 3023/QĐ-BYT ngày 28 tháng 7 năm 2023 của Bộ Y tế về việc ban hành Đề cương tài liệu chuyên môn Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh.

5. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ CHẤN THƯƠNG, VẾT THƯƠNG MẠCH MÁU NGOẠI VI Ở TRẺ EM

1. ĐẠI CƯƠNG

- Là phẫu thuật mạch máu khó do mạch nhỏ, hiện tượng co thắt mạch nặng nề.
- Khó khăn trong gây mê hồi sức do người bệnh không hợp tác, luôn cần gây mê
- Mạch máu tổn thương cần được xử lý để phục hồi lại lưu thông mạch máu.

2. CHỈ ĐỊNH

- Vết thương mạch máu đang chảy máu.
- Chấn thương, vết thương mạch máu có biểu hiện thiếu máu cấp tính chi.
- Các chấn thương, vết thương cũ có biểu hiện thiếu máu mạn tính.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Có dấu hiệu thiếu máu không hồi phục.
- Người bệnh thiếu máu ở giai đoạn muộn, nguy cơ hội chứng tái tưới máu cao có thể ảnh hưởng đến tính mạng (đặc biệt mạch máu lớn).

4. THẬN TRỌNG

Cần lưu ý khi phẫu thuật cho bệnh nhân có rối loạn đông máu hoặc nhiễm trùng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện: gồm 2 kíp

- 1 phẫu thuật viên chuyên khoa tim mạch
- 1 đến 2 phụ mổ.
- 1 bác sĩ gây mê.
- 1 kỹ thuật viên gây mê.
- 1 dụng cụ viên.
- 1 điều dưỡng ngoài.

5.2. Trang thiết bị

- Dụng cụ phẫu thuật: Bộ dụng cụ phẫu thuật mạch máu.
- Dao điện.
- Phương tiện gây mê: Trẻ em cần gây mê nội khí quản.

5.3. Người bệnh:

Chuẩn bị mổ theo quy trình mổ cấp cứu.

Làm các xét nghiệm cơ bản trước mổ.

Giải thích người bệnh và gia đình theo quy định. Hoàn thiện các biên bản pháp lý.

5.4. Hồ sơ bệnh án:

- Hoàn chỉnh hồ sơ bệnh án theo quy định chung của phẫu thuật (siêu âm, xét nghiệm, x quang ...). Đầy đủ thủ tục pháp lý (xác nhận cấp cứu của bác sỹ trực trưởng tua, lãnh đạo...). Có thể hoàn thành các bước này sau nếu người bệnh tới cấp cứu.

- Các xét nghiệm cần thiết bao gồm:

- + X-quang ngực thẳng
- + Nhóm máu
- + Công thức máu toàn bộ
- + Chức năng đông máu cầm máu toàn bộ
- + Xét nghiệm đánh giá chức năng gan, thận
- + Điện giải đồ
- + Xét nghiệm nước tiểu

5.5. Hồ sơ bệnh án: đầy đủ theo quy định (hành chính, chuyên môn, pháp lý).

5.6. Kiểm tra hồ sơ:

- Kiểm tra người bệnh: Đánh giá chính xác người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

5.6. Thời gian thực hiện: Tối thiểu 120 phút trở lên

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- **Vô cảm và chuẩn bị người bệnh:** Gây mê nội khí quản; theo dõi huyết áp và điện tim. Đặt thông tiểu, theo dõi huyết áp liên tục trong các trường hợp người bệnh nặng, mất máu nhiều. Đặt tư thế phù hợp với vị trí mạch máu tổn thương; sát trùng; trải toan.

Tư thế cụ thể:

- + Với ĐM nách: nằm nghiêng 90^0 , tay treo vuông góc với thân mình.
- + Với ĐM cánh tay, quay, trụ: người bệnh nằm ngửa, tay để vuông góc với thân mình.
- + Với ĐM khoeo: Gối gấp 135^0 và có kê gối (Bio) dưới gối.
- + Với ĐM khác của chi dưới: nằm ngửa.

- **Kỹ thuật:**

+ Phẫu thuật mạch máu được tiến hành sau phẫu thuật cấp cứu kết hợp xương trong các trường hợp chấn thương mạch máu theo cơ chế gián tiếp (Gãy xương gây tổn thương mạch).

+ Rạch da theo đường đi của mạch máu (Theo đường định hướng của các mạch cụ thể). Có thể đường vào theo vết thương có sẵn nếu thuận lợi.

+ Bộc lộ động mạch ở trên và dưới vị trí bị tổn thương để kiểm soát chảy máu là lý tưởng nhất, trong trường hợp mạch máu còn đang chảy, kết hợp cầm máu trong mô bằng ép tại chỗ hoặc garo.

+ Heparin toàn thân liều 50-100UI/kg.

+ Kẹp mạch máu trên và dưới tổn thương.

+ Phục hồi lưu thông mạch máu theo các kỹ thuật sau đây (lưu ý sử dụng chỉ tiêu và khâu mũi rời):

o Nối trực tiếp mạch máu

o Ghép đoạn/ vá mạch tổn thương bằng TM hiển đảo chiều (có thể dùng TM đuôi nông hoặc động mạch chậu trong)

o Ghép đoạn/vá mạch tổn thương bằng mạch nhân tạo

+ Đặt dẫn lưu trong trường hợp cần thiết.

+ Đóng các vết mổ, kết thúc phẫu thuật.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:

- Nhịp tim, mạch, huyết áp trong suốt quá trình phẫu thuật và hậu phẫu.

- Cho kháng sinh điều trị dự phòng nhiễm khuẩn; truyền máu và các dung dịch thay thế máu ... tùy theo tình trạng huyết động và các thông số xét nghiệm.

- Cho thuốc chống đông (heparin) ngay sau 6 - 8 giờ đầu sau mổ, nếu hết nguy cơ chảy máu.

7.2. Xử trí tai biến:

- Chảy máu: điều chỉnh đông máu. Chỉ định mổ lại cầm máu cấp cứu nếu máu phun thành tia qua vết mổ, có khối máu tụ lớn, có rối loạn huyết động.

- Tắc mạch sau mổ: Do không xử lý hết (bỏ sót) tổn thương, kỹ thuật khâu phục hồi lưu thông mạch hoặc sử dụng thuốc chống đông chưa hợp lý. Chỉ định mổ lại phục hồi lưu thông mạch.

- Hội chứng tái tưới máu: Mở cân vùng bị thiếu máu, cắt lọc các vùng cơ hoại tử, trong trường hợp nặng cần xem xét cắt cụt chi sớm.

- Nhiễm trùng: Có thể tại chỗ hoặc toàn thân, xử trí từ nhẹ đến nặng bao gồm cắt chỉ cách quãng, mổ lại, thắt mạch hoặc cắt cụt.

- Các biến chứng của đông máu (tăng hoặc giảm đông): điều chỉnh thuốc chống đông.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quyết định 5732/QĐ-BYT ngày 05 tháng 04 năm 2017 hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên khoa phẫu thuật tim mạch – lồng ngực.

2. Quyết định số 3023/QĐ-BYT ngày 28 tháng 7 năm 2023 của Bộ Y tế về việc ban hành Đề cương tài liệu chuyên môn Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh.

6. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ VẾT THƯƠNG - CHẤN THƯƠNG ĐỘNG - TĨNH MẠCH CHỦ, MẠCH TẠNG, MẠCH THẬN

1. ĐẠI CƯƠNG

Chấn thương, vết thương của động mạch chủ (ĐMC), tĩnh mạch chủ, mạch tạng mạch thận là những tổn thương nặng, gây mất máu, suy tạng cấp có thể đe dọa tới tính mạng ngay lập tức.

Nguyên nhân của tổn thương do người bệnh bị đâm bằng vật sắc nhọn hoặc hỏa khí, hoặc va đập bởi vật tù, tai nạn giao thông.

Đây là những phẫu thuật tối cấp cứu, cần được phẫu thuật ngay lập tức sau khi có chẩn đoán xác định.

2. CHỈ ĐỊNH

Tất cả các trường hợp được chẩn đoán xác định chấn thương, vết thương động-tĩnh mạch chủ, động tĩnh mạch thận, mạch tạng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối.

Chống chỉ định tương đối:

Tình trạng người bệnh khi vào viện quá nặng: sốc, mạch huyết áp không đo được, đồng tử hai bên giãn hết.

Người bệnh quá già yếu, hoặc đang có các bệnh toàn thân nặng khác phối hợp (suy tim nặng, bệnh ác tính ...)

Gia đình từ chối phẫu thuật.

4. THẬN TRỌNG

Cần lưu ý khi phẫu thuật cho bệnh nhân có các bệnh lý nền ảnh hưởng đến sức khỏe như rối loạn đông máu hoặc nhiễm trùng

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

1 phẫu thuật viên chuyên khoa tim mạch

1-2 phụ mổ.

1 bác sĩ gây mê.

1 kỹ thuật viên gây mê.

1 dụng cụ viên và 1 điều dưỡng vòng ngoài chuyên khoa tim mạch.

Kíp tuần hoàn ngoài cơ thể (dự trữ): 1 bác sĩ – 1 kỹ thuật viên.

5.2. Thuốc

Các thuốc gây mê và hồi sức tim mạch. Thuốc chống đông Heparin.

5.3. Vật tư

Các loại mạch nhân tạo, keo sinh học, dải đệm tăng cường miệng nối, theo dõi bão hòa oxy não ...

5.4. Trang thiết bị

- Một số dụng cụ đặc thù cho phẫu thuật ĐMC như: kẹp ĐMC dài, ti-tan, các loại kẹp ĐMC thẳng, gấp góc ...

- Bóng để “cặp trong” ĐMC bụng trên thận.

- Dụng cụ của bộ phẫu thuật ổ bụng.

- Máy tuần hoàn ngoài cơ thể

5.5. Người bệnh

Chuẩn bị người bệnh theo quy định chung của đại phẫu mạch máu, tim hở.

5.6. Hồ sơ bệnh án: hồ sơ bệnh án theo quy định chung.

5.7. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 05 giờ.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Tư thế

Nghiêng 1 bên 90 độ, gối độn dưới ngực: tổn thương ở ĐMC ngực.

Ngửa hoặc nghiêng 1 bên- gối độn dưới lưng: tổn thương ở ĐMC bụng, mạch thận, tạng.

Ngửa- gối độn dưới vai: tổn thương ở ĐMC lên- quai ĐMC.

6.2. Vô cảm

Gây mê nội khí quản toàn thân. Xẹp phổi 1 bên nếu phải mở ngực (cho vết thương, chấn thương mạch chủ ngực)

6.3. Thực hiện kỹ thuật

Đường mở:

Giữa xương ức: tổn thương ở ĐMC lên, quai ĐMC.

Ngực: sau bên, khoang liên sườn 5, cho tổn thương ở ĐMC ngực xuống.

Giữa trên và dưới rốn hoặc đường mở sườn – thắt lưng: tổn thương ở ĐMC bụng, thận, tạng.

Thiết lập tuần hoàn ngoài cơ thể: Heparin toàn thân. Có thể sử dụng đường ống động mạch- tĩnh mạch theo đường trung tâm (ĐMC, nhĩ phải) hoặc đường ngoại vi (động- tĩnh mạch đùi, nách) tùy vị trí và mức độ nặng của người bệnh. Có thể sử dụng tuần hoàn ngoài cơ thể để hỗ trợ (không ngừng tim) hoặc ngừng tim hoàn toàn. Đây là tình huống thường được sử dụng khi tổn thương ở vị trí ở ĐMC ngực hoặc tĩnh mạch chủ trong màng tim.

Xử lý thương tổn: Bộc lộ vị trí chấn thương vết thương mạch. Kiểm soát các mạch máu tổn thương bằng dụng cụ kẹp hoặc bóng “kẹp trong”. Tùy tình trạng tổn thương mà áp dụng các kỹ thuật xử lý sau:

Tổn thương nhỏ, thành mạch tốt: cắt nối, khâu trực tiếp.

Tồn thương rộng, phức tạp, thành mạch nát: Cắt bỏ đoạn mạch, thay thế bằng mạch nhân tạo hoặc mạch tự thân có kích cỡ phù hợp. Hoặc có thể khâu thắt đầu trung tâm của mạch (tạng), thực hiện các cầu nối đến đầu mạch ngoại vi để cấp máu cho các tạng.

Cầm máu. Rút bỏ hệ thống tuần hoàn ngoài cơ thể (nếu sử dụng).

Đặt dẫn lưu. Đóng đường mổ theo giải phẫu.

7. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

Huyết động, tình trạng toàn thân (hô hấp, ý thức, nước tiểu, nhiễm trùng)

Hệ thống dẫn lưu và chảy máu: mức độ chảy máu qua hệ thống dẫn lưu, số lượng, màu sắc, mức độ thông thoáng của hệ thống dẫn lưu.

Tình trạng lưu thông của hệ thống mạch máu: bắt mạch, theo dõi nhiệt độ, màu sắc, tình trạng bóp cơ.

Tình trạng cấp máu các tạng ổ bụng: mức độ đau phản ứng thành bụng, màu sắc, số lượng nước tiểu, chức năng gan.

Tình trạng tưới máu não, tủy sống: ý thức, triệu chứng thần kinh khu trú ..

7.2. Xử lý

Chảy máu: Nếu ít không cần xử lý, mức độ vừa bù máu, chế phẩm cầm máu. Nếu chảy máu ngoại khoa, dẫn lưu ra nhiều, ảnh hưởng huyết động: mổ lại cầm máu.

Tắc mạch cấp ảnh hưởng tới tưới máu tạng, chi: mổ cấp cứu lưu thông mạch.

Viêm phúc mạc, cảm ứng phúc mạc: mổ lại xử lý nguyên nhân.

Liệt tủy: chọc dẫn lưu tủy sống.

Nhiễm trùng: điều trị kháng sinh.

Xẹp phổi: lý liệu pháp hô hấp tích cực

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quyết định số 11/QĐ-BYT ngày 04 tháng 01 năm 2022 Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa Chuyên khoa Phẫu thuật Tim mạch, Cột sống, Chi dưới, Gan mật, Thần kinh, Ung bướu, Trung tâm ghép tạng, Tiêu hóa, Nam học.

2. Quyết định số 3023/QĐ-BYT ngày 28 tháng 7 năm 2023 của Bộ Y tế về việc ban hành Đề cương tài liệu chuyên môn Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh.

7. PHẪU THUẬT CẮT MỘT PHẦN THÙY PHỔI, CẮT PHỔI KHÔNG ĐIỂN HÌNH DO BỆNH LÝ

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật nội soi lồng ngực (PTNSLN) là phẫu thuật xâm nhập tối thiểu với sự trợ giúp của màn hình video và các dụng cụ nội soi chuyên dụng.

PTNSLN cắt một thùy có những ưu điểm hơn so với phẫu thuật mở như: đường rạch da nhỏ, không banh xương sườn, người bệnh ít đau sau mổ hơn, thẩm mỹ hơn, thời gian nằm viện ngắn hơn.

2. CHỈ ĐỊNH

Bệnh phổi lành tính: Đối với các bệnh lý phổi lành tính, PTNSLN cắt thùy phổi được chỉ định trong các bệnh lý phổi như: bệnh giãn phế quản, kén khí phổi cắt một thùy phổi, hay một số u phổi lành tính kích thước nhỏ dưới 6cm.

Ung thư phổi thứ phát: Người bệnh có u phổi do ung thư từ nơi khác di căn đến thường được chỉ định cắt bỏ khối u, tuy nhiên trong những trường hợp u không ở sâu, có thể cắt không điển hình, cần phải cắt phổi thùy không điển hình điều trị hỗ trợ, PTNSLN là một lựa chọn.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Mang tính chất tương đối, tùy theo điều kiện từng cơ sở phẫu thuật. Nhìn chung, cần thận trọng chỉ định mổ khi có các thông số như sau:

Người bệnh có phổi bên đối diện thương tổn mà không thể tiến hành thông khí một phổi.

Có các bệnh toàn thân nặng như: đang có ô nhiễm trùng cơ quan khác, bệnh mãn tính nặng, bệnh máu, phổi dính nhiều không thể tạo không gian cho phẫu thuật nội soi...

4. THẬN TRỌNG

Cần lưu ý khi phẫu thuật cho bệnh nhân có các bệnh lý nền ảnh hưởng đến sức khỏe như rối loạn đông máu hoặc nhiễm trùng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện: gồm 3 kíp

- Kíp phẫu thuật: phẫu thuật viên chuyên khoa tim mạch, 2 trợ thủ, 1 dụng cụ viên và 1 chạy ngoài chuyên khoa tim mạch.

- Kíp gây mê chuyên khoa tim: bác sĩ gây mê và 1-2 trợ thủ.

- Kíp vận hành kỹ thuật (nếu có trực trực xảy ra với hệ thống máy nội soi).

5.2. Trang thiết bị

- Dụng cụ phẫu thuật:

+ Bộ dụng cụ mở và đóng ngực (banh sườn, chỉ xiết sườn ...)

+ Bộ dụng cụ đại phẫu cho phẫu thuật lồng ngực thông thường (chuẩn bị).

+ Các dụng cụ chuyên dụng cho phẫu thuật nội soi nói chung (ống kính nội soi 300, kẹp, ống hút rửa...) và phẫu thuật nội soi lồng ngực nói riêng (trocart nội soi, kẹp phổi, dụng cụ khâu cắt tự động mạch máu và nhu mô phổi ...).

- Phương tiện nội soi:

+ Hệ thống máy nội soi của Karl – Storz.

+ Hệ thống đốt điện Valleylab.

+ Các dụng cụ cắt tự động (endoGIA) cho mạch máu và cho cắt phế quản, nhu mô phổi; clip cặp mạch máu ...

- Phương tiện gây mê: Bộ dụng cụ phục vụ gây mê mổ ngực. Các thuốc gây mê và hồi sức tim mạch. Ống nội khí quản hai nòng (Carlens)...

5.3. Người bệnh: Chuẩn bị mổ theo quy trình mổ ngực (nhất là khâu vệ sinh, kháng sinh dự phòng). Khám gây mê hồi sức. Giải thích người bệnh và gia đình theo qui định. Hoàn thiện các biên bản pháp lý.

5.4. Hồ sơ bệnh án: Hoàn chỉnh hồ sơ bệnh án theo qui định chung của mổ tim hở (siêu âm, xét nghiệm, Xquang ...). Đầy đủ thủ tục pháp lý (biên bản hội chẩn, đóng dấu ...).

5.5. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 02 – 04 giờ.

5.6. Kiểm tra hồ sơ

- Kiểm tra hồ sơ: đầy đủ theo qui định (hành chính, chuyên môn, pháp lý).

- Kiểm tra người bệnh: đúng người (tên, tuổi ...), đúng bệnh.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

- Tư thế người bệnh, đường mổ nhỏ và các vị trí đặt trocart.

- Người bệnh nằm nghiêng 90 độ sang bên đối diện, độn 1 gối ngang ngực.

- Mở ngực nhỏ trước- bên qua khoang gian sườn V (rạch da dưới 5cm) vào khoang màng phổi. Trocart cho ống kính nội soi vào khoang gian sườn VII nách giữa, trocart dụng dụng dưới mỏm xương bả vai khoảng 3cm.

- Vào khoang màng phổi, xếp phổi bên tổn thương.

Xác định thương tổn và đánh giá toàn bộ thương tổn cùng liên quan của thương tổn với các thùy phổi còn lại, hệ thống hạch, màng phổi...

- Vô cảm và chuẩn bị người bệnh

- Gây mê nội khí quản 2 nòng; theo dõi điện tim và bão hoà ôxy mao mạch (SpO2) liên tục. Đặt 2 đường truyền tĩnh mạch trung ương và ngoại vi. Thở máy có ôxy hỗ trợ 100%. Đặt thông tiểu. Đặt tư thế; đánh ngực; sát trùng; trải toan.

- Thực hiện kỹ thuật:

+ Cặp, cắt và khâu phần nhu mô phổi có kèm theo tổn thương cần điều trị cắt bỏ bằng dụng cụ stapler phổi.

+ Phòng phổi để kiểm tra sự toàn vẹn của phần phổi còn lại.

+ Lấy bệnh phẩm bằng túi chuyên dụng gửi giải phẫu bệnh.

+ Kiểm tra độ kín của diện cắt nhu mô phổi còn lại: Đổ huyết thanh vô khuẩn vào khoang màng phổi và phòng phổi kiểm tra (nếu còn xì khí qua mồm cắt thì cần phải khâu lại ngay). Chú ý kiểm tra chảy máu của diện cắt.

+ Cầm máu, bơm rửa ngực và đặt hai dẫn lưu silicon vào khoang màng phổi (phía trước và phía sau) đồng hút liên tục dẫn lưu ngay sau đặt phòng tắc do máu cục.

+ Đóng đường mổ nhỏ và các lỗ trocar sau khi đã nở phổi tốt.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Xét nghiệm khí máu, điện giải, chức năng gan thận, công thức máu, hematocrit ngay sau khi về phòng hồi sức được 15- 30 phút. Chụp Xquang ngực tại giường.

- Huyết động liên tục (trên monitoring), hô hấp, dẫn lưu, nước tiểu 30 phút - 1 giờ/ 1 lần, trong 24 giờ đầu hoặc lâu hơn tùy tình trạng huyết động.

- Cho kháng sinh điều trị dự phòng nhiễm khuẩn, thuốc trợ tim, lợi tiểu, giảm đau; truyền máu và các dung dịch thay thế máu ... tùy theo tình trạng huyết động và các thông số xét nghiệm.

- Lí liệu pháp hô hấp ngay từ ngày đầu sau mổ.

7.2. Xử trí tai biến

- Chảy máu sau mổ: điều chỉnh đông máu. Chỉ định mổ lại cầm máu cấp cứu nếu chảy >100 ml/giờ + rối loạn huyết động; hoặc >200 ml/giờ trong 3 giờ liên.

- Xẹp phổi sau mổ: do người bệnh không thở tốt và bí tắc đờm rãi sau mổ. Lâm sàng người bệnh khó thở, sốt, nghe rì rào phế nang giảm; Xquang có hình ảnh xẹp phổi. Cần phải giảm đau tốt cho người bệnh, kháng sinh toàn thân, người bệnh cần ngồi dậy sớm, vỗ rung và ho khạc đờm rãi. Nếu cần có thể soi hút phế quản.

- Tràn dịch màng phổi sau mổ phát hiện bằng chụp phim Xquang, điều trị bằng chọc hút khoang màng phổi, tập thở tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quyết định số 11/QĐ-BYT ngày 04 tháng 01 năm 2022 Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa Chuyên khoa Phẫu thuật Tim mạch, Cột sống, Chi dưới, Gan mật, Thần kinh, Ung bướu, Trung tâm ghép tạng, Tiêu hóa, Nam học.

2. Quyết định số 3023/QĐ-BYT ngày 28 tháng 7 năm 2023 của Bộ Y tế về việc ban hành Đề cương tài liệu chuyên môn Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh.

8. PHẪU THUẬT CẮT 1 THÙY PHỔI BỆNH LÝ

1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật lấy bỏ một thùy phổi trong một số bệnh lý: Ung thư phổi, giãn phế quản, áp xe phổi, u nấm phổi...

2. CHỈ ĐỊNH

- Ung thư phổi giai đoạn I, IIA, IIB, IIIA
- Bệnh phổi nhiễm trùng (Nhiều ổ áp xe, giãn phế quản, nấm phổi...)
- Tổn thương phổi do chấn thương.
- Bệnh lý phổi bẩm sinh: Phổi biệt lập.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có chức năng phổi giảm (FEV1 < 1.5 lit).

4. THẬN TRỌNG

Cần lưu ý khi phẫu thuật cho bệnh nhân có các bệnh lý nền ảnh hưởng đến sức khỏe như rối loạn đông máu hoặc nhiễm trùng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- 01 Bác sĩ phẫu thuật chính.
- 02 Phụ phẫu thuật.
- 01 Dụng cụ viên.
- 01 Điều dưỡng vòng ngoài.
- 01 Bác sĩ gây mê.
- 01 Điều dưỡng phụ mê.

5.2. Trang thiết bị

- Có đầy đủ trang thiết bị buồng phẫu thuật tim mạch và lồng ngực như: ống nội khí quản 2 nòng (ống thông Carlens), chỉ khâu tự tiêu (PDS, Vicryl), dụng cụ cắt nối stapler, mạch máu, dụng cụ phẫu thuật phổi...

- Chụp Xquang tại giường.

5.3. Người bệnh:

- Được giải thích rõ về bệnh, các nguy cơ rủi ro trong và sau phẫu thuật.
- Đồng ý phẫu thuật và ký giấy cam đoan phẫu thuật.

5.4. Hồ sơ bệnh án: Theo quy định của Bộ Y tế.

5.5. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 03 giờ.

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Tư thế: Người bệnh nằm nghiêng 90°, kê gối dưới lưng.

6.2. Vô cảm: Gây mê nội khí quản một phổi.

6.3. Kỹ thuật:

- Mở ngực bên hoặc sau bên khoang liên sườn V
- Đánh giá tổn thương: Xác định chính xác vị trí tổn thương thuộc thùy nào để quyết định phẫu thuật
- Phẫu tích bóc lộ động mạch, tĩnh mạch, phế quản gốc
- Cắt khâu tĩnh mạch, động mạch khâu vắt chỉ Prolen 5.0 hoặc bằng Stapler
- Cắt khâu phế quản gốc chỉ Monosyl 4.0 hoặc bằng Stapler.
- Đặt dẫn lưu màng phổi.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:

- Lượng máu, khí ra theo dẫn lưu.
- Theo dõi các biến chứng.

7.2. Xử trí:

- Chảy máu: DLMP ra nhiều. Mổ lại cầm máu
- Nhiễm trùng khoang màng phổi: Điều trị kháng sinh, nếu cần thiết phải mổ lại để làm sạch.
- Rò mỏm cắt phế quản: Mổ lại khâu chỗ rò

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2016), “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa Chuyên khoa Phẫu thuật Tim mạch-Lồng ngực”, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
2. Bộ Y tế (2019), “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Nhi Khoa”, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
3. Quyết định số 3023/QĐ-BYT ngày 28 tháng 7 năm 2023 của Bộ Y tế về việc ban hành Đề cương tài liệu chuyên môn Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh.

9. PHẪU THUẬT CẮT U TRUNG THẤT

1. ĐẠI CƯƠNG

Trung thất là khoang được giới hạn phía trên bởi nền cổ, phía dưới bởi cơ hoành, phía sau là cột sống, trước là xương ức, hai bên là màng phổi trung thất. Chia ra trung thất trước, giữa và sau.

Trong trung thất có nhiều bộ phận quan trọng như tim, các mạch máu lớn, khí quản, thực quản, thần kinh. Một khối u phát triển trong trung thất sẽ gây ra chèn ép hoặc thâm nhiễm vào các bộ phận lân cận.

Phẫu thuật lấy u trung thất nhằm loại bỏ một phần hoặc toàn bộ u, giải phóng chèn ép và tạo điều kiện cho điều trị tia xạ hoặc hóa chất.

2. CHỈ ĐỊNH

Tất cả các loại u trung thất khi đã chẩn đoán xác định đều cần được đặt khả năng phẫu thuật điều trị đầu tiên cho người bệnh.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Mang tính chất tương đối, tùy theo điều kiện từng cơ sở phẫu thuật. Nhìn chung, cần thận trọng chỉ định mổ khi có các thông số như sau : Người bệnh già yếu, nhiều bệnh phối hợp không chịu đựng được phẫu thuật...

4. THẬN TRỌNG

Cần lưu ý khi phẫu thuật cho bệnh nhân có các bệnh lý nền ảnh hưởng đến sức khỏe như rối loạn đông máu hoặc nhiễm trùng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Kíp phẫu thuật: Phẫu thuật viên chuyên khoa tim ngực, 2 trợ thủ, 1 dụng cụ viên và 1 chạy ngoài chuyên khoa tim ngực.

- Kíp gây mê chuyên khoa tim ngực: Bác sĩ gây mê và 1-2 trợ thủ.

5.2. Thuốc

Các thuốc gây mê và hồi sức tim ngực. Hệ thống đo áp lực tĩnh mạch, động mạch, bão hòa ô-xy, điện tim...

5.3. Trang thiết bị

- Dụng cụ phẫu thuật:

+ Bộ dụng cụ mở và đóng xương ức, ngực (cưa xương ức, chỉ thép...)

+ Bộ dụng cụ đại phẫu cho phẫu thuật lồng ngực thông thường.

- Phương tiện gây mê: Bộ dụng cụ phục vụ gây mê mổ lồng ngực.

5.4. Người bệnh: Chuẩn bị mổ theo qui trình mổ lồng ngực (nhất là khâu vệ sinh, tắm rửa, kháng sinh dự phòng). Khám gây mê hồi sức. Giải thích người bệnh và gia đình theo qui định. Hoàn thiện các biên bản pháp lý.

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.

- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi.

- Điều trị ổn định các bệnh nội khoa như cao huyết áp, đái đường,... trước khi can thiệp phẫu thuật (trừ trường hợp mổ cấp cứu). Truyền máu nếu người bệnh có thiếu máu nhiều.

- Nhịn ăn, thụt tháo, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.

- Có thể dùng kháng sinh dự phòng trước mổ hoặc không.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hoàn chỉnh hồ sơ bệnh án theo qui định chung của mổ lồng ngực (siêu âm, xét nghiệm, x quang ...). Đầy đủ thủ tục pháp lý (biên bản hội chẩn, đóng dấu...).

5.6. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 02 giờ

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Vô cảm và chuẩn bị người bệnh: Gây mê nội khí quản; theo dõi điện tim và bão hoà ô xy liên tục. Đặt các đường đo áp lực động mạch, tĩnh mạch trung ương. Đặt thông tiêu. Đặt tư thế; đánh ngực; sát trùng; trải toan.

6.2. Thực hiện kỹ thuật:

- Bước 1: Đặt đường truyền tĩnh mạch: Cần nhiều đường truyền đảm bảo bù khối lượng tuần hoàn cần thiết cho người bệnh khi có biến chứng chảy máu hoặc có can thiệp vào tĩnh mạch chủ trên (bao giờ cũng có một đường truyền lớn ở chi dưới).

- Bước 2: Chọn đường vào (đường mổ): Đảm bảo có một phẫu trường rộng cho phép dễ dàng tiếp cận các thương tổn và nhanh chóng xử trí các tai biến có thể xảy ra trong mổ:

+ Mở xương ức: Là đường mổ áp dụng tốt cho hầu hết các loại u trung thất trước hoặc khi u đã thâm nhiễm và chèn ép các mạch máu lớn.

+ Mở ngực: Bên phải hoặc trái, trong trường hợp các u trung thất lớn có thể phải mở rộng đường mổ, cắt sườn để xử trí các tổn thương tốt nhất.

- Bước 3: Đánh giá thương tổn:

+ Sơ bộ đánh giá ngay trong mổ về đại thể (cần thiết gửi giải phẫu bệnh tức thì) xem là u lành hay ác mà có chiến lược mổ hợp lý.

+ Đánh giá liên quan của u với các thành phần trong trung thất.

+ U còn nguyên vỏ hay đã vỡ.

+ Khả năng lấy toàn bộ hay một phần u.

+ Có giữ lại được thần kinh không?

- Bước 4: Cầm máu, đặt dẫn lưu. Đóng xương ức và đóng ngực. Kết thúc cuộc mổ.

- Một số điểm cần chú ý:
- + Lấy tối đa tổ chức u, mỡ và tổ chức liên kết (có hạch) xung quanh u (nếu là u ác).
- + Cần hết sức lưu ý các thành phần của trung thất.
- + Trong trường hợp các thành phần của trung thất bị thâm nhiễm, có hai khả năng: Lấy bỏ tối đa u để lại phần u và tổ chức thâm nhiễm hoặc lấy bỏ toàn bộ u cùng tổ chức thâm nhiễm sau đó tái tạo lại các thành phần trung thất bị cắt bỏ
- + Với những u không thể lấy bỏ nên đánh dấu bằng những vật liệu cản quang tạo điều kiện thuận lợi cho chạy xạ hoặc hóa chất.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:

- Dẫn lưu: Chảy máu, dịch, khí....
- Tình trạng suy hô hấp sau mổ

7.2. Xử trí tai biến:

- Chảy máu: Có thể chảy từ diện cắt u hoặc chảy máu từ vết mổ xương ức. Để tránh biến chứng này, đòi hỏi phẫu thuật viên phải được đào tạo về phẫu thuật tim mạch và lồng ngực.

+ Nếu có chỉ định phẫu thuật lại vì chảy máu cần tiến hành sớm tránh để hậu quả mất máu nhiều rối loạn đông máu...

+ Để phát hiện sớm biến chứng chảy máu dẫn lưu cần được chăm sóc tốt, theo dõi liên tục

- Xẹp phổi

+ Suy hô hấp sau phẫu thuật xảy ra do đau hoặc có thương tổn thần kinh hoành, quặt ngược nên những thành phần này cần chú ý trong mổ. Sau mổ cần có biện pháp giảm đau hợp lý

+ Cho người bệnh tập lý liệu pháp tích cực, sớm

- Nhiễm trùng

+ Dẫn lưu tốt

+ Tuân thủ nghiêm ngặt các nguyên tắc vô khuẩn

+ Thay băng hàng ngày + chăm sóc vết mổ + điều trị kháng sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2016), “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa Chuyên khoa Phẫu thuật Tim mạch-Lồng ngực”, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2019), “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Nhi Khoa”, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

3. Quyết định số 3023/QĐ-BYT ngày 28 tháng 7 năm 2023 của Bộ Y tế về việc ban hành Đề cương tài liệu chuyên môn Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh.

10. PHẪU THUẬT BÓC MÀNG PHỔI ĐIỀU TRỊ Ổ CẶN, DÀY DÍNH MÀNG PHỔI

1. ĐẠI CƯƠNG

Ổ cặn màng phổi là hậu quả của viêm mủ màng phổi không được chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời.

Khi được chẩn đoán ổ cặn màng phổi cần được điều trị sớm tránh để lại những di chứng nặng nề cho người bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp ổ cặn màng phổi được xác định bằng lâm sàng và cận lâm sàng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Rối loạn đông máu, nhiễm trùng tiến triển tại vị trí phẫu thuật hoặc toàn thân.

- Suy tim nặng, thể trạng suy kiệt.

- Suy chức năng gan, thận.

4. THẬN TRỌNG

Cần lưu ý khi phẫu thuật cho bệnh nhân có các bệnh lý nền ảnh hưởng đến sức khỏe như rối loạn đông máu hoặc nhiễm trùng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

+ Kíp phẫu thuật: phẫu thuật viên chuyên khoa tim mạch và lồng ngực, 2 trợ thủ, 1 dụng cụ viên và 1 chạy ngoài chuyên khoa tim mạch.

+ Kíp gây mê chuyên khoa mạch và lồng ngực: bác sĩ gây mê và 1-2 trợ thủ.

5.2. Trang thiết bị

+ *Dụng cụ phẫu thuật:*

Bộ dụng cụ mở và đóng ngực (Banh ngực, chỉ đa sợi tiêu được ...) Bộ dụng cụ đại phẫu cho phẫu thuật ngực.

Một số dụng cụ đặc thù cho phẫu thuật cắt phổi (van vén phổi, kẹp động mạch, kẹp phế quản, chỉ khâu...).

+ *Phương tiện gây mê:*

Bộ dụng cụ phục vụ gây mê mở ngực. Các thuốc gây mê và hồi sức tim mạch. Ống nội khí quản 2 nòng (Carlens)...

5.3. Người bệnh

- Chuẩn bị mở theo qui trình mở tim ngực (nhất là khâu vệ sinh, kháng sinh dự phòng). Khám gây mê hồi sức. Giải thích người bệnh và gia đình theo qui định. Hoàn thiện các biên bản pháp lý.

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.

- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi.

- Điều trị ổn định các bệnh nội khoa như cao huyết áp, đái đường,... trước khi can thiệp phẫu thuật (trừ trường hợp mổ cấp cứu). Truyền máu nếu người bệnh có thiếu máu nhiều.

- Nhịn ăn, thụt tháo, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.

- Có thể dùng kháng sinh dự phòng trước mổ hoặc không.

5.4. Hồ sơ bệnh án: Hoàn chỉnh hồ sơ bệnh án theo qui định chung của mổ ngực (siêu âm, xét nghiệm, x quang ...). Đầy đủ thủ tục pháp lý (biên bản hội chẩn, đóng dấu ...).

5.5. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 03 giờ.

5.6. Kiểm tra hồ sơ:

- Kiểm tra hồ sơ: đầy đủ theo qui định (hành chính, chuyên môn, pháp lý).

- Kiểm tra người bệnh: đúng người (tên, tuổi ...), đúng bệnh.

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Tư thế người bệnh và đường mổ:

- Người bệnh nằm nghiêng 90 độ sang bên đối diện, độn 1 gối ngang ngực.

- Mở ngực sau- bên qua khoang gian sườn V vào khoang màng phổi. Tạo phẫu trường vào khoang màng phổi vì phổi rất dính (cần thận trọng tránh làm tổn thương nhu mô phổi lành)

- Xác định thương tổn và đánh giá toàn bộ thương tổn cùng liên quan của thương tổn với các thùy phổi còn lại, hệ thống hạch, màng phổi...

6.2. Vô cảm và chuẩn bị người bệnh: Gây mê nội khí quản 2 nồng; theo dõi điện tim và bão hoà ô xy mao mạch (SpO₂) liên tục. Đặt 2 đường truyền tĩnh mạch trung ương và ngoại vi. Thở máy có ô-xy hỗ trợ 100%. Đặt thông tiêu. Đặt tư thế; đánh ngực; sát trùng; trải toan.

6.3. Kỹ thuật:

- Bước 1: Phẫu tích gỡ dính tối đa phổi tiếp cận ổ cận màng phổi (nên dùng dao điện để tránh chảy máu các diện gỡ dính phổi), những phần chảy máu do rách nhu mô phổi lớn nên khâu lại (Prolene 4/0).

- Bước 2: Làm sạch khoang màng phổi đặc biệt là vị trí ổ cận. Bệnh phẩm ổ cận màng phổi gửi giải phẫu bệnh và vi trùng.

- Bước 3: Trường hợp ổ cận màng phổi lâu ngày gây dày dính màng phổi (bề mặt nhu mô phổi được phủ bởi một lớp tơ huyết đã tổ chức hóa dày) cần phải bóc tối đa lớp này giúp phổi nở.

- Bước 4: Kiểm tra rò khí tại các vị trí trên nhu mô phổi được bóc bỏ lớp sợi tơ huyết đã tổ chức hóa: Đổ huyết thanh vô khuẩn vào khoang màng phổi và phòng phổi kiểm tra (nếu còn xì khí qua bề mặt nhu mô phổi cần phải khâu lại ngay). Chú ý kiểm tra chảy máu từ nhu mô và thành ngực vị trí bóc tách.

- Bước 5: Cầm máu, bơm rửa ngực và đặt hai dẫn lưu silicon vào khoang màng phổi (phía trước và phía sau) đồng hút liên tục dẫn lưu ngay sau đặt phòng tắc do máu cục.

- Bước 6: Đóng ngực sau khi đã nở phổi tốt.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Xét nghiệm khí máu, điện giải, chức năng gan thận, công thức máu, hematocrit ngay sau khi về phòng hồi sức được 15 - 30 phút. Chụp X. quang ngực tại giường (tốt nhất).

- Huyết động, hô hấp, dẫn lưu, nước tiểu 30 phút - 1 giờ / 1 lần, trong 24 giờ đầu hoặc lâu hơn tùy tình trạng huyết động.

- Cho kháng sinh điều trị nhiễm khuẩn, thuốc trợ tim, lợi tiểu, giảm đau; truyền máu và các dung dịch thay thế máu ... tùy theo tình trạng huyết động và các thông số xét nghiệm.

- Lí liệu pháp hô hấp ngay từ ngày đầu sau mổ.

7.2. Xử trí tai biến

- Chảy máu sau mổ: Chỉ định mổ lại cầm máu cấp cứu nếu chảy > 100 ml/giờ + rối loạn huyết động; hoặc > 200 ml/giờ trong 3 giờ liền.

- Xẹp phổi sau mổ: do người bệnh không thở tốt và bí tắc đờm rãi sau mổ. Lâm sàng người bệnh khó thở, sốt, nghe rì rào phế nang giảm; x-quang có hình ảnh xẹp phổi. Cần phải giảm đau tốt cho người bệnh, kháng sinh toàn thân, người bệnh cần ngồi dậy sớm, vỗ rung và ho khạc đờm rãi. Nếu cần có thể soi hút phế quản.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2016), “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa Chuyên khoa Phẫu thuật Tim mạch-Lồng ngực”, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2019), “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Nhi Khoa”, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

3. Quyết định số 3023/QĐ-BYT ngày 28 tháng 7 năm 2023 của Bộ Y tế về việc ban hành Đề cương tài liệu chuyên môn Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh.

11. PHẪU THUẬT NỘI SOI HỖ TRỢ (VATS) ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ PHỔI, TRUNG THẤT

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật lồng ngực có nội soi hỗ trợ (VATS: Video assisted Thoracic surgery) là phẫu thuật lồng ngực với đường rạch da tối thiểu (4 - 6cm) có trợ giúp của màn hình video và các dụng cụ nội soi chuyên dụng.

Phẫu thuật có nội soi hỗ trợ điều trị bệnh lý phổi, trung thất có những ưu điểm hơn so với phẫu thuật mở như: đường rạch da nhỏ, không hoặc ít banh xương sườn, người bệnh ít đau sau mổ hơn, thẩm mỹ hơn, thời gian nằm viện ngắn hơn.

2. CHỈ ĐỊNH

1. Bệnh lý phổi.

- Bệnh phổi lành tính: Đối với các bệnh lý phổi lành tính, VATS được chỉ định trong các bệnh lý phổi như: bệnh giãn phế quản, kén khí phổi lớn phải cắt thùy phổi, hay một số u phổi lành tính.

- Ung thư phổi nguyên phát: Ung thư phổi giai đoạn sớm (giai đoạn I, kích thước u dưới 6cm).

- Ung thư phổi thứ phát: Người bệnh có u phổi do ung thư từ nơi khác di căn đến được chỉ định cắt bỏ khối u. Tuy nhiên, trong những trường hợp u ở sâu, khó cắt, u đơn thuần, đòi hỏi phải cắt thùy phổi.

2. Bệnh lý trung thất: Những khối u và nang trung thất có chỉ định cắt u, hoặc các khối hạch trong trung thất có chỉ định sinh thiết...

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Mang tính chất tương đối, tùy theo điều kiện từng cơ sở phẫu thuật. Nhìn chung, cần thận trọng chỉ định mổ bằng VATS khi có các thông số như sau: - Người bệnh có phổi bên đối diện bị thương tổn mà không cho phép tiến hành thông khí một phổi.

- Có các bệnh toàn thân nặng như: đang có ổ nhiễm trùng cơ quan khác, bệnh mãn tính nặng, bệnh máu, phổi dính nhiều không thể tạo không gian cho phẫu thuật nội soi...

4. THẬN TRỌNG

Cần lưu ý khi phẫu thuật cho bệnh nhân có các bệnh lý nền ảnh hưởng đến sức khỏe như rối loạn đông máu hoặc nhiễm trùng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 Bác sĩ phẫu thuật chính.
- 02 Phụ phẫu thuật.
- 01 Dụng cụ viên.
- 01 Điều dưỡng vòng ngoài.
- 01 Bác sĩ gây mê.

- 01 Điều dưỡng phụ mê.

5.2. Trang thiết bị

- Bộ dụng cụ mở và đóng ngực (banh sườn, chỉ xiết sườn ...) để phòng biến chứng.
- Bộ dụng cụ đại phẫu cho phẫu thuật lồng ngực thông thường (chuẩn bị).
- Các dụng cụ chuyên dụng cho phẫu thuật nội soi nói chung (ống kính nội soi 30°, kẹp, ống hút rửa...) và phẫu thuật nội soi lồng ngực nói riêng (trocart nội soi, kẹp phổi, dụng cụ khâu cắt tự động mạch máu và nhu mô phổi ...).
- Hệ thống máy nội soi (ví dụ: của Karl – Storz).
- Hệ thống đốt điện (Valleylab).
- Các dụng cụ cắt tự động (endoGIA, Waston) cho mạch máu và cho cắt phế quản, nhu mô phổi; clip cặp mạch máu, ...
- Phương tiện gây mê: Bộ dụng cụ phục vụ gây mê mổ ngực. Các thuốc gây mê và hồi sức tim mạch.
- Ống nội khí quản hai nòng (Carlens).

5.3. Người bệnh

- Chuẩn bị mổ theo qui trình mổ ngực (vệ sinh, kháng sinh dự phòng).
- Khám gây mê hồi sức. Giải thích người bệnh và gia đình theo qui định.
- Hoàn thiện các biên bản pháp lý.

5.4. Hồ sơ bệnh án

Hoàn chỉnh hồ sơ bệnh án theo qui định chung của mổ lồng ngực (siêu âm, xét nghiệm, Xquang ...). Đầy đủ thủ tục pháp lý (biên bản hội chẩn, duyệt mổ ...).

5.5. Kiểm tra hồ sơ

- Kiểm tra hồ sơ: đầy đủ theo qui định (hành chính, chuyên môn, pháp lý).
- Kiểm tra người bệnh: đúng người (tên, tuổi ...), đúng bệnh.

5.6. Thời gian thực hiện: Tối thiểu 180 phút trở lên

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Vô cảm

- Vô cảm và chuẩn bị người bệnh: Gây mê thông khí chọn lọc bằng nội khí quản 2 nòng; theo dõi điện tim và bão hoà ô xy mao mạch (SpO₂) liên tục. Đặt 2 đường truyền tĩnh mạch trung ương và ngoại vi; thở máy có oxy hỗ trợ 100%. Đặt thông tiêu. Đặt tư thế; đánh ngực; sát trùng; trải toan.

- Tư thế người bệnh, đường mổ nhỏ và các vị trí đặt trocar

+ Người bệnh nằm nghiêng 45° hoặc 90° sang bên đối diện, độn 1 gối ngang ngực.

- + Đặt trocar: Tùy từng vị trí của tổn thương trong lồng ngực.

+ Nếu người bệnh nằm nghiêng 90° : thường mở ngực bên nhỏ qua khoang gian sườn V (rạch da dưới 4-6cm) vào khoang màng phổi. Trocar cho ống kính nội soi vào khoang gian sườn VII nách giữa, trocar dụng cụ dưới mỏm xương bả vai khoảng 3cm.

+ Nếu người bệnh nằm nghiêng 45° : mở ngực trước - sườn nhỏ; Ống kính nội soi và troca dịch ra đường nách trước.

- Vào khoang màng phổi, xếp phổi bên tổn thương.

- Xác định thương tổn và đánh giá toàn bộ thương tổn cùng liên quan của thương tổn với các thùy phổi còn lại, hệ thống hạch, màng phổi...

6.2. Thực hiện kỹ thuật

* Phẫu thuật cắt thùy phổi

- Phẫu tích riêng từng thành phần: động mạch và tĩnh mạch chi phổi cho thùy phổi định cắt. Cắt và khâu động mạch và tĩnh mạch trên hệ thống cắt tự động (endoGIA) cho mạch máu.

- Phẫu tích phế quản thùy phổi định cắt, kẹp tạm thời sau đó phòng phổi để kiểm tra sự toàn vẹn của phần phổi còn lại.

- Cắt phế quản bằng hệ thống cắt tự và khâu tự động.

- Lấy bệnh phẩm bằng túi chuyên dụng gửi giải phẫu bệnh.

- Kiểm tra độ kín của mỏm cắt phế quản: Đổ huyết thanh vô khuẩn vào khoang màng phổi và phòng phổi kiểm tra (nếu còn xì khí qua mỏm cắt thì cần phải khâu tăng cường). Chú ý kiểm tra chảy máu của động mạch phế quản.

- Nạo vét hạch: phẫu tích lấy toàn bộ hệ thống hạch bạch huyết của phổi (nếu là phẫu thuật cắt phổi do ung thư) và tiến hành nạo vét bằng hệ thống dao điện thường (tốt nhất là dùng dao siêu âm – Harmonic scapel hoặc dao Ligasure).

- Cầm máu, bơm rửa ngực và đặt dẫn lưu silicon vào khoang màng phổi, hút liên tục dẫn lưu ngay sau đặt phòng tắc do máu cục.

- Đóng ngực và các lỗ trocar sau khi đã làm nở phổi tốt.

* Phẫu thuật lấy u trung thất nội soi

- Phẫu tích tách rời u khỏi phổi và tổ chức trung thất bằng các dụng cụ nội soi, dao điện, dao siêu âm, dao Ligasure.

- Cầm máu các cuống mạch bằng kẹp chuyên dụng, khâu - buộc, ...

- U nang quá to thì có thể chọc hút bớt dịch trong nang.

- Phòng - xử trí các biến chứng nhẹ (rách phổi, rách mạc máu nhỏ, vỡ u, ...). Sẵn sàng chuyển mổ mở qua xương ức hay mở ngực kinh điển để kiểm soát biến chứng chảy máu nhiều.

- Các thì mổ khác tương tự mổ cắt thùy phổi.

* Các phẫu thuật khác: *Tương tự như cắt thùy phổi.*

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Xét nghiệm khí máu, điện giải, chức năng gan thận, công thức máu, hematocrit ngay sau khi về phòng hồi sức được 15 – 30 phút.
- Chụp X quang ngực tại giường.
- Huyết động liên tục (trên monitoring), hô hấp, dẫn lưu, nước tiểu 30 phút - 1 giờ / 1 lần, trong 24 giờ đầu hoặc lâu hơn tùy tình trạng huyết động.
- Cho kháng sinh điều trị dự phòng nhiễm khuẩn, thuốc trợ tim, lợi tiểu, giảm đau; truyền máu và các dung dịch thay thế máu ... tùy theo tình trạng huyết động và các thông số xét nghiệm.
- Li liệu pháp hô hấp ngay từ ngày đầu sau mổ.

7.2. Xử trí tai biến

- Chảy máu sau mổ: Điều chỉnh đông máu. Chỉ định mổ lại cầm máu cấp cứu nếu chảy > 100 ml/giờ + rối loạn huyết động; hoặc > 200 ml/giờ trong 3 giờ liền.
- Xẹp phổi sau mổ: do người bệnh không thở tốt và bí tắc đờm rãi sau mổ. Lâm sàng người bệnh khó thở, sốt, nghe rì rào phế nang giảm; x-quang có hình ảnh xẹp phổi. Cần phải giảm đau tốt cho người bệnh, kháng sinh toàn thân, người bệnh cần ngồi dậy sớm, vỗ rung và ho khạc đờm rãi. Nếu cần có thể soi hút phế quản.
- Rò khí sau mổ: Cần điều trị hút dẫn lưu dài ngày hoặc phải mổ lại.
- Tràn dịch màng phổi sau mổ phát hiện bằng chụp phim x-quang, điều trị bằng chọc hút khoang màng phổi, tập thở tốt.
- Suy hô hấp sau mổ

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2016), “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa Chuyên khoa Phẫu thuật Tim mạch-Lồng ngực”, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
2. Bộ Y tế (2019), “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Nhi Khoa”, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
3. Quyết định số 3023/QĐ-BYT ngày 28 tháng 7 năm 2023 của Bộ Y tế về việc ban hành Đề cương tài liệu chuyên môn Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh.

12. PHẪU THUẬT PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT MỘT PHẦN THÙY PHỔI, KÉN - NANG PHỔI

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt một phần thùy phổi, kén – nang phổi còn được gọi là cắt phổi hình chêm hay cắt phổi không điển hình; là phẫu thuật cắt phần phổi chứa tổn thương, không theo ranh giới giải phẫu học, nhằm mục đích bảo tồn tối đa phần phổi lành của người bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

- Nốt đơn độc phổi không thể xác định bản chất.
- Tràn khí màng phổi tự phát do vỡ bóng khí vùng đỉnh phổi.
- Ung thư từ nơi khác di căn đến phổi, tổn thương chỉ là một nốt.
- Kén-nang phổi nhiễm trùng tái đi tái lại hoặc ảnh hưởng chức năng hô hấp.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Có chống chỉ định về GMHS cho phẫu thuật nội soi như bệnh tim mạch, hô hấp nặng, ASA III, IV, V.
- Người bệnh được xạ trị vùng ngực trước đó.

4. THẬN TRỌNG

Cần lưu ý khi phẫu thuật cho bệnh nhân có các bệnh lý nền ảnh hưởng đến sức khỏe như rối loạn đông máu hoặc nhiễm trùng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 Bác sĩ phẫu thuật chính.
- 02 Phụ phẫu thuật.
- 01 Dụng cụ viên.
- 01 Điều dưỡng vòng ngoài.
- 01 Bác sĩ gây mê.
- 01 Điều dưỡng phụ mê.

5.2. Phương tiện

- Ống nội khí quản hai nòng
- Máy gây mê có Monitoring theo dõi độ bão hòa Oxy trong máu.
- Bộ dụng cụ giảm đau ngoài màng cứng.
- Bộ dụng cụ đo huyết áp động mạch xâm lấn.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi:
- + Một màn hình, một camera, một scope 30° hay 45°.

- + Hai trocar 10mm, một hay hai trocar 5mm.
- + Một cây móc đốt, một kẹp mô 5mm, kẹp clip nội soi 5mm hay 10mm, một kẹp mang kim nội soi, một kéo cắt chỉ nội soi, một cây ép phổi.
- + 2 hoặc 3 Stapler 45mm hoặc 60mm với độ dày 3.5mm.
- Dụng cụ phẫu thuật thông thường
- + Dao mổ, kẹp mang kim, nhíp có máu và không máu, kẹp mô, kéo cắt chỉ, chỉ vicryl 2.0, 3.0, nylon 3.0.
- + Bộ ống - bình dẫn lưu màng phổi.

5.3. Người bệnh: Người bệnh cần nhịn ăn 8h trước khi tiến hành phẫu thuật.

5.4. Hồ sơ bệnh: Hồ sơ bệnh án theo quy định chung của Bộ Y tế.

5.5. Kiểm tra hồ sơ:

- Kiểm tra hồ sơ: Đầy đủ theo quy định Bộ Y tế.
- Kiểm tra người bệnh: Đúng người (tên, tuổi,...), đúng bệnh.

5.6. Thời gian thực hiện: Tối thiểu 180 phút trở lên

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Vô cảm: Người bệnh được gây mê với nội khí quản 2 nòng.

6.2. Tư thế người bệnh: Tư thế nghiêng 90° về phía bên lành, độn gối dưới vai.

6.3. Đặt trocar

- Vị trí, số lượng trocar tùy thuộc kinh nghiệm và trang thiết bị - Ví dụ như: Liên sườn 8 đường nách giữa: đặt trocar 10mm - Camera vào quan sát.

- Tùy vị trí tổn thương của phần phổi cần cắt mà vị trí hai trocar (5mm hoặc 10mm) tiếp theo để đưa dụng cụ thao tác có thể là liên sườn 4, 5 hoặc 6 đường nách trước và đường nách sau hoặc giữa đường nách sau và đường giữa xương vai.

6.4. Kỹ thuật thực hiện

- Dùng kẹp nội soi để kẹp và xác định chính xác vị trí tổn thương, sau đó đưa stapler 45mm hay 60mm vào kẹp và cắt quanh tổn thương phổi; có thể dùng 1 đến 3 stapler tùy thuộc vào vị trí và kích thước của tổn thương phổi.

- Mẫu mô phổi sau khi cắt được đưa vào túi đựng bệnh phẩm và lấy ra ngoài qua lỗ trocar 10mm; có thể mở rộng lỗ trocar để lấy mẫu mô nếu kích thước to không thể lấy vừa qua vết mổ 1cm.

- Kiểm tra cầm máu và kiểm tra xì khí mặt cắt nhu mô phổi bằng cho nước vào khoang màng phổi và yêu cầu bác sĩ gây mê bóp bóng cho phổi nở. Có thể khâu tăng cường bằng chỉ vicryl nếu thấy mặt cắt xì khí nhiều. - Hút sạch nước và dịch trong khoang màng phổi, sau đó đặt dẫn lưu màng phổi 32Fr qua lỗ trocar camera.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- SpO2 trong và sau mổ.

- Lượng dịch và tính chất dịch (máu) qua ống dẫn lưu màng phổi.
- Tình trạng xì khí qua ống dẫn lưu màng phổi.

7.2. Xử trí tai biến

*** Chảy máu**

- Chảy máu trong mô do rách hoặc thủng các mạch máu lớn, có thể dùng clip nội soi hoặc hemolock để kẹp cầm máu, nếu không thể cầm máu qua nội soi có thể mở ngực ngay để cầm máu.

- Nếu chảy máu sau mổ lượng nhiều và tiếp diễn cần phẫu thuật nội soi lại để thám sát và cầm máu, hoặc mổ ngực kinh điển.

* **Xì khí sau mổ:** Thường xì khí từ mặt cắt, nếu ít tự lành; Nếu xì khí kéo dài trên 7 ngày có thể dò phế quản màng phổi, cần phẫu thuật lại để thám sát và xử trí tổn thương.

* **Viêm phổi hoặc xẹp phổi sau mổ do tắc đờm:** Nội soi phế quản hút đờm + tập vật lý trị liệu hô hấp tích cực + kháng sinh theo kinh nghiệm hoặc kháng sinh đồ qua soi cây đờm.

* **Nhiễm trùng vết mổ:** Thay băng, chăm sóc vết thương + kháng sinh theo kháng sinh đồ qua soi cây dịch vết mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2016), “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa Chuyên khoa Phẫu thuật Tim mạch-Lồng ngực”, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2019), “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Nhi Khoa”, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

3. Quyết định số 3023/QĐ-BYT ngày 28 tháng 7 năm 2023 của Bộ Y tế về việc ban hành Đề cương tài liệu chuyên môn Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh.

13. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT 1 THÙY PHỔI

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt thùy phổi là phẫu thuật cắt một thùy phổi chứa tổn thương theo ranh giới giải phẫu học, rãnh liên thùy và các cấu trúc vùng rốn phổi như: tĩnh mạch, động mạch, phế quản đều được cắt theo từng phần riêng biệt.

2. CHỈ ĐỊNH

- Ung thư phổi giai đoạn I, kích thước u nhỏ hơn 5cm (4-6cm) nằm ở ngoại biên, không xâm lấn mạch máu, thành ngực, rãnh liên thùy, cơ hoành và màng ngoài tim; người bệnh không xạ trị vùng ngực trước đó; chức năng hô hấp đảm bảo thông khí một phổi tốt trong quá trình gây mê phẫu thuật.

- U nắm phổi gây ho ra máu dai dẳng.
- Kén - nang phổi lớn chiếm gần trọn thùy phổi.
- Dẫn phế quản hoặc áp xe phổi khu trú 1 thùy phổi.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Có chống chỉ định về gây mê hồi sức.
- Người bệnh được xạ trị vùng ngực trước đó.

4. THẬN TRỌNG

Cần lưu ý khi phẫu thuật cho bệnh nhân có các bệnh lý nền ảnh hưởng đến sức khỏe như rối loạn đông máu hoặc nhiễm trùng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 Bác sĩ phẫu thuật chính.
- 02 Phụ phẫu thuật.
- 01 Dụng cụ viên.
- 01 Điều dưỡng vòng ngoài.
- 01 Bác sĩ gây mê.
- 01 Điều dưỡng phụ mê.

5.2. Trang thiết bị

- Ống nội khí quản hai nòng.
- Máy gây mê có Monitoring theo dõi độ bão hòa Oxy trong máu.
- Bộ dụng cụ giảm đau ngoài màng cứng.
- Bộ dụng cụ đo huyết áp động mạch xâm lấn.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi:
 - + Một màn hình, một camera, một scope 30° hay 45°.
 - + Trocar không cần van một chiều: 2 trocar 10mm, 1 trocar 5mm.

+ Một cây móc đốt, một cây kẹp mô 5mm, một kẹp clip nội soi 5mm hay 10mm, một kẹp mang kim nội soi, một kéo cắt chỉ nội soi, một cây ép phổi. 2 hoặc 3 Stapler 45mm hoặc 60mm với độ dày 3.5mm.

- Dụng cụ phẫu thuật thông thường:

+ Dao mổ, kẹp mang kim, nhíp có máu và không máu, kẹp mô, kéo cắt chỉ, chỉ vicryl 2.0, 3.0, nylon 3.0.

+ Bộ ống - bình dẫn lưu màng phổi.

5.3. Người bệnh: Người bệnh cần được nhịn ăn 8h trước khi tiến hành phẫu thuật.

5.4. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo qui định chung của Bộ Y tế.

5.5. Kiểm tra hồ sơ:

- Kiểm tra người bệnh: Đúng người (tên, tuổi,...), đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

5.6. Thời gian thực hiện: Tối thiểu 180 phút trở lên

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Vô cảm:

- Người bệnh được gây mê với nội khí quản hai nòng.

- Đặt huyết áp động mạch xâm lấn.

- Hai đường truyền tĩnh mạch hoặc đường truyền tĩnh trung tâm.

6.2. Tư thế người bệnh:

- Tư thế nghiêng 90° về phía bên lành, gối dưới nách.

- Bàn mổ được gập vùng hông lưng để hạ thấp xương vùng chậu xuống dưới, nhờ đó khoang liên sườn giãn ra tối đa và không hạn chế camera hay dụng cụ thao tác khi xoay chuyển.

6.3. Đường vào ngực:

- Có nhiều cách tùy thuộc kinh nghiệm và trang thiết bị. Hai kỹ thuật thường được chọn lựa, khác nhau về vị trí trocar và vết mổ như sau tùy theo thói quen của phẫu thuật viên:

Cách 1: - Liên sườn 8 hoặc 9 đường nách giữa: trocar 10mm- camera quan sát.

- Liên sườn 5 hoặc 6 đường nách sau: trocar 10mm - dụng cụ.

- 01 vết mổ khoảng 4cm (3 - 5cm) khoang LS 4 hoặc 5 đường nách trước để thao tác.

Cách 2: - Liên sườn 8 đường nách trước: trocar 10mm – Camera

- Liên sườn 9 đường nách sau: trocar 10mm - dụng cụ để vén phổi.

- 01 vết mổ khoảng 5cm LS 4 hoặc 5 đường nách giữa để thao tác và phẫu tích rón phổi.

6.4. Kỹ thuật thực hiện:

- Tùy thuộc vào kinh nghiệm và dụng cụ.
- Camera 30° được dùng để quan sát toàn bộ khoang màng phổi qua trocar LS 8 hoặc 9 và đánh giá lại vị trí khối u cũng như các thương tổn kèm theo để quyết định tiến hành cắt thùy phổi.
- Dùng Ring forceps hoặc Grasper nội soi để vén phổi qua lỗ trocar còn lại. Có thể dùng dụng cụ nội soi hoặc dụng cụ phẫu thuật mở kinh điển để bóc tách các cấu trúc rốn phổi dưới màn hình nội soi qua vết mổ 5cm.
- Các nhánh động mạch và tĩnh mạch phổi được cắt bằng stapler 2,0 hoặc 2,5mm, và phế quản hoặc nhu mô phổi được cắt bằng stapler 3,5 hoặc 4,5mm.
- Mẫu mô thùy phổi sau khi cắt được đưa vào túi đựng bệnh phẩm và lấy ra ngoài qua vết mổ nhỏ.
- Kiểm tra cầm máu và kiểm tra xì khí mặt cắt phế quản và nhu mô phổi vùng rãnh liên thùy bằng cho nước vào khoang màng phổi và yêu cầu bác sĩ gây mê bóp cho phổi nở. Có thể khâu tăng cường bằng chỉ vicryl nếu thấy mặt cắt xì khí nhiều.
- Hút sạch nước và dịch trong khoang màng phổi, sau đó đặt dẫn lưu màng phổi 32Fr qua lỗ trocar camera.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- SpO2 trong và sau mổ.
- Lượng dịch và tính chất dịch (máu) qua ống dẫn lưu màng phổi.
- Tình trạng rò khí qua ống dẫn lưu màng phổi.

7.2. Xử trí tai biến

- Chảy máu:

+ Chảy máu trong mổ do rách hoặc thủng các mạch máu lớn, có thể dùng clip nội soi hoặc hemolock để kẹp cầm máu, nếu không thể cầm máu qua nội soi có thể mở ngực ngay để cầm máu.

+ Chảy máu sau mổ lượng nhiều và tiếp diễn cần phải phẫu thuật nội soi lại (hoặc mở ngực kinh điển) để thám sát và cầm máu.

- Rò khí sau mổ: Thường rò khí từ mặt cắt, nếu ít tự lành. Nếu rò khí kéo dài trên 7 ngày có thể dò phế quản màng phổi, cần phẫu thuật lại để thám sát và xử trí tổn thương.

- Viêm phổi hoặc xẹp phổi sau mổ do tắc đờm: Nội soi phế quản hút đờm, tập vật lý trị liệu hô hấp tích cực + kháng sinh theo kinh nghiệm hoặc kháng sinh đồ qua soi cấy đờm.

- Nhiễm trùng vết mổ: Thay băng + chăm sóc vết thương + kháng sinh theo kháng sinh đồ qua soi cấy dịch vết mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2016), “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa Chuyên khoa Phẫu thuật Tim mạch-Lồng ngực”, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
2. Bộ Y tế (2019), “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Nhi Khoa”, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
3. Quyết định số 3023/QĐ-BYT ngày 28 tháng 7 năm 2023 của Bộ Y tế về việc ban hành Đề cương tài liệu chuyên môn Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh.

14. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT 1 THÙY PHỔI KÈM NẠO VẾT HẠCH

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt thùy phổi và nạo hạch là phẫu thuật.

- Cắt phần thùy phổi chứa tổn thương theo ranh giới giải phẫu học, rãnh liên thùy và các cấu trúc vùng phổi như: tĩnh mạch, động mạch, phế quản đều được cắt theo từng phần riêng biệt.

- Nạo vét tận gốc các nhóm hạch liên quan đến thùy phổi chứa tổn thương.

2. CHỈ ĐỊNH

Ung thư phổi giai đoạn II, IIIA; kích thước u nhỏ hơn 5cm (4-6cm) nằm ở ngoại biên, không xâm lấn mạch máu, thành ngực, rãnh liên thùy, cơ hoành và màng ngoài tim; người bệnh không xạ trị vùng ngực trước đó; chức năng hô hấp đảm bảo thông khí một phổi tốt trong quá trình gây mê phẫu thuật.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Có chống chỉ định về gây mê hồi sức.

- Người bệnh được xạ trị vùng ngực trước đó.

4. THẬN TRỌNG

Cần lưu ý khi phẫu thuật cho bệnh nhân có các bệnh lý nền ảnh hưởng đến sức khỏe như rối loạn đông máu hoặc nhiễm trùng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 Bác sĩ phẫu thuật chính.

- 02 Phụ phẫu thuật.

- 01 Dụng cụ viên.

- 01 Điều dưỡng vòng ngoài.

- 01 Bác sĩ gây mê.

- 01 Điều dưỡng phụ mê.

5.2. Trang thiết bị

- Ống nội khí quản hai nòng.

- Máy gây mê có Monitoring theo dõi độ bão hòa Oxy trong máu.

- Bộ dụng cụ giảm đau ngoài màng cứng.

- Bộ dụng cụ đo huyết áp động mạch xâm lấn.

- Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi:

+ Một màn hình, một camera, một scope 30° hay 45°.

+ Trocar không cần van một chiều: 2 trocar 10mm, 1 trocar 5mm.

+ Một cây móc đốt, một cây kẹp mô 5mm, một kẹp clip nội soi 5mm hay 10mm, một kẹp mang kim nội soi, một kéo cắt chỉ nội soi, một cây ép phổi.

+ 2 hoặc 3 Stapler 45mm hoặc 60mm với độ dày 3.5mm.

- Dụng cụ phẫu thuật thông thường:

+ Dao mổ, kẹp mang kim, nhíp có máu và không máu, kẹp mô, kéo cắt chỉ, chỉ vicryl 2.0, 3.0, nylon 3.0.

+ Bộ ống – bình dẫn lưu màng phổi.

5.3. Người bệnh: Người bệnh cần được nhịn ăn 8h trước khi tiến hành phẫu thuật.

5.4. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định chung của Bộ Y tế.

5.5. Kiểm tra hồ sơ:

- Kiểm tra người bệnh: Đúng người (tên, tuổi,...), đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

5.6. Thời gian thực hiện: Tối thiểu 180 phút trở lên

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Vô cảm

- Người bệnh được gây mê với nội khí quản hai nòng.

- Đặt huyết áp động mạch xâm lấn

- Hai đường truyền tĩnh mạch hoặc đường truyền tĩnh mạch trung tâm.

6.2. Tư thế người bệnh

- Tư thế nghiêng 90° về phía bên lành, gối dưới nách.

- Bàn mổ được gập vùng hông lưng để hạ thấp xương vùng chậu xuống dưới, nhờ đó khoang liên sườn dẫn ra tối đa và không hạn chế camera hay dụng cụ thao tác khi xoay chuyển.

6.3. Đường vào ngực

- Có nhiều cách tùy thuộc vào kinh nghiệm và trang thiết bị.

- Hai kỹ thuật thường được chọn lựa, khác nhau về vị trí trocar và vết mổ như sau tùy theo thói quen của phẫu thuật viên.

+ Cách 1: - Liên sườn 8 hoặc 9 đường nách giữa: trocar 10mm-camera quan sát.

- Liên sườn 5 hoặc 6 đường nách sau: trocar 10mm-dụng cụ.

- 01 vết mổ khoảng 4cm (3-5cm) khoang LS 4 hoặc 5 đường nách trước để thao tác.

+ Cách 2: - Liên sườn 8 đường nách trước: trocar 10mm – Camera.

- Liên sườn 9 đường nách sau: trocar 10mm - dụng cụ để vén phổi.

- 01 vết mổ khoảng 5cm LS 4 hoặc 5 đường nách giữa để thao tác và phẫu tích rốn phổi.

6.4. Kỹ thuật thực hiện

- Tùy thuộc kinh nghiệm và dụng cụ.

- Camera 30° được dùng để quan sát toàn bộ khoang màng phổi qua trocar LS 8 hoặc 9 và đánh giá lại vị trí khối u cũng như các thương tổn kèm theo để quyết định tiến hành cắt thùy phổi.

- Dùng Ring forceps hoặc Grasper nội soi để vén phổi qua lỗ trocar còn lại. Có thể dùng dụng cụ nội soi hoặc dụng cụ phẫu thuật mở kinh điển để bóc tách các cấu trúc rốn phổi dưới màn hình nội soi qua vết mổ 5cm.

- Các nhánh động mạch và tĩnh mạch phổi được cắt bằng stapler 2,0 hoặc 2,5mm, và phế quản hoặc nhu mô phổi được cắt bằng stapler 3,5 hoặc 4,5mm.

- Mẫu mô thùy phổi sau khi cắt được đưa vào túi đựng bệnh phẩm và lấy ra ngoài qua vết mổ nhỏ.

+ Nạo hạch nhóm 2 đến 4: Màng phổi trung thất ngay vị trí hạch nhóm 2-4 được cắt bằng dao đốt hoặc harmonic scarpel, dao ligasure. Mô hạch được bóc tách khỏi thành bên của TMC trên cho đến động mạch dưới đòn phải.

+ Nạo hạch nhóm 5 và 6

Màng phổi trung thất ngay vị trí cửa sổ phế chủ được cắt theo hướng ngang. Ring forceps với đầu cong được dùng để giữ mô hạch và mô mỡ xung quanh hạch, sau đó bóc tách và cắt toàn bộ mô hạch phía dưới ĐM phổi (hạch nhóm 5) và ĐMC (hạch nhóm 6).

+ Nạo hạch nhóm 7 (bên phải): Ring forceps được dùng để nắm phần phía dưới của mô hạch nhóm 7 và kéo lật về phía trên. Khi phần dưới của mô hạch được lật lên hoàn toàn, tiếp tục bóc tách về phía trên và clip các nhánh mạch máu nhỏ, cho đến khi thấy rõ ngã ba khí phế quản.

+ Nạo hạch nhóm 7 (bên trái): Tương tự như bên phải, Ring forceps đầu cong được đặt giữa PQ gốc trái và thực quản, sau đó mở rộng đầu ring forceps để vén và tách rời PQ gốc với thực quản. Một Ring forceps khác được dùng nắm mô hạch và bóc tách về phía trên cho đến ngã ba khí phế quản.

+ Nạo hạch nhóm 8 và 9: Trong lúc di động dây chằng phổi dưới, Ring forceps được dùng để nắm mô hạch và kéo ra ngoài khỏi trung thất. Sau đó dễ dàng cắt lấy các nhóm hạch này bằng dao đốt hoặc harmonic scarpel, dao Ligasure.

- Mẫu mô hạch được lấy ra ngoài qua vết mổ nhỏ sau khi cho vào túi đựng bệnh phẩm.

- Kiểm tra cầm máu và kiểm tra xì khí mặt cắt phế quản và nhu mô phổi vùng rãnh liên thùy bằng cho nước vào khoang màng phổi và yêu cầu bác sĩ gây mê bóp cho phổi nở. Có thể khâu tăng cường bằng chỉ vicryl nếu thấy mặt cắt rò khí nhiều.

- Hút sạch nước và dịch trong khoang màng phổi, sau đó đặt dẫn lưu màng phổi 32Fr qua lỗ trocar camera.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- SpO₂ trong và sau mổ.
- Lượng dịch và tính chất dịch (máu) qua ống dẫn lưu màng phổi.
- Tình trạng rò khí qua ống dẫn lưu màng phổi.

7.2. Xử trí tai biến

- Chảy máu:

+ Chảy máu trong mổ do rách hoặc thủng các mạch máu lớn, có thể dùng clip nội soi hoặc hemolock để kẹp cầm máu, nếu không thể cầm máu qua nội soi có thể mở ngực ngay để cầm máu.

+ Chảy máu sau mổ lượng nhiều và tiếp diễn cần phải phẫu thuật nội soi lại hoặc mổ mở để thám sát và cầm máu.

- Rò khí sau mổ: Thường rò khí từ mặt cắt, nếu ít tự lành. Nếu rò khí kéo dài trên 7 ngày có thể rò phế quản màng phổi, cần phẫu thuật lại để thám sát và xử trí tổn thương.

- Viêm phổi hoặc xẹp phổi sau mổ do tắc đờm: Nội soi phế quản hút đờm + tập vật lý trị liệu hô hấp tích cực + kháng sinh theo kinh nghiệm hoặc kháng sinh đồ qua soi cây đờm.

- Nhiễm trùng vết mổ: Thay băng + chăm sóc vết thương + kháng sinh theo kháng sinh đồ qua soi cây dịch vết mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2016), “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa Chuyên khoa Phẫu thuật Tim mạch-Lồng ngực”, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
2. Bộ Y tế (2019), “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Nhi Khoa”, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
3. Quyết định số 3023/QĐ-BYT ngày 28 tháng 7 năm 2023 của Bộ Y tế về việc ban hành Đề cương tài liệu chuyên môn Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh.

15. PHẪU THUẬT NỘI SOI MỞ ỚNG MẬT CHỦ LẤY SỎI + CẮT GAN THÙY TRÁI

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt gan thùy trái và mở ống mật chủ lấy sỏi là phương pháp mổ qua đường nội soi ổ bụng để lấy bỏ phần gan thùy trái (bao gồm hạ phân thùy 2, 3) và lấy sỏi ở đường mật ngoài gan (bao gồm ống mật chủ, ống gan chung) có hoặc không kết hợp nội soi đường mật.

2. CHỈ ĐỊNH

Sỏi đường mật trong gan thùy trái kèm teo gan thùy trái

Sỏi đường mật ngoài gan

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Chống chỉ định của phẫu thuật ổ bụng nói chung: rối loạn đông máu nặng, bệnh lý tim mạch, hô hấp...không cho phép gây mê toàn thân.

- Chống chỉ định của phẫu thuật nội soi ổ bụng nói chung: không thể bơm CO2 vào khoang bụng...

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện:

Bác sỹ chuyên khoa tiêu hóa gan mật đã được đào tạo PTNS cơ bản.

4.2. Trang thiết bị:

- Bàn mổ có thể dạng chân và xoay các chiều.
- Giàn máy mổ nội soi ổ bụng.
- Bộ dụng cụ mổ nội soi ổ bụng.
- Ống Kehr đủ các số, Hemolock clip đủ các số, túi chứa bệnh phẩm. Forceps gấp sỏi như Mirizzi hoặc Randall loại thẳng và cong, Kehr đủ số (thường dùng từ 14 - 20F), bộ nong đường mật (nếu có).

4.3. Người bệnh:

- Các xét nghiệm cơ bản phục vụ cuộc phẫu thuật.
- Các xét nghiệm đánh giá chức năng gan, chức năng hô hấp
- Siêu âm bụng, chụp cộng hưởng từ đường mật (nếu có).

4.4. Hồ sơ bệnh án:

- Hoàn thành các thủ tục hành chính theo quy định: bệnh án chi tiết, biên bản hội chẩn, biên bản khám trước khi gây mê, giấy cam đoan đồng ý phẫu thuật.

4.5. Kiểm tra hồ sơ:

- Kiểm tra người bệnh: Đúng người (tên, tuổi,...), đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

4.6. Thời gian thực hiện: Tối thiểu 180 phút trở lên

5. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

5.1 Tư thế:

Người bệnh nằm ngửa, 2 chân dạng, 2 tay khép. Màn hình đặt ở phía đầu bên tay trái người bệnh.

Người thực hiện đứng bên tay phải người bệnh, người cầm kính soi đứng giữa 2 chân, người phụ đứng bên trái người bệnh, dụng cụ viên đứng bên trái người thực hiện.

5.2. Vô cảm: Mê nội khí quản. Đặt ống thông dạ dày, thông niệu đạo.

5.3. Thực hiện kỹ thuật:

- Mở bụng theo kỹ thuật mini-open ở dưới rốn để đặt trocar 10mm. Bơm hơi ổ bụng, duy trì áp lực trong ổ bụng 10-12 mmHg.

- Đưa camera quan sát, lựa chọn vị trí đặt các trocar tiếp theo: trocar 10mm bờ trái cơ thẳng bụng, ngang bên trái rốn; trocar 5mm ở bờ phải cơ thẳng bụng ngang bên phải rốn; trocar 5mm ở mũi ức và trocar 5mm dưới sườn trái.

- Dùng dao cắt đốt siêu âm cắt dây chằng tròn, dây chằng liềm. Di động thùy gan trái. Tìm và cột động mạch gan trái xuất phát từ động mạch vị trái nếu có.

- Dùng dao cắt đốt siêu âm cắt nhu mô gan tại ranh giới thùy gan trái-thùy gan phải (nơi bám của dây chằng liềm trên bề mặt gan).

- Phẫu tích tìm từng thành phần của bộ ba cửa (đường mật, động mạch và tĩnh mạch cửa). Thất nhánh tĩnh mạch cửa và động mạch (có thể dùng hemolock hay cột chỉ).

- Cắt đường mật của hạ phân thùy 2 và 3. Cắt phần nhu mô gan còn lại.

Phẫu tích để bộc lộ tĩnh mạch gan trái. Dùng Hemolock để kẹp tĩnh mạch gan trái.

- Cho gan thùy trái vào túi bệnh phẩm.

- Dùng Mirizzi hoặc Randall để thám sát đường mật.

- Chỉnh bàn nghiêng trái tối đa, bộc lộ ống mật chủ. Dùng móc đốt mở dọc mặt trước ống mật chủ.

- Thám sát đoạn cuối ống mật chủ bằng Mirizzi hoặc Randall kiểm tra sự thông thương của ống mật chủ và ống gan trái (có thể dùng máy soi đường mật).

- Bơm rửa đường mật, đặt ống Kehr phù hợp với ống mật chủ. Khâu ống mật chủ, khâu nhánh đường mật hạ phân thùy 2,3. Bơm nước kiểm tra.

- Lau rửa ổ bụng từng vùng, dẫn lưu khoang Morrison.

- Mở rộng vết mổ ở rốn để lấy bệnh phẩm.

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

6.1. Theo dõi

- Rút sonde dạ dày sau 24h-48h.

- Cho ăn khi có trung tiện.

- Ngồi dậy, đi lại sau 48h-72h.
- Rút ống dẫn lưu bụng sau 72h.
- Chụp Kehr sau 7 ngày, nếu không có sốt sỏi hay dị vật và thuốc xuống tá tràng tốt buộc Kehr và chỉ rút Kehr sau tối thiểu 3-4 tuần.
- Ra viện sau 7 - 10 ngày.

6.2. Xử trí tai biến

- Chảy máu trong ổ bụng: do tổn thương mạch máu vùng cuống gan hoặc tuột hemolock động mạch, tĩnh mạch cửa cho hạ phân thùy 2,3. Xử lý: nội soi kiểm tra hoặc mổ mở để cầm máu.

- Viêm phúc mạc: do xì chỗ khâu ống mật chủ, nhánh đường mật hạ phân thùy 2,3 hoặc thương tổn đường mật chính mà không phát hiện được lúc mổ. Xử trí: nội soi kiểm tra hay mở bụng xử trí theo thương tổn.

- Áp xe tồn lưu: thường gặp do sót sỏi trong ổ bụng. Điều trị kháng sinh kết hợp chọc hút dưới siêu âm

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật phẫu thuật nội soi” Quyết định số 7708/QĐ-BYT, Bộ Y tế

2. Quyết định số 3023/QĐ-BYT ngày 28 tháng 7 năm 2023 của Bộ Y tế về việc ban hành Đề cương tài liệu chuyên môn Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh.

16. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TÚI MẬT, MỞ OMC LẤY SỎI, DẪN LƯU KEHR

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật nội soi mở ống mật chủ lấy sỏi + cắt túi mật là một phương pháp mổ được dùng để can thiệp lấy sỏi đường mật + cắt bỏ túi mật do túi mật có sỏi hoặc polyp hoặc bệnh cơ tuyến túi mật. Nội dung chính yếu của phương pháp mổ này bao gồm: tiếp cận các thành phần trong ổ bụng bằng cách nội soi ổ bụng; phẫu tích, bóc lộ tam giác gan mật, ống mật chủ, cắt túi mật và xẻ ống mật chủ hoặc ống gan chung; lấy sỏi đường mật; khâu lại chỗ xẻ đường mật với có hoặc không kết hợp **đặt dẫn lưu đường mật**.

2. CHỈ ĐỊNH

2.1. Chỉ định:

Những trường hợp túi mật có bệnh hoặc có sỏi mà có chỉ phẫu thuật nội soi cắt túi mật và có thêm 1 trong các điều kiện sau:

- Sỏi đường mật ngoài gan (sỏi ống mật chủ, ống gan chung và ngã 3 đường mật) mà ERCP (nội soi mật tụy ngược dòng) điều trị bị thất bại ở thì trước đó hoặc cùng lúc mổ cắt túi mật.

- Sỏi đường mật ngoài gan mà không thực hiện ERCP để lấy sỏi.

2. Chỉ định cần thảo luận:

- Thay đổi cấu trúc giải phẫu bình thường do phẫu thuật: cắt toàn bộ dạ dày + nối thực quản - hồng tràng, cắt bán phần dưới dạ dày + nối dạ dày - hồng tràng, phẫu thuật Whipple (cắt khối tá tụy).

- Sỏi đường mật trong gan kèm đường kính ống mật chủ ≥ 8 mm.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Sỏi đường mật trong và ngoài gan.

- Chống chỉ định của phẫu thuật nội soi ổ bụng nói chung: không thể bơm CO₂ khoang ổ bụng (suy tim, bệnh hô hấp nặng...).

- Chống chỉ định của phẫu thuật ổ bụng nói chung: rối loạn đông máu nặng, bệnh lý tim mạch hô hấp không cho phép thực hiện gây mê toàn thân.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện:

Người thực hiện là bác sĩ phẫu thuật chuyên khoa Ngoại tiêu hoá - gan mật tụy đã được đào tạo phẫu thuật nội soi căn bản hoặc giảng viên của một trung tâm hoặc tổ chức hoặc đơn vị huấn luyện phẫu thuật nội soi. Ngoài ra, cần phải có 1 kíp mổ bao gồm: bác sĩ gây mê, bác sĩ phụ mổ (có thể thay thế bằng dụng cụ viên được huấn luyện phụ mổ), kỹ thuật viên gây mê, dụng cụ viên.

4.2. Trang thiết bị

- Bàn mổ có thể dạng chân, quay các chiều.

- Hệ thống máy mổ nội soi ổ bụng.
- Bộ dụng cụ mổ nội soi ổ bụng.
- Bộ dụng cụ mổ mật: Forceps gấp sỏi như Mirizzi hoặc Randall loại thẳng và cong, Kehr đủ số (thường dùng từ 14 - 20F), bộ nong đường mật (nếu có).

4.3. Vật tư

Kim chỉ khâu đường mật: loại chỉ tan chậm như Vicryl 3.0 hoặc safil 3.0,...

4.4. Người bệnh

- Các xét nghiệm cơ bản phục vụ cuộc mổ.
- Các xét nghiệm đánh giá chức năng gan, chức năng hô hấp.
- Siêu âm ổ bụng, chụp cộng hưởng từ đường mật hoặc chụp cắt lớp vi tính để chẩn đoán sỏi đường mật và khảo sát kích thước đường mật ngoài gan.

4.5. Hồ sơ bệnh án

Hoàn thành các thủ tục hành chính theo quy định: bệnh án chi tiết, biên bản hội chẩn, biên bản khám trước khi gây mê, giấy cam đoan đồng ý phẫu thuật.

4.6. Kiểm tra hồ sơ

- Kiểm tra người bệnh: Đúng người (tên, tuổi,...), đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

4.7. Thời gian thực hiện: Tối thiểu 120 phút trở lên

5. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

5.1. Tư thế

- Người bệnh nằm ngửa, 2 chân có thể khép hoặc dạng 90°, tay phải dạng hoặc khép, tay trái thường được khép. Màn hình đặt ở phía đầu bên tay phải người bệnh nếu người mổ chính đứng giữa 2 chân người bệnh. Trường hợp người mổ chính đứng bên trái người bệnh thì màn hình đặt ở bên phải người bệnh ngang mức hông.

- Người mổ phụ 1: cầm camera đứng phía dưới người thực hiện hoặc giữa 2 chân. Người mổ phụ 2 (nếu có): đứng phía trên bên trái hoặc bên trái người bệnh để vén gan, cầm ống hút. Dụng cụ viên đứng phía dưới bên trái hoặc phải người bệnh tùy theo người mổ chính đứng bên trái hay giữa 2 chân người bệnh.

5.2. Vô cảm: Mê nội khí quản. Có đặt ống thông dạ dày.

5.3. Kỹ thuật

- Đặt trocar số 1 (thường gọi là trocar rốn) ở ngay dưới rốn: có thể áp dụng kỹ thuật mở hay kín, trocar được sử dụng là trocar 10mm.

- Bơm hơi ổ bụng (CO₂), duy trì áp lực trong ổ bụng 10 - 12 mmHg.

- Đưa camera quan sát, lựa chọn vị trí đặt các trocar tiếp theo: 1 trocar 10mm 2 trocar 5mm. Vị trí của các trocar này thường là dưới mũi ức, dưới sườn phải và mạn sườn phải.

- Phẫu tích, bộc lộ tam giác gan mật. Clip + cắt động mạch túi mật và ống túi mật. Cắt giường túi mật. Một số trường hợp đặc biệt như ống túi mật quá to, ống túi mật trong viêm túi mật cấp phải cột hoặc khâu cột ống túi mật, dùng clip sẽ không an toàn.

- Phẫu tích, bộc lộ ống mật chủ. Thông thường phải mở lớp phúc mạc phủ trước ống mật chủ, phẫu tích mô mỡ xung quanh thì sẽ thấy rõ thành trước ống mật chủ.

- Trong những trường hợp khó có thể dùng kỹ thuật chọc thăm dò đường mật.

- Mở ống mật chủ.

- Dùng kiềm gấp sỏi thẳng và cong qua lỗ trocar dưới sườn phải để lấy sỏi trong ống mật, đồng thời đưa qua Oddi xuống tá tràng.

- Đưa ống nhựa qua trocar dưới sườn phải vào ống mật chủ để bơm rửa đường mật (nếu cần) để lấy sỏi nhỏ, sỏi vụn, mũ đường mật, máu cục và kiểm tra sự thông thương của đoạn cuối ống mật chủ và cơ vòng Oddi.

- Đặt dẫn lưu đường mật bằng ống T qua lỗ troca dưới sườn phải

- Khâu ống mật chủ: bằng chỉ tan chậm, thường là loại 3.0. Có thể mũi rời hoặc mũi liên tục.

- Hút rửa sạch. Đặt 1 dẫn lưu dưới gan

- Lây bệnh phẩm, đóng các lỗ trocar bằng chỉ tan.

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

6.1. Theo dõi

- Rút ống thông mũi - dạ dày và cho ăn lại sớm sau mổ

- Theo dõi số lượng và tính chất dịch qua ống Kehr mỗi ngày.

- Chụp Kehr sau 7 ngày, nếu không có sỏi sỏi hay dị vật và thuốc xuống tá tràng tốt thì kẹp ống Kehr. Sau đó hẹn người bệnh tái khám, đánh giá lại và xem xét rút Kehr.

6.2. Tai biến

- Chảy máu trong ổ bụng: do tổn thương mạch máu vùng cuống gan hoặc lỗ trocar. Xử lý tùy theo thương tổn.

6.3. Biến chứng sau mổ

- Viêm phúc mạc: do xì chỗ khâu ống mật chủ hoặc hoặc thương tổn đường mật chính hoặc tổn thương đường tiêu hóa: mổ lại để xử trí theo thương tổn

- Áp xe tồn lưu: điều trị nội khoa (điều trị kháng sinh kết hợp chọc hút dưới siêu âm) + theo dõi sát và xem xét mổ lại khi cần.

- Rò mật

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật phẫu thuật nội soi” Quyết định số 7708/QĐ-BYT, Bộ Y tế.

2. Quyết định số 3023/QĐ-BYT ngày 28 tháng 7 năm 2023 của Bộ Y tế về việc ban hành Đề cương tài liệu chuyên môn Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh.

17. MỞ ỚNG MẬT CHỦ LẤY SỎI ĐƯỜNG MẬT, NỘI SOI TÁN SỎI ĐƯỜNG MẬT

1. ĐẠI CƯƠNG

- Phẫu thuật điều trị sỏi trong gan phải đạt mục đích lấy được sỏi trong đường mật một cách tối đa, đảm bảo lưu thông dịch mật xuống đường tiêu hóa và tránh ứ đọng dịch mật.

- Có nhiều phương pháp khác nhau được áp dụng để điều trị sỏi trong gan, trong đó việc sử dụng nội soi đường mật và tán sỏi điện thủy lực là một trong những kỹ thuật tiên tiến giúp cho lấy sỏi hiệu quả nhất, hạ thấp tối đa tỷ lệ sót sỏi.

2. CHỈ ĐỊNH

Tất cả các người bệnh có sỏi trong gan có hoặc không kèm theo sỏi ống mật chủ và sỏi túi mật.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các người bệnh trong tình trạng nặng: sốc nhiễm trùng đường mật, rối loạn đông máu nặng, người bệnh già suy kiệt nặng.

- Các người bệnh có chống chỉ định tuyệt đối của gây mê: suy tim nặng, suy hô hấp nặng.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Phẫu thuật viên chuyên khoa gan mật và bác sĩ gây mê hồi sức có kinh nghiệm (PTV và 2 phụ mổ).

4.2. Vật tư

Kim chỉ tiêu chậm 3/0,4/0.

4.3. Trang thiết bị

- Bộ dụng cụ đại phẫu thuật trong mổ mở sỏi mật.
- Bộ dụng cụ lấy sỏi kinh điển: kìm Mirizzi với các độ cong khác nhau.
- Dàn máy nội soi đường mật với ống soi mềm đường kính 5mm có thể điều khiển 2 chiều hoặc 4 chiều.
- Máy tán sỏi điện thủy lực/ laser + dây tán sỏi.
- Giá treo túi nước muối sinh lý có quần băng của máy đo huyết áp hoặc tốt nhất là có máy bơm nước với động cơ có điều khiển áp lực bơm nước.

4.4. Người bệnh: đã được chuẩn bị mổ theo kế hoạch.

4.5. Thời gian phẫu thuật: 03 giờ

4.6. Kiểm tra hồ sơ

- Kiểm tra người bệnh: Đúng người (tên, tuổi,...), đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Tư thế: Người bệnh nằm ngửa, 2 tay dạng.

5.2. Vô cảm:

Gây mê nội khí quản.

Đặt sonde dạ dày và sonde tiểu.

5.3. Kỹ thuật

- Bước 1. Mở bụng theo đường trắng giữa trên rốn, có thể kéo dài qua rốn.
- Bước 2. Phẫu tích bộc lộ rõ cuống gan, ống mật chủ.
- Bước 3. Thăm dò đánh giá tình trạng gan, lách, đường mật, túi mật và ổ bụng.
- Bước 4. Mở ống mật chủ: khâu treo và mở một lỗ ở mặt trước ống mật chủ (mở ngang hoặc dọc).
- Bước 5. Soi đường mật để đánh giá sỏi và tình trạng đường mật:
 - + Màn hình để đối diện phẫu thuật viên, cách khoảng 1,5 - 2m.
 - + PTV đứng ở bên trái người bệnh.
 - + Bộ tưới rửa trên cao khoảng 1m so với mặt bàn mổ có quần bằng bơm áp lực khoảng 300mmHg, hoặc sử dụng hệ thống máy bơm nước có van điều khiển áp lực
 - + Tay trái của PTV cầm bộ phận điều khiển ống soi, tay phải cầm phần đầu xa của ống soi để đưa vào ống mật chủ. Bắt đầu soi lần lượt ống mật chủ, ống gan chung và các ống gan, ống phân thùy và hạ phân thùy của từng bên. Trong khi soi quan sát trên màn hình để đánh giá tình trạng tổn thương trong đường mật và sỏi.
- Bước 6. Lấy sỏi bằng dụng cụ kinh điển: sử dụng kìm Mirizzi với các độ cong khác nhau lấy sỏi ở ống mật chủ và các đường mật trong gan, kết hợp với bơm rửa đường mật để lấy sỏi một cách tối đa.
- Bước 7. Soi lại đường mật để xác định sỏi sót còn chưa lấy được.
- Bước 8. Tán sỏi (điện thủy lực)
 - + Trước khi tán sỏi cần nhắc bác sĩ gây mê phối hợp, tránh cho người bệnh nấc, tỉnh khi tán sỏi.
 - + PTV sử dụng ống soi mềm để tiếp cận viên sỏi cần tán.
 - + Dụng cụ viên nhẹ nhàng luồn điện cực tán sỏi qua kênh dụng cụ và quan sát trên quang trường, khi thấy đầu điện cực chui ra khỏi đầu ống soi hết phần có bọc kim loại thì dừng lại.
 - + PTV bắt đầu điều chỉnh lại lần cuối để đầu điện cực chạm vào giữa bề mặt viên sỏi, tuyệt đối không được chạm hoặc sát thành đường mật.
 - + Người chạy ngoài đứng cạnh máy tán để điều khiển cường độ theo sự điều khiển của PTV.
 - + Tất cả êkíp phẫu thuật phải tuyệt đối nghe theo khẩu lệnh của PTV.

+ Trước khi giảm lên bàn đạp tán sỏi, PTV cần nhắc người phụ tuyệt đối không động vào dây tán sỏi để tránh nguy cơ làm chệch.

+ PTV bắt đầu giảm lên bàn đạp và quan sát hiệu quả vỡ sỏi. Nếu chưa đạt thì phải nhắc tăng cường độ tán. Quan sát nếu thấy viên sỏi đã vỡ thành từng mảnh thì dừng lại, rút bỏ dây tán và tăng áp lực bơm rửa để đẩy sỏi ra

+ Sau khi bơm rửa không còn thấy ra sỏi nữa thì soi lại để tiếp tục 1 quy trình tán như trước.

+ Đến khi đã lấy sỏi được 1 cách tối đa cần kiểm tra đảm bảo lưu thông qua oddi

- Bước 9. Đặtkehr và khâu lại ống mật chủ.

- Bước 10. Lau rửa sạch ổ bụng, đặt dẫn lưu dưới gan và đóng bụng hai lớp.

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

6.1. Tai biến ngay trong mổ:

Chảy máu đường mật trong khi tán sỏi: thường là do đầu điện cực tán sỏi chạm vào thành đường mật. Khi thấy máu chảy phải xác định ngay vị trí chảy máu ở hạ phân thùy nào. Rút ống soi nhẹ nhàng và bơm rửa đường mật bằng huyết thanh mặn ấm. Nếu không đỡ có thể nhét meche vào đường mật hoặc dùng 1 Foley nhỏ luồn vào đường mật rồi bơm kóp để cầm máu, đợi khoảng 5-10 phút sau đó lấy bỏ meche nhẹ nhàng. Nếu không hết chảy có thể phải thắt động mạch gan riêng. Nếu không kết quả thì: hoặc khâu cầm máu qua nhu mô, hoặc cắt gan.

6.2. Theo dõi sau mổ:

- Đảm bảo lưu thôngkehr

- Chảy máu sau mổ: Theo dõi sát người bệnh để xử trí kịp thời như hồi sức truyền máu, can thiệp nút mạch hay mổ cấp cứu xử trí nguyên nhân.

- Áp xe tồn dư sau mổ: Theo dõi điều trị nội khoa kháng sinh, dẫn lưu ổ dịch dưới hướng dẫn của siêu âm...

- Rò mật

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa, chuyên khoa Phẫu thuật Tiêu hóa”, Quyết định số 5730/QĐ-BYT của Bộ Y tế

2. Quyết định số 3023/QĐ-BYT ngày 28 tháng 7 năm 2023 của Bộ Y tế về việc ban hành Đề cương tài liệu chuyên môn Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh.

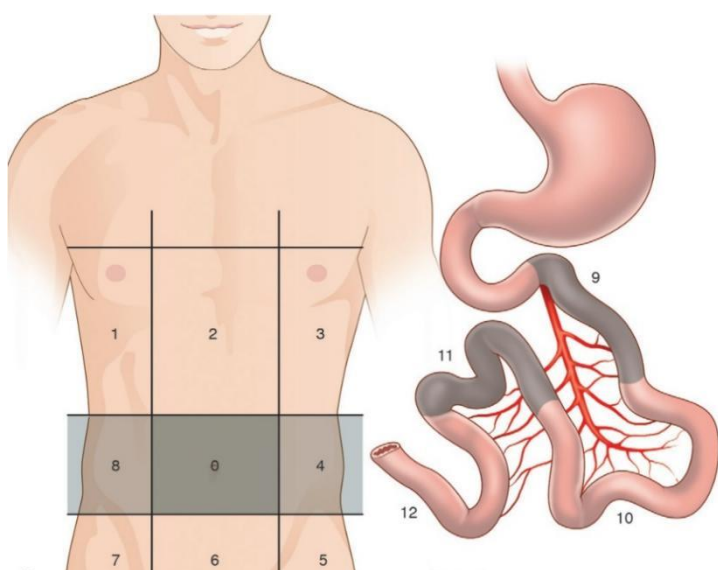
18. BÓC PHÚC MẠC KÈM THEO CẮT CÁC TẠNG KHÁC

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật bóc phúc mạc trong ổ bụng là kỹ thuật lấy bỏ phúc mạc một chỗ hoặc nhiều chỗ trong ổ bụng, nhằm mục đích chủ yếu trong phẫu thuật điều trị ung thư có di căn phúc mạc như từ ung thư dạ dày, ruột non, ruột thừa, đại trực tràng, buồng trứng, u nhầy phúc mạc (Pseudomyxoma peritonei), u trung mô ác tính của phúc mạc (Malignant peritoneal mesothelioma)

Kỹ thuật này có thể được thực hiện đơn thuần hoặc kèm theo cắt các tạng có tổn thương nhằm giảm tối đa tế bào ung thư ở mặt đại thể (Cytoreductive surgery).

Đánh giá mức độ di căn phúc mạc trong ổ bụng dựa vào chỉ số ung thư phúc mạc (PCI – Peritoneal Cancer Index) hay còn gọi là chỉ số Sugarbaker, đây là chỉ số tiên lượng chính đối với khả năng sống sau mổ của người bệnh. Chỉ số PCI được tính từ 1 đến 39 điểm, dựa trên tổng số điểm của 13 vùng được phân chia trong ổ bụng (từ 0 đến 3 điểm cho mỗi vùng tùy theo kích thước của nhân di căn) như hình dưới đây. Chỉ số này rất quan trọng trong việc tiên lượng và chỉ định kỹ thuật này, ví dụ: trong ung thư đại trực tràng mà chỉ số PCI ≥ 20 thì không có chỉ định phẫu thuật cytoreduction kèm theo CHIP vì tỉ lệ tử vong sau mổ cao và không có giá trị tiên lượng lâu dài.



Hình vẽ

13 vùng phân chia trong ổ bụng từ vùng số 0 đến 12 (hình vẽ)

Mỗi vùng có điểm từ 0 đến 3

- 0 điểm: Không quan sát thấy
- 1 điểm: nhân nhỏ dưới 0,5 cm
- 2 điểm: nhân từ 0,5- 5 cm
- 3 điểm: nhân to trên 5 cm hoặc thêm nhiễm thành khối với tổ chức vùng xung quanh.

Tổng số điểm PCI: Từ 1-39 điểm

2. CHỈ ĐỊNH

Các người bệnh có tổn thương di căn phúc mạc mà trong mổ có thể lấy bỏ được hết tổn thương di căn đối với các ung thư từ: dạ dày, ruột non, ruột thừa, đại trực tràng, buồng trứng, u nhầy phúc mạc, u trung mô ác tính của phúc mạc.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Các người bệnh có thêm tổn thương di căn ở cơ quan khác như gan, phổi, não, hạch sau phúc mạc ...

Các tổn thương di căn từ gan, tụy, mật (u Klatskin hoặc Cholangiocarcinoma).

Khám gây mê hồi sức: Không đủ tiêu chuẩn về thể trạng, dinh dưỡng, bệnh lý toàn thân khác ...

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Phẫu thuật viên chuyên khoa ngoại Tiêu hóa, Gan-mật-tụy.

Số lượng PTV phụ mổ: 2 người.

4.2. Vật tư

- Chỉ mạch máu Prolene 4/0, 5/0.

- Chỉ tiêu Vicryl 3.0, 4.0.

- Chỉ không tiêu 3/0, 4/0.

4.3. Trang thiết bị

Dụng cụ theo chuyên khoa.

Dao điện đơn cực, lưỡng cực, dao hàn mạch.

Bộ dụng cụ đại phẫu tiêu hoá.

4.4. Người bệnh

Chế độ dinh dưỡng, miễn dịch tốt trước mổ đối với những người bệnh giảm 10% cân nặng cơ thể trong vòng 6 tháng qua.

Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.

Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi.

Điều trị ổn định các bệnh nội khoa như cao huyết áp, đái đường,.... Trước khi can thiệp phẫu thuật. Truyền máu nếu người bệnh có thiếu máu nhiều. Tập vận động thể chất hoặc phục hồi chức năng tốt...

Nhịn ăn, thực tháo, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.

4.5. Thời gian phẫu thuật: 04 giờ.

4.6. Kiểm tra hồ sơ

- Kiểm tra người bệnh: Đúng người (tên, tuổi,...), đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

5. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

5.1. Tư thế

Người bệnh nằm ngửa, 2 tay dạng vuông góc với người.

Phẫu thuật viên đứng bên phải người bệnh, người phụ 1 và 2 đứng bên trái, dụng cụ viên đứng cùng bên phẫu thuật viên.

Thường kê một gói nhỏ ở mũi ức để bộc lộ rõ đường mổ, sát trùng toàn bộ ổ bụng từ dưới núm vú đến xương mu.

5.2. Vô cảm: Gây mê nội khí quản, đặt sonde dạ dày, đặt sonde tiểu, đặt đường truyền ngoại vi và trung ương.

5.3. Kỹ thuật

- Bước 1: Mở bụng đường trắng giữa trên rốn kéo dài xuống dưới rốn.

- Bước 2: Thăm dò, đánh giá tình trạng ổ bụng; dịch ổ bụng, phúc mạc, di căn gan, di căn buồng trứng ở nữ, di căn hạch, xâm lấn tại chỗ của khối u, đánh giá điểm PCI. Dự kiến bóc phúc mạc đơn thuần hay có kèm theo cắt các tạng và khả năng có thể lấy bỏ hết tổn thương hay không.

- Bước 3: Cắt tạng bị tổn thương có thể nguyên phát hoặc bị xâm lấn như cắt bỏ toàn bộ mạc nối lớn, cắt đoạn hoặc toàn bộ dạ dày, cắt đoạn ruột non (chú ý hội chứng ruột ngắn khi ruột non còn lại dưới 2m dài), cắt đoạn đại tràng, trực tràng, cắt trực tràng làm hậu môn nhân tạo vĩnh viễn, cắt tử cung và phần phụ, cắt bàng quang bán phần, cắt bàng quang toàn phần đưa niệu quản ra da, cắt toàn bộ tiêu khung (pelvectomy - bao gồm trực tràng, bàng quang, tử cung), cắt lách, cắt tụy hoặc phần gan bị xâm lấn (không phải di căn), cắt khối tá tụy.

- Bước 4: Lập lại lưu thông tiêu hóa (ống tiêu hóa, mật, tụy) hoặc dẫn lưu ra ngoài với niệu quản hoặc hậu môn nhân tạo (tạm thời hoặc vĩnh viễn)

- Bước 5: Bóc phúc mạc lần lượt theo 13 vùng được phân chia như trên bằng dao điện hoặc kéo phẫu tích, không là tổn thương tạng hoặc chảy máu. Với các tổn thương nhỏ trên bề mặt tạng rộng hoặc mạc treo thì dùng bơm tiêm nhỏ nước muối sinh lý tiêm dưới thanh mạc để làm phồng nhân di căn lên để thuận lợi cho việc lấy bỏ.

- Bước 5: Gửi giải phẫu bệnh làm sinh thiết tức thì nếu được, với mỗi vùng lấy bỏ phúc mạc cần đánh dấu số theo vị trí 13 vùng như trên.

- Bước 6: Cầm máu kỹ, lau rửa sạch ổ bụng, đặt dẫn lưu đóng bụng 2 lớp (cân cơ và da).

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

6.1. Theo dõi sau mổ

Dấu hiệu sinh tồn sau mổ (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở...), dẫn lưu (số lượng, tính chất, màu sắc dịch...).

Khi người bệnh rút được ống nội khí quản thì được chuyển về bệnh phòng, thở Oxy, nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch tùy thể trạng BN, các xét nghiệm cơ bản.

6.2. Biến chứng sau mổ

* Biến chứng ngoại khoa:

Chảy máu sau mổ: Theo dõi sát người bệnh để xử trí kịp thời như hồi sức truyền máu, can thiệp nút mạch hay mổ cấp cứu xử trí nguyên nhân.

Áp xe tồn dư sau mổ: Theo dõi điều trị nội khoa kháng sinh, dẫn lưu ổ dịch dưới hướng dẫn của siêu âm...

Viêm phúc mạc: Theo dõi sát tình trạng bệnh để chẩn đoán và mổ cấp cứu kịp thời.

*** Biện chứng nội khoa:**

Viêm phổi, suy hô hấp.

Tắc mạch phổi, nhồi máu cơ tim

Nhiễm trùng huyết

Nhiễm trùng tiết niệu

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa Chuyên khoa Phẫu thuật Tim mạch, Cột sống, Chi dưới, Gan mật, Thần kinh, Ung bướu, Trung tâm ghép tạng, Tiêu hóa, Nam học”, Quyết định số 11/QĐ-BYT ngày 04/01/2022, Bộ Y tế.

2. Quyết định số 3023/QĐ-BYT ngày 28 tháng 7 năm 2023 của Bộ Y tế về việc ban hành Đề cương tài liệu chuyên môn Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh.

19. CẮT U TRUNG THẤT VỪA VÀ NHỎ LỆCH 1 BÊN LÒNG NGỰC

1. ĐẠI CƯƠNG

Trung thất là khoang được giới hạn phía trên bởi nền cổ, phía dưới bởi cơ hoành, phía sau là cột sống, trước là xương ức, hai bên là màng phổi trung thất. Chia ra trung thất trước, giữa và sau.

U trung thất thường tiến triển âm thầm nên hầu hết phát hiện tình cờ do khám sức khỏe định kỳ hoặc người bệnh đến viện vào giai đoạn muộn. Một khối u phát triển trong trung thất sẽ gây ra chèn ép hoặc thâm nhiễm vào các bộ phận lân cận.

Phẫu thuật cắt u trung thất với kích thước dưới 5cm nhằm loại bỏ khối u, giải phóng chèn ép và tạo điều kiện cho điều trị tia xạ hoặc hóa chất.

2. CHỈ ĐỊNH

- Tất cả các trường hợp được chẩn đoán u trung thất có kích thước đo trên phim cắt lớp vi tính dưới 5cm (đường kính lớn nhất).
- Khối u không hoặc xâm lấn rất ít vào các tạng lân cận trong lồng ngực, hoặc u nang.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Rối loạn đông máu, nhiễm trùng tiến triển tại vị trí phẫu thuật hoặc toàn thân.
- Bệnh màng phổi, màng tim dính.
- Suy tim nặng, thể trạng suy kiệt.
- Suy chức năng gan, thận.

4. THẬN TRỌNG

Cần lưu ý khi phẫu thuật cho bệnh nhân có các bệnh lý nền ảnh hưởng đến sức khỏe như rối loạn đông máu hoặc nhiễm trùng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 Bác sĩ phẫu thuật chính.
- 02 Phụ phẫu thuật.
- 01 Dụng cụ viên.
- 01 Điều dưỡng vòng ngoài.
- 01 Bác sĩ gây mê.
- 01 Điều dưỡng phụ mê.

5.2. Thuốc

Thuốc gây mê/gây tê theo quy trình gây mê/gây tê.

5.3. Vật tư

- Tay dao mổ điện.

- Tay dao siêu âm/Dao hàn mạch.

5.4. Trang thiết bị

- Máy dao mổ điện.
- Máy dao hàn mạch/ dao siêu âm.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật lồng ngực (Finochietto, ...)

5.5. Người bệnh

- Giải thích cho người bệnh, người nhà về kỹ thuật trước khi thực hiện (mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...).
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật: vệ sinh, đánh dấu vị trí phẫu thuật.
- Nhịn ăn theo quy định.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Đầy đủ theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 1.5 - 02 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: phòng mổ - khoa gây mê hồi tỉnh.

5.8. Kiểm tra hồ sơ

- Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.
- Đặt tư thế người bệnh: nằm nghiêng 60° hoặc 90°.

6. TIẾN HÀNH KỸ THUẬT

6.1. Bước 1

Đường vào một cổng từ ngực bên vị trí khoang liên sườn IV hoặc V tùy theo vị trí u.

6.2. Bước 2: Đánh giá tổn thương

- Cần đánh giá về đại thể là u lành tính hay ác tính.
- U còn trong vỏ hay đã phá vỡ vỏ.
- Liên quan với các thành phần như màng tim, màng phổi, các mạch máu lớn, thực quản, thần kinh... Khả năng lấy bỏ được triệt để hay không.

6.3. Bước 3: Cắt u trung thất.

- Lấy bỏ tối đa tổ chức khối u, sử dụng dao hàn mô, hàn mạch.

6.4. Bước 4: Đóng vết mổ

- Đặt dẫn lưu màng phổi.
- Đóng vết mổ thành ngực.

6.5. Bước 5: Kết thúc

- 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.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: đốt điện cầm máu, khâu - buộc cầm máu.
- Tổn thương phổi, màng phổi: xử lý tổn thương nhu mô, đặt dẫn lưu màng phổi.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: băng ép cầm máu, mổ lại cầm máu.
- Tràn dịch, tràn khí màng phổi: theo dõi và thở oxy, có thể đặt dẫn lưu màng phổi hoặc mổ lại xử lý thương tổn.

7.3. Biến chứng muộn

- Nhiễm trùng: thay băng hàng ngày + chăm sóc vết mổ + điều trị kháng sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2016), “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa Chuyên khoa Phẫu thuật Tim mạch-Lồng ngực”, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
2. Bộ Y tế (2019), “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Nhi Khoa”, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
3. Quyết định số 3023/QĐ-BYT ngày 28 tháng 7 năm 2023 của Bộ Y tế về việc ban hành Đề cương tài liệu chuyên môn Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh.

20. MỞ ỚNG MẬT CHỦ LẤY SỎI ĐƯỜNG MẬT, NỘI SOI ĐƯỜNG MẬT

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật mở ống mật chủ lấy sỏi là phương pháp mổ qua đường bụng để lấy bỏ sỏi ở đường mật ngoài gan (bao gồm ống mật chủ, ống gan chung) có hoặc không kết hợp đặt dẫn lưu đường mật.

Phẫu thuật phải đạt mục đích lấy được sỏi trong đường mật một cách triệt để, đảm bảo lưu thông dịch mật xuống đường tiêu hóa và tránh ứ đọng dịch mật. Nội soi đường mật ống mềm là phương pháp tối ưu hỗ trợ quan sát trực tiếp trong quá trình lấy sỏi tán sỏi khi cần thiết, đảm bảo không sót sỏi, kiểm tra lưu thông mật – ruột tránh bỏ sót các tổn thương như: chảy máu đường mật, chít hẹp đường mật, cơ Oddi từ đó hạn chế các biến chứng như chảy máu đường mật, tắc mật, rò mật sau mổ đặc biệt trong các trường hợp không dẫn lưu đường mật.

2. CHỈ ĐỊNH

- Sỏi đường mật ngoài gan (nhiều sỏi, sỏi lớn), không can thiệp được bằng các phương pháp khác: ERCP, tán sỏi qua da, hay can thiệp thất bại

- Nghi ngờ tổn thương của đường mật trong ngoài gan

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các người bệnh trong tình trạng nặng: sốc nhiễm trùng đường mật, rối loạn đông máu nặng, người bệnh già suy kiệt nặng.

- Các người bệnh có chống chỉ định tuyệt đối của gây mê: suy tim nặng, suy hô hấp nặng.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Phẫu thuật viên chuyên khoa gan mật và bác sĩ gây mê hồi sức có kinh nghiệm (PTV và 2 phụ mổ).

4.2. Vật tư

Kim chỉ tiêu chậm 3/0,4/0.

4.3. Trang thiết bị

- Bộ dụng cụ đại phẫu thuật trong mổ mở sỏi mật.

- Bộ dụng cụ lấy sỏi kinh điển: kìm Mirizzi với các độ cong khác nhau.

- Dàn máy nội soi đường mật với ống soi mềm đường kính 5mm có thể điều khiển 2 chiều hoặc 4 chiều.

- Máy tán sỏi điện thủy lực/laser + dây tán sỏi.

- Giá treo túi nước muối sinh lý có quần băng của máy đo huyết áp hoặc tốt nhất là có máy bơm nước với động cơ có điều khiển áp lực bơm nước.

4.4. Người bệnh: Đã được chuẩn bị mổ theo kế hoạch.

4.5. Thời gian phẫu thuật: 03 giờ.

4.6. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: phòng mổ - khoa gây mê hồi tỉnh.

4.7. Kiểm tra hồ sơ

a) Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

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

c) Đặt tư thế người bệnh: Người bệnh nằm ngửa, 2 tay dạng.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Vô cảm

Gây mê nội khí quản.

Đặt sonde dạ dày và sonde tiêu.

5.2. Kỹ thuật

- Bước 1. Mở bụng theo đường trắng giữa trên rốn, có thể kéo dài qua rốn.

- Bước 2. Phẫu tích bộc lộ rõ cuống gan, ống mật chủ.

- Bước 3. Thăm dò đánh giá tình trạng gan, lách, đường mật, túi mật và ổ bụng.

- Bước 4. Mở ống mật chủ: khâu treo và mở một lỗ ở mặt trước ống mật chủ (mở ngang hoặc dọc).

- Bước 5. Soi đường mật để đánh giá sỏi và tình trạng đường mật:

+ Màn hình để đối diện phẫu thuật viên, cách khoảng 1,5 - 2m.

+ PTV đứng ở bên trái người bệnh.

+ Bộ tưới rửa trên cao khoảng 1m so với mặt bàn mổ có quần bơm áp lực khoảng 300mmHg, hoặc sử dụng hệ thống máy bơm nước có van điều khiển áp lực

+ Tay trái của PTV cầm bộ phận điều khiển ống soi, tay phải cầm phần đầu xa của ống soi để đưa vào ống mật chủ. Bắt đầu soi lần lượt ống mật chủ, ống gan chung và các ống gan, ống phân thùy và hạ phân thùy của từng bên. Trong khi soi quan sát trên màn hình để đánh giá tình trạng tổn thương trong đường mật và sỏi.

- Bước 6. Lấy sỏi bằng dụng cụ kinh điển: sử dụng kìm Mirizzi với các độ cong khác nhau lấy sỏi ở ống mật chủ và các đường mật trong gan, kết hợp với bơm rửa đường mật để lấy sỏi một cách tối đa.

- Bước 7. Soi lại đường mật để xác định sỏi sót còn chưa lấy được, tán sỏi nếu cần thiết. Đánh giá lưu thông qua cơ Oddi

- Bước 8. Đặt Kehr (có hoặc không) và khâu lại ống mật chủ.

- Bước 10. Lau rửa sạch ổ bụng, đặt dẫn lưu dưới gan và đóng bụng hai lớp.

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

6.1. Tai biến ngay trong mổ

Chảy máu đường mật trong khi tán sỏi: thường là do đầu điện cực tán sỏi chạm vào thành đường mật. Khi thấy máu chảy phải xác định ngay vị trí chảy máu ở hạ phân thùy nào. Rút ống soi nhẹ nhàng và bơm rửa đường mật bằng huyết thanh mặn ấm. Nếu không đỡ có thể nhét meche vào đường mật hoặc dùng 1 Foley nhỏ luồn vào đường mật rồi bơm kóp để cầm máu, đợi khoảng 5-10 phút sau đó lấy bỏ meche nhẹ nhàng. Nếu không hết chảy có thể phải thắt động mạch gan riêng. Nếu không kết quả thì: hoặc khâu cầm máu qua nhu mô, hoặc cắt gan.

6.2. Theo dõi sau mổ

- Đảm bảo lưu thôngkehr
- Chảy máu sau mổ: Theo dõi sát người bệnh để xử trí kịp thời như hồi sức truyền máu, can thiệp nút mạch hay mổ cấp cứu xử trí nguyên nhân.
- Áp xe tồn dư sau mổ: Theo dõi điều trị nội khoa kháng sinh, dẫn lưu ổ dịch dưới hướng dẫn của siêu âm...
- Rò mật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa, chuyên khoa Phẫu thuật Tiêu hóa”, Quyết định số 5730/QĐ-BYT của Bộ Y tế.
2. “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành ngoại khoa - chuyên khoa phẫu thuật tiêu hóa và phẫu thuật nội soi”, Quyết định số 201/QĐ-BYT.
3. Quyết định số 3023/QĐ-BYT ngày 28 tháng 7 năm 2023 của Bộ Y tế về việc ban hành Đề cương tài liệu chuyên môn Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh.

21. PHẪU THUẬT LẤY SỎI SAN HÔ MỞ RỘNG THẬN (BIVALVE) CÓ HẠ THÂN NHIỆT

1. ĐẠI CƯƠNG

Sỏi thận là bệnh lý phổ biến trong bệnh lý tiết niệu đặc biệt là ở nước ta do nằm trong khu vực vành đai của sỏi. Có nhiều phương pháp phẫu thuật cũng như can thiệp thủ thuật để điều trị sỏi tiết niệu. Trong trường hợp sỏi san hô lớn hoặc phức tạp, không thể lấy hết bằng các phương pháp ít xâm lấn, phẫu thuật mở rộng thận kiểu Bivalve có thể được chỉ định.

Phẫu thuật mở rộng thận kiểu Bivalve (bivalve nephrolithotomy) giúp mở nhu mô thận rộng như hai mảnh vỏ để lấy toàn bộ sỏi.

Hạ thân nhiệt tại chỗ của thận (hạ nhiệt thận bằng đá lạnh hoặc dung dịch lạnh) nhằm:

Giảm chuyển hóa nhu mô thận.

Hạn chế tổn thương do thiếu máu khi kẹp cuống thận.

2. CHỈ ĐỊNH

- Sỏi san hô lớn chiếm toàn bộ hoặc phần lớn đài bể thận
- Không thể lấy hết sỏi bằng mở bể thận đơn thuần hoặc phương pháp ít xâm lấn.

- Sỏi phức tạp kèm theo:

+ Dị dạng hệ thống đài bể thận.

+ Hẹp cổ đài thận.

+ Nhiều nhánh sỏi lan rộng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối.

- Chống chỉ định tương đối của phẫu thuật nói chung:

- Người bệnh già yếu, thể trạng kém.

- Có bệnh lý toàn thân nặng không chịu được phẫu thuật.

- Rối loạn đông máu.

- Nhiễm khuẩn nặng chưa kiểm soát.

4. THẬN TRỌNG

- Đánh giá chức năng thận trước mổ (ưu tiên bảo tồn thận còn chức năng).

- Kiểm soát tốt nhiễm khuẩn tiết niệu trước phẫu thuật.

- Thận trọng ở người bệnh có rối loạn đông máu hoặc bệnh lý tim mạch, hô hấp nặng.

- Hạn chế thời gian kẹp cuống thận, đảm bảo hạ thân nhiệt thận đúng kỹ thuật để giảm tổn thương nhu mô.

- Lấy sỏi triệt để nhưng tránh làm tổn thương nhu mô thận quá mức.
- Theo dõi chặt chẽ nguy cơ chảy máu và rò nước tiểu sau mổ.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người bệnh

- Khám lâm sàng toàn diện
- Làm bilan trước mổ đánh giá: chức năng thận, tình trạng nhu mô thận có sỏi, mức độ thiếu máu, các bệnh lý toàn thân. Chẩn đoán hình ảnh: siêu âm, CT, MRI (nếu cần).
- Thụt tháo, điều trị nhiễm khuẩn tiết niệu trước mổ
- Giải thích cho người bệnh và người nhà cách thức mổ, những nguy cơ, biến chứng có thể xảy ra và ký cam kết trước mổ
- Nhịn ăn ≥ 6 giờ trước mổ.

5.2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ phẫu thuật lấy sỏi thường quy.
- Clamp mạch máu cuống thận: clamp nửa cong 2 chiếc.
- Đá lạnh Ringer lactat đập nhỏ (như ghép thận).
- Dao siêu âm hoặc dao điện.
- Hệ thống hút và dẫn lưu.

5.3. Nhân lực

01 phẫu thuật viên chính và 2 phụ mổ

Bác sĩ gây mê hồi sức

Dụng cụ viên, điều dưỡng.

5.4. Thời gian thực hiện: Tối thiểu 180 phút trở lên

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Gây mê và tư thế

- Gây mê nội khí quản hoặc gây tê tuỷ sống
- Bệnh nhân nằm nghiêng 90°, bên có sỏi nằm trên
- Đặt gối dưới lưng để mở rộng khoang hông lưng.

6.2. Vào khoang sau phúc mạc

- Rạch da sườn thắt lưng 12-15cm, có thể cắt xương sườn 12 hoặc không
- Bộc lộ vào khoang ngoài phúc mạc.

6.3. Bộc lộ thận và kẹp cuống thận

- Tìm và lắ niệu quản
- Giải phóng và hạ thận, bộc lộ bề thận tối đa

- Bộc lộ cuống thận, rõ động mạch và tĩnh mạch thận. Clamp động mạch thận
- Cho đá lạnh Ringer lactat vào phủ quanh bề mặt nhu mô thận để hạ nhiệt độ bề mặt thận xuống 4 độ C

6.4. Mở thận lấy sỏi

- Mở bề thận và mở nhu mô về phía sỏi đủ rộng để có thể lấy được toàn bộ sỏi
- Lấy hết sỏi, tránh sót sỏi
- Bơm rửa thận
- Đặt sonde JJ niệu quản bàng quang
- Khâu cầm máu nhu mô thận
- Khâu kín bề thận và nhu mô tránh dò nước tiểu.

6.5. Kiểm tra và kết thúc

Kiểm tra, cầm máu kỹ

Đặt dẫn lưu hố thận

Đóng bụng.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:

- Dấu hiệu chảy máu do mở nhu mô
- Rò nước tiểu

7.2. Xử trí tai biến:

- Chảy máu: nếu ít điều trị nội khoa, nếu nội khoa không kết quả có thể can thiệp nút mạch hoặc phẫu thuật lại cầm máu.
- Rò nước tiểu: lưu dẫn lưu và JJ lâu ngày thông thường sẽ tự hết. Nếu không hết mổ lại đóng rò.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2017). Quyết định 5731/QĐ-BYT – Hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên khoa phẫu thuật tiết niệu.
2. Quyết định số 3023/QĐ-BYT ngày 28 tháng 7 năm 2023 của Bộ Y tế về việc ban hành Đề cương tài liệu chuyên môn Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh.

22. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH NIỆU QUẢN BẰNG ĐOẠN RUỘT

1. ĐẠI CƯƠNG

Tạo hình niệu quản bằng đoạn ruột là phẫu thuật sử dụng một đoạn ruột (thường là hồi tràng) để thay thế đoạn niệu quản bị tổn thương, mất đoạn hoặc hẹp dài không thể khâu nối trực tiếp.

Kỹ thuật này giúp khôi phục lưu thông nước tiểu từ thận xuống bàng quang khi các phương pháp tạo hình khác không thực hiện được.

2. CHỈ ĐỊNH

- Hẹp niệu quản dài (>5–6 cm) không thể nối tận – tận.
- Mất đoạn niệu quản do:
 - + Chấn thương.
 - + Tai biến phẫu thuật.
 - + Bệnh lý u hoặc xơ hóa.
 - + Hẹp niệu quản nhiều đoạn hoặc toàn bộ.
 - + Niệu quản bị phá hủy do lao, xạ trị hoặc viêm mạn tính. nhiều nhánh sỏi lan rộng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh nhân suy kiệt nặng, không đủ điều kiện phẫu thuật.
- Suy thận nặng không hồi phục.
- Bệnh lý ruột nặng (viêm ruột, dính ruột nhiều).
- Nhiễm trùng chưa kiểm soát.

4. THẬN TRỌNG

- Đánh giá chức năng thận trước mổ, chỉ định khi thận còn khả năng bảo tồn.
- Kiểm soát tốt nhiễm khuẩn tiết niệu trước phẫu thuật.
- Thận trọng ở người bệnh có bệnh lý ruột, tiền sử phẫu thuật ổ bụng nhiều lần.
- Lựa chọn đoạn ruột phù hợp, đảm bảo nuôi dưỡng tốt, tránh xoắn mạc treo.
- Theo dõi và hạn chế rối loạn điện giải, toan chuyển hóa do sử dụng đoạn ruột.
- Đảm bảo miệng nối kín, tránh rò nước tiểu và hẹp miệng nối sau mổ.
- Theo dõi sát sau mổ các biến chứng: nhiễm trùng, chảy máu, rò nước tiểu.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người bệnh

- Khám lâm sàng toàn diện
- Giải thích cho người bệnh và gia đình cách thức mổ, những nguy cơ, biến chứng có thể xảy ra và ký cam kết trước mổ.

- Chuẩn bị trước mổ:
- + Xét nghiệm máu
- + Xét nghiệm nước tiểu
- + Chức năng thận
- + Chẩn đoán hình ảnh:
- + Siêu âm hệ tiết niệu
- + CT scanner
- + Chuẩn bị ruột trước phẫu thuật.

5.2. Phương tiện

- + Bộ dụng cụ phẫu thuật ổ bụng – tiết niệu
- + Chỉ khâu tiêu và không tiêu
- + Ống thông niệu quản (Double-J)
- + Ống dẫn lưu ổ bụng
- + Dụng cụ cắt nối ruột.
- + Hệ thống hút và dẫn lưu.

5.3. Nhân lực

- 01 phẫu thuật viên chính và 2 phụ mổ
- Bác sĩ gây mê hồi sức
- Dụng cụ viên, điều dưỡng.

5.4. Thời gian thực hiện: Tối thiểu 180 phút trở lên

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Gây mê và tư thế

- Bệnh nhân tư thế nằm ngửa
- Gây mê nội khí quản

6.2. Mở bụng và bộc lộ niệu quản

- Mở bụng đường trắng giữa hoặc đường sườn lưng.
- Phẫu tích bộc lộ niệu quản tổn thương.
- Cắt bỏ đoạn niệu quản bị hẹp, hoại tử hoặc mất đoạn.

6.3. Lấy đoạn ruột

- Chọn đoạn hồi tràng dài khoảng 15–20 cm, cách van hồi manh tràng khoảng 15–20 cm.
- Bảo tồn mạch máu của mạc treo ruột.

hóa.

- Cắt đoạn ruột được chọn và nối lại hai đầu ruột để phục hồi lưu thông tiêu

6.4. Chuẩn bị đoạn ruột thay thế

- Rửa sạch lòng ruột bằng dung dịch nước muối sinh lý.
- Kiểm tra mạch nuôi và chiều dài đoạn ruột.
- Đặt đoạn ruột theo hướng phù hợp để tránh xoắn mạc treo.

6.5. Khâu nối đầu trên đoạn ruột

- Khâu nối đầu trên của đoạn ruột với bể thận hoặc niệu quản trên.
- Đặt ống thông niệu quản (Double-J) qua miệng nối để dẫn lưu nước tiểu.

6.6. Nối đầu dưới với bàng quang

- Khâu nối đầu dưới của đoạn ruột vào bàng quang.
- Có thể tạo đường hầm chống trào ngược niệu quản – bàng quang.

6.7. Kiểm tra và đóng bụng

- Kiểm tra độ kín của các miệng nối.
- Đặt dẫn lưu cạnh miệng nối.
- Đóng bụng theo từng lớp giải phẫu.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:

- Theo dõi mạch, huyết áp, lượng nước tiểu.
- Theo dõi dịch dẫn lưu.
- Kháng sinh dự phòng.
- Rút dẫn lưu khi dịch ít.

7.2. Xử trí tai biến:

- Chảy máu: Truyền máu, cầm máu phẫu thuật.
- Rò nước tiểu: Dẫn lưu tốt, theo dõi; mổ lại nếu rò nhiều.
- Nhiễm trùng: Điều trị kháng sinh.
- Hẹp miệng nối: Nong niệu quản hoặc phẫu thuật lại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2017). Quyết định 5731/QĐ-BYT – Hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên khoa phẫu thuật tiết niệu.

2. Quyết định số 3023/QĐ-BYT ngày 28 tháng 7 năm 2023 của Bộ Y tế về việc ban hành Đề cương tài liệu chuyên môn Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh.

23. PHẪU THUẬT MỞ RỘNG BÀNG QUANG BẰNG ĐOẠN HỒI TRÀNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật mở rộng bàng quang bằng đoạn hồi tràng là kỹ thuật sử dụng một đoạn hồi tràng còn mạch nuôi tốt để ghép vào bàng quang nhằm tăng dung tích và giảm áp lực trong bàng quang.

Phẫu thuật thường được thực hiện khi bàng quang có dung tích nhỏ hoặc tăng áp lực kéo dài gây nguy cơ tổn thương đường niệu trên và suy thận. Đoạn ruột thường được ghép vào vùng đỉnh bàng quang, trong khi phần đáy bàng quang vẫn được giữ lại để đảm bảo chức năng bài xuất nước tiểu.

2. CHỈ ĐỊNH

- Bàng quang bé do lao, sau phẫu thuật cắt chỏm bàng quang do ung thư, sau các tai biến sản khoa.

- Bàng quang kém co bóp do nguyên nhân thần kinh.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Có tắc nghẽn cổ bàng quang, hẹp niệu đạo

- Suy thận nặng không hồi phục.

- Bệnh lý ruột nặng (viêm ruột, dính ruột nhiều).

- Nhiễm trùng tiết niệu chưa kiểm soát.

- Người bệnh không đủ điều kiện phẫu thuật.

4. THẬN TRỌNG

- Đánh giá chức năng thận trước mổ, chỉ định khi còn khả năng bảo tồn đường niệu trên.

- Kiểm soát tốt nhiễm trùng tiết niệu trước phẫu thuật.

- Thận trọng ở người bệnh có bệnh lý ruột, tiền sử mổ bụng nhiều lần.

- Lựa chọn đoạn hồi tràng phù hợp, đảm bảo nuôi dưỡng tốt, tránh xoắn mạc treo.

- Theo dõi và hạn chế rối loạn điện giải, toan chuyển hóa sau ghép ruột vào bàng quang.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người bệnh

- Khám lâm sàng toàn diện

- Giải thích cho người bệnh và gia đình cách thức mổ, những nguy cơ, biến chứng có thể xảy ra và ký cam kết trước mổ.

- Chuẩn bị trước mổ:

+ Xét nghiệm máu

- + Xét nghiệm nước tiểu
- + Chức năng thận
- + Chẩn đoán hình ảnh: Siêu âm hệ tiết niệu, CT scanner
- + Chuẩn bị ruột trước phẫu thuật.

5.2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ phẫu thuật ổ bụng – tiết niệu
- Chỉ khâu tiêu và không tiêu
- Ống dẫn lưu ổ bụng
- Dụng cụ cắt nối ruột.
- Hệ thống hút và dẫn lưu.

5.3. Nhân lực

- 01 phẫu thuật viên chính và 2 phụ mổ
- Bác sĩ gây mê hồi sức
- Dụng cụ viên, điều dưỡng.

5.4. Thời gian thực hiện: Tối thiểu 180 phút trở lên

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Gây mê và tư thế

- Bệnh nhân tư thế nằm ngửa
- Gây mê nội khí quản

6.2. Mở bụng và bộc lộ bàng quang

- Rạch da đường trắng giữa dưới rốn kéo dài lên trên rốn
- Bộc lộ vào ổ bụng
- Phẫu tích bàng quang, bộc lộ vùng đỉnh và hai bàng quang
- Mở ngang bàng quang ở vùng đỉnh.

6.3. Chuẩn bị đoạn ruột ghép

- Lấy một đoạn hồi tràng <20cm giữ nguyên mạch nuôi, cắt rời khỏi đường tiêu hóa.
- Khâu phục hồi lại lưu thông đường tiêu hóa, tận tận hai lớp.
- Biệt lập quai ruột ghép ra ngoài phúc mạc.

6.4. Mở bàng quang và ghép ruột

- Mở dọc quai ruột theo bờ tự do
- Khâu nối ruột ghép với vùng đáy bàng quang.

6.5. Kiểm tra và đóng bụng

- Kiểm tra độ kín của đường khâu.
- Đặt sonde tiêu 3 chạc, rửa bàng quang liên tục và dẫn lưu ổ bụng.
- Đóng bụng theo từng lớp giải phẫu.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TẠI BIẾN

7.1. Theo dõi:

- Theo dõi mạch, huyết áp, lượng nước tiểu.
- Theo dõi dẫn lưu.
- Dùng kháng sinh dự phòng.
- Rửa bàng quang định kỳ để tránh tắc sonde do chất nhầy ruột.
- Rút sonde tiêu sau khoảng 2–3 tuần.

7.2. Xử trí tại biến:

- Chảy máu sau mổ: theo dõi huyết động, truyền dịch và truyền máu khi cần; nếu chảy máu nhiều hoặc không kiểm soát được thì mổ lại để cầm máu.

- Rò nước tiểu tại miệng nối bàng quang – ruột: dẫn lưu tốt, đặt sonde tiêu dẫn lưu liên tục, điều trị kháng sinh; trường hợp rò nhiều hoặc kéo dài cần phẫu thuật lại.

- Rò miệng nối ruột: hồi sức tích cực, kháng sinh, dẫn lưu ổ bụng; nếu nặng cần mổ lại để xử trí miệng nối.

- Nhiễm trùng tiết niệu: điều trị kháng sinh thích hợp, đảm bảo dẫn lưu nước tiểu tốt và rửa bàng quang để tránh tắc sonde do chất nhầy.

- Tắc ruột sau mổ: điều trị bảo tồn (nhịn ăn, đặt sonde dạ dày, truyền dịch); nếu không cải thiện cần phẫu thuật lại.

- Rối loạn điện giải hoặc toan chuyển hóa: theo dõi xét nghiệm, bù dịch và điện giải, điều chỉnh toan kiềm..

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2017). Quyết định 5731/QĐ-BYT – Hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên khoa phẫu thuật tiết niệu.

2. Quyết định số 3023/QĐ-BYT ngày 28 tháng 7 năm 2023 của Bộ Y tế về việc ban hành Đề cương tài liệu chuyên môn Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh

24. PHẪU THUẬT CẮT TOÀN BỘ BÀNG QUANG KÈM TẠO HÌNH BÀNG QUANG KIỂU STUDER, CAMEY

1. ĐẠI CƯƠNG

Cắt toàn bộ bàng quang là một phẫu thuật, được dùng để đạt được mục đích điều trị triệt căn các trường hợp ung thư bàng quang xâm lấn lớp cơ.

Kỹ thuật tạo hình bàng quang kiểu Studer hoặc Camey, bao gồm cắt bỏ toàn bộ bàng quang kèm theo tuyến tiền liệt và túi tinh hoặc kèm theo cắt toàn bộ tử cung và một phần âm đạo ở nữ. Bàng quang được tạo hình lại bằng ruột rồi được nối với 2 niệu quản và niệu đạo cho phép người bệnh tiểu tiện qua niệu đạo, góp phần cải thiện chất lượng sống sau phẫu thuật.

2. CHỈ ĐỊNH

- Ung thư bàng quang xâm lấn lớp cơ.
- Ung thư bàng quang tái phát nhiều lần không còn chỉ định điều trị bảo tồn.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Suy thận nặng không hồi phục.
- Bệnh nhân không đủ điều kiện phẫu thuật lớn.
- Bệnh lý ruột nặng.
- Tổn thương niệu đạo không cho phép nối bàng quang tân tạo.

4. THẬN TRỌNG

- Đánh giá toàn trạng và chức năng thận trước mổ, lựa chọn đúng chỉ định tạo hình bàng quang.
- Kiểm soát tốt nhiễm trùng tiết niệu trước phẫu thuật.
- Thận trọng ở người bệnh có bệnh lý ruột hoặc tiền sử mổ bụng nhiều lần.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người bệnh

- Khám lâm sàng toàn diện
- Giải thích cho người bệnh và gia đình cách thức mổ, những nguy cơ, biến chứng có thể xảy ra và ký cam kết trước mổ.
- Làm các xét nghiệm cần thiết: công thức máu, sinh hóa máu, chức năng thận, xét nghiệm nước tiểu.
- Chân đoán hình ảnh: siêu âm, CT scanner hoặc MRI.
- Chuẩn bị ruột trước phẫu thuật.

5.2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ phẫu thuật ổ bụng – tiết niệu
- Chỉ khâu tiêu và không tiêu

- Ống dẫn lưu ổ bụng
- Ống sonde jj

5.3. Nhân lực

- 01 phẫu thuật viên chính và 2 phụ mổ
- Bác sĩ gây mê hồi sức
- Dụng cụ viên, điều dưỡng.

5.4. Thời gian thực hiện: Tối thiểu 180 phút trở lên

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Gây mê và tư thế

- Bệnh nhân tư thế nằm ngửa
- Gây mê nội khí quản

6.2. Mở bụng và thăm dò

- Mở bụng đường trắng giữa.
- Thăm dò ổ bụng, đánh giá tổn thương và khả năng phẫu thuật triệt căn.

6.3. Cắt toàn bộ bàng quang

- Phẫu tích và bộc lộ bàng quang.
- Cắt hai niệu quản và đánh dấu để chuẩn bị cắm lại vào bàng quang tân tạo.
- Cắt toàn bộ bàng quang:
 - + Ở nam: thường cắt kèm tuyến tiền liệt và túi tinh.
 - + Ở nữ: có thể cắt kèm tử cung, phần trước âm đạo và phần phụ nếu cần.
 - + Nạo vét hạch chậu hai bên.
 - + Bảo tồn niệu đạo nếu có thể để nối với bàng quang tân tạo.

6.4. Lấy đoạn hồi tràng

- Chọn đoạn hồi tràng dài khoảng 50–60 cm, cách van hồi manh tràng khoảng 20–25 cm.
 - Bảo tồn mạch máu của mạc treo ruột.
 - Cắt đoạn ruột đã chọn.
 - Nối lại hai đầu ruột bằng phương pháp nối tận – tận để phục hồi lưu thông tiêu hóa.

6.5. Tạo hình túi bàng quang tân tạo

- Mở dọc đoạn hồi tràng theo bờ tự do (detubularization) để phá cấu trúc hình ống của ruột nhằm tạo túi chứa áp lực thấp.
 - Khâu tạo hình đoạn ruột thành túi chứa nước tiểu:

- Theo kỹ thuật Studer: tạo túi chứa hình cầu với một đoạn ruột làm ống dẫn niệu quản (chimney).

- Theo kỹ thuật Camey: gấp đoạn ruột thành túi và tạo khoang chứa nước tiểu.

- Mục tiêu là tạo túi chứa dung tích khoảng 400–500 ml với áp lực thấp để bảo vệ đường niệu trên.

6.6. Cắm niệu quản và nối với niệu đạo

- Đặt sonde jj niệu quản hai bên.

- Hai niệu quản được cắm vào bàng quang tân tạo theo kỹ thuật chống trào ngược (thường theo kiểu Le Duc – Camey).

- Khâu nối bàng quang tân tạo với niệu đạo sau khi đặt một dẫn lưu niệu đạo để đảm bảo dòng tiểu tự nhiên.

6.7. Kiểm tra và đóng bụng

- Kiểm tra độ kín của các miệng nối.

- Đặt các dẫn lưu cần thiết.

- Đóng bụng theo từng lớp giải phẫu.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TẠI BIẾN

7.1. Theo dõi:

- Theo dõi mạch, huyết áp, lượng nước tiểu.

- Theo dõi dẫn lưu.

- Dùng kháng sinh dự phòng.

- Rửa bàng quang định kỳ để tránh tắc sonde do chất nhầy ruột.

- Rút dẫn lưu và sonde tiểu theo chỉ định sau khi miệng nối ổn định.

7.2. Xử trí tại biến:

- Chảy máu sau mổ: theo dõi huyết động, truyền dịch và truyền máu; nếu chảy máu nhiều cần mổ lại cầm máu.

- Rò nước tiểu tại miệng nối: dẫn lưu tốt, đặt sonde tiểu liên tục, điều trị kháng sinh; trường hợp nặng cần phẫu thuật lại.

- Nhiễm trùng tiết niệu: kháng sinh theo kháng sinh đồ, đảm bảo dẫn lưu nước tiểu tốt.

- Tắc ruột sau mổ: điều trị bảo tồn hoặc phẫu thuật nếu cần.

- Rối loạn điện giải và toan chuyển hóa: bù dịch, điện giải và điều chỉnh toan kiềm...

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2017). Quyết định 5731/QĐ-BYT – Hướng dẫn quy trình kỹ thuật ngoại khoa chuyên khoa phẫu thuật tiết niệu.

2. Quyết định số 3023/QĐ-BYT ngày 28 tháng 7 năm 2023 của Bộ Y tế về việc ban hành Đề cương tài liệu chuyên môn Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh

25. PHẪU THUẬT CẮT TOÀN BỘ BÀNG QUANG, CẮM NIỆU QUẢN VÀO RUỘT.

1. ĐẠI CƯƠNG

Cắt toàn bộ bàng quang là một phẫu thuật điều trị tiết căn ung thư bàng quang. Phẫu thuật này bao gồm cắt toàn bộ bàng quang, tuyến tiền liệt, hai túi tinh và nạo vét hạch ở nam giới. Cắt toàn bộ bàng quang, nạo vét hạch chậu ở nữ. Phẫu thuật này thường kèm với các phẫu thuật chuyển dòng nước tiểu hoặc tạo hình bàng quang.

2. CHỈ ĐỊNH

- Ung thư bàng quang giai đoạn II, III.
- Một số trường hợp ung thư giai đoạn I, nhưng nhiều khối lan tỏa, tái phát nhanh, độ ác tính cao cũng có chỉ định cắt toàn bộ bàng quang.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Ung thư bàng quang giai đoạn IV, u xâm lấn vào khung chậu, các mạch máu lớn.

- Người bệnh có bệnh nội khoa nặng chưa kiểm soát:

- Suy gan nặng
- Bệnh tim mạch nặng
- Rối loạn đông máu
- Đái tháo đường mất kiểm soát

4. THẬN TRỌNG

- Đánh giá toàn trạng và chức năng tim, phổi, thận trước mổ để đảm bảo khả năng chịu đựng phẫu thuật lớn.

- Kiểm soát tốt các bệnh lý nội khoa kèm theo (đái tháo đường, rối loạn đông máu, tim mạch...).

- Thận trọng khi lựa chọn đoạn hồi tràng, đảm bảo nuôi dưỡng tốt, tránh xoắn mạc treo và hoại tử quai ruột.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Hai bác sĩ phẫu thuật: một phẫu thuật viên chính và hai phụ mổ.
- Bác sĩ gây mê hồi sức, phụ mê.
- Hai điều dưỡng: 1 điều dưỡng đưa dụng cụ, một phục phụ bên ngoài.

5.2. Phương tiện

- Một bộ dụng cụ đại phẫu. Kéo mổ, kẹp phẫu tích, kìm cặp kim dài. Panh dài cặp mạch máu 10 chiếc. Chỉ liên kim prolene, vicryl. Chuẩn bị sẵn một bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản, một bộ dụng cụ phẫu thuật sinh dục - tiết niệu dài, một bộ dụng

cụ phẫu thuật sinh dục - tiết niệu siêu - dài, một bộ dụng cụ phẫu thuật tiết niệu - sinh dục nhỏ; Các dụng cụ đặc biệt cho phẫu thuật dạ dày - ruột.

5.3. Người bệnh

- Phải giành ưu tiên cho việc đánh giá tình trạng tim, phổi của người bệnh:
- Phải truyền máu nếu có tình trạng thiếu máu và albumin
- Trước phẫu thuật, hãy chọn hai vị trí có thể thay thế lẫn nhau để tạo lỗ miệng niệu quản mở ra ngoài da cho người bệnh ở tư thế ngồi và tư thế đứng, rồi đánh dấu các vị trí này trên da của người bệnh ở các vị trí đó
- Chuẩn bị cho ruột về mặt cơ học

5.4. Hồ sơ bệnh án:

Đầy đủ các xét nghiệm cơ bản trong giới hạn bình thường; Giấy cam đoan phẫu thuật.

5.4. Thời gian thực hiện: Tối thiểu 180 phút trở lên

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Bước 1 vô cảm:

Gây mê nội khí quản.

6.2. Bước 2 tư thế:

- Người bệnh nằm ngửa.
- Chuẩn bị: Chuẩn bị vùng bụng và đáy chậu

6.3. Bước 3:

Đường rạch da: Rạch da phần dưới bụng trên đường giữa đi từ xương mu đến 4 cm ở trên và bên trái của rốn. Rạch mạc trước của cơ thẳng bụng, và bằng dụng cụ tù đầu tách các cơ thẳng bụng rời xa nhau trên đường giữa.

6.4. Bước 4:

Rạch mạc ngang bụng bằng dụng cụ tù đầu mở vào khoang Retzius. Rạch phúc mạc theo đường rạch thành bụng ở phía nửa trên, nhưng ở phần dưới thì sau khi đã cắt ống niệu - rốn mới cắt phúc mạc theo hình chữ V.

6.5. Bước 5:

Giải phóng niệu quản cùng với lớp vỏ xơ (vỏ hoặc áo liên kết) của nó, kẹp niệu quản này bằng một cờ-lâm vuông góc, đặt một mũi khâu chờ ở phía trên chỗ kẹp, và cắt niệu quản ở phía dưới chỗ đặt mũi khâu chờ. Sinh thiết niệu quản: nếu người bệnh có nguy cơ bị ung thư tại chỗ (CIS) thì trích thử một mẫu sinh thiết ở đoạn cuối niệu quản và gửi đi xét nghiệm giải phẫu bệnh bằng cắt lạnh mẫu sinh thiết tức thì.

6.6. Bước 6:

Cắt cuống mạch bên của bàng quang

6.7. Bước 7:

Cắt cuống mạch sau của bàng quang

6.8. Bước 8:

Cắt niệu đạo và sinh thiết tức thì mỏm cắt niệu quản hai bên

6.9. Bước 9:

Cắt các thành phần kết nối còn lại ở hai bên, vốn thuộc về mạc nội - chậu bé, giữ lại hai cánh bên của tuyến tiền liệt. Lấy bệnh phẩm ra ngoài.

6.10. Bước 10:

Nạo vét hạch chậu bịt 2 bên, sinh thiết tức thì.

6.11. Bước 11:

Cắt một đoạn hồi tràng biệt lập dài từ 20 đến 25 cm, cách góc hồi manh tràng khoảng 15 đến 20 cm. Nối 2 niệu quản vào quai hồi tràng biệt lập này và đưa đầu còn lại ra thành bụng bên phải.

6.12. Bước 12:

Đặt lại ruột một cách cẩn thận, và kéo mạc nối lớn xuống phía dưới để che phủ các chỗ khâu nối. Thường cần phải dẫn lưu bằng hút liên tục để bảo vệ đường thoát mới cho nước tiểu.

6.13. Bước 13:

Đóng thành bụng một cách thích hợp.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi sau mổ

- Theo dõi nước tiểu và dịch dẫn lưu.
- Dùng kháng sinh, giảm đau.
- Cho ăn khi nhu động ruột trở lại.
- Rút dẫn lưu sau 3–4 ngày.
- Rút sonde JJ sau 30–40 ngày.

7.2. Xử trí tai biến

- Mất máu trong mổ: thường do thương tổn các mạch chậu, các nhánh mạch của bàng quang, tuyến tiền liệt và tĩnh mạch trước niệu đạo.
- Thủng bóng trực tràng
- Hoại tử quai hồi tràng biệt lập
- Dò hoặc bục miệng nối ruột non
- Các tai biến, biến chứng của gây mê hồi sức...

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quyết định số 196/ QĐ-BYT ngày 16/01/2014 về việc ban hành tài liệu “hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành ngoại khoa - chuyên khoa phẫu thuật tiết niệu”.

2. Quyết định số 3338/ QĐ-BYT ngày 09/09/2013 về việc ban hành hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành ung bướu.

3. Quyết định số 3023/QĐ-BYT ngày 28 tháng 7 năm 2023 của Bộ Y tế về việc ban hành Đề cương tài liệu chuyên môn Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh

26. PHẪU THUẬT CẮT TOÀN BỘ TUYẾN TIỀN LIỆT TRONG UNG THƯ TUYẾN TIỀN LIỆT

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt (TTL) triệt căn bao gồm cắt toàn bộ tuyến tiền liệt đi kèm hai túi tinh từ dưới cơ thắt tron cổ bàng quang đến trên cơ thắt vân niệu đạo được thực hiện bằng đường ngoài phúc mạc sau xương mu. Phẫu thuật lập lại lưu thông tiết niệu được thực hiện ngay cùng thì bằng miệng nối bàng quang - niệu đạo sau.

2. CHỈ ĐỊNH

- Ung thư tuyến tiền liệt ở nam dưới 60 tuổi giai đoạn u còn nằm trong tuyến (T1, T2)

- Chỉ định tốt nhất là với ung thư tuyến tiền liệt có PSA dưới 10ng/ml, dưới 50% mảnh cắt sinh thiết dương tính và điểm Gleason dưới 8.

- Chỉ định áp dụng đối với ung thư tuyến tiền liệt giai đoạn T3N0M0 nhưng không bảo tồn mạch thần kinh cương.

- Chỉ định sau điều trị tia xạ có thể đi kèm làm hậu môn nhân tạo tạm thời.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Thể trạng người bệnh quá yếu cần hồi sức tích cực trước phẫu thuật.

- Người bệnh già yếu trên 65 tuổi hoặc có các bệnh phối hợp.

- Ung thư giai đoạn tiến triển hoặc đã di căn xa.

4. THẬN TRỌNG

- Đánh giá giai đoạn bệnh chính xác, lựa chọn đúng chỉ định phẫu thuật triệt căn.

- Đánh giá toàn trạng và các bệnh lý kèm theo (tim mạch, hô hấp, đông máu) trước mổ.

- Thận trọng khi phẫu tích vùng tiểu khung, tránh tổn thương trực tràng, niệu quản và bó mạch thần kinh.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 Phẫu thuật viên chính và 02 phụ mổ.

- Kíp gây mê hồi sức và dụng cụ viên.

5.2. Phương tiện

Bộ đại phẫu tiết niệu, dao điện đơn cực, dao siêu âm (nếu có).

5.3. Người bệnh

- Được làm đầy đủ các xét nghiệm cơ bản và đánh giá chức năng thận.

- Định lượng PSA và sinh thiết TTL dưới siêu âm qua trực tràng.

- Nhất thiết phải: Làm siêu âm, chụp cắt lớp vi tính hoặc cộng hưởng từ hệ tiết niệu xác định mức độ xâm lấn của ung thư TTL và đánh giá chức năng thận hai bên.
- Chuẩn bị mổ theo quy định.
- Nâng cao thể trạng người bệnh trước mổ trong trường hợp già yếu, suy kiệt.

5.4. Thời gian thực hiện: Tối thiểu 180 phút trở lên

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Tư thế người bệnh

Nằm ngửa, ống thông niệu đạo được đặt trước mổ.

6.2. Vô cảm

Người bệnh được gây mê nội khí quản hoặc gây tê tủy sống, tê ngoài màng cứng

6.3. Kỹ thuật

6.3.1. Rạch da đường trắng giữa dưới rốn: phẫu tích vào khoang ngoài phúc mạc.

6.3.2. Bộc lộ thành trước bên bàng quang và tuyến tiền liệt thăm dò đánh giá tổn thương và nạo vét hạch hạ vị và chậu bịt 2 bên, thử giải phẫu bệnh tức thì. Cân nhắc hết sức thận trọng trước khi quyết định cắt toàn bộ TTL nếu thấy tổn thương đã xâm lấn vào trực tràng, bàng quang, xương mu và tiểu khung.

6.3.3. Cắt toàn bộ tuyến tiền liệt và túi tinh

- *Phẫu tích xuống phần thấp của tuyến tiền liệt:* 2 bên cho tới mặt trên của cân đáy chậu giữa để thấy rõ 2 dây chằng mu - TTL. Mở cân đáy chậu giữa ở 2 bên từ sau ra trước dọc theo mặt bên của TTL và dọc bờ bên của 2 dây chằng mu TTL. Giải phóng bờ trong cơ nâng hậu môn bộc lộ mặt bên của tổ chức bọc xung quanh TTL. Cắt ngang đầu tận trước của dây chằng mu TTL nơi bám vào xương mu.

- *Thì cầm máu mặt trước:* Phẫu tích tách đám rối tĩnh mạch Santorini nằm ngay dưới dây chằng mu TTL khỏi mặt trước của cơ thắt vân niệu đạo nằm phía sau. Khâu hoặc buộc đám rối Santorini. Sau khi cắt rời sẽ bộc lộ được bờ trước bên của niệu đạo sau mà phía sau nó là đám rối thần kinh cương.

- *Giải phóng đỉnh TTL và cắt rời niệu đạo sau:* Phẫu tích mặt sau đỉnh TTL để thấy rõ ranh giới với niệu đạo, luồn lấc nâng niệu đạo sau lên, cắt mở nửa trước của niệu đạo ngay trên cơ thắt vân, nhắc sonde niệu đạo ra, cặp pince phía TTL và cắt rời sonde sẽ thấy nửa sau của niệu đạo sát TTL, kéo sonde lên trên và cắt rời nửa sau của niệu đạo. Khâu 3 mũi chỉ chò Vicryl 4.0 lấy toàn bộ bề dày thành sau của niệu đạo.

- *Phẫu tích mặt sau và hai mặt bên TTL:* Cắt ngang thớ cơ trực tràng - niệu đạo để vào lớp bóc tách trước trực tràng. Kéo sonde niệu đạo và đỉnh TTL lên trên, bóc tách theo bình diện trước sau theo lớp trước trực tràng cho hết mặt sau TTL bao gồm cả cân Denonvillier. Phẫu tích hai bờ bên TTL từ dưới lên trên, bảo tồn tổ chức mạch thần kinh cương 2 bên cho tới góc sau bên của TTL sẽ gặp cuống mạch bàng

quang TTL gồm 1 - 2 mạch mỗi bên, cặp pince và cắt sát TTL, khâu hoặc buộc cầm máu. Cắt rời bờ bên của cơ trực tràng niệu đạo và cân Denonvillier cho tới khi thấy 2 túi tinh ở sau cổ bàng quang.

- *Cắt rời phần trên của TTL*: Cắt rời nửa trước của cổ bàng quang ở phía trên ranh giới với TTL và cặp cắt tổ chức xơ mỡ mạch 2 bên cổ bàng quang, cắt rời nửa sau của cổ bàng quang khỏi TTL, thắt cắt ống dẫn tinh 2 bên, nhấc TTL ra trước và xuống dưới, giải phóng bờ ngoài và phần đỉnh túi tinh, cắt bỏ nốt phần đỉnh còn lại của cân Denonvillier.

- *Thiết lập lại lưu thông nước tiểu bằng miệng nối bàng quang - niệu đạo*: Chuẩn bị miệng nối phía niệu đạo với 3 mũi chỉ chờ đã khâu sẵn. Giải phóng bàng quang để di chuyển xuống thấp đến miệng nối với niệu đạo. Khâu thu hẹp bớt miệng nối bàng quang ở mặt sau bằng chỉ Vicryl 4.0, thực hiện miệng nối bàng quang - niệu đạo bằng 6 mũi rời Vicryl 4.0 gồm 3 mũi nửa sau và 3 mũi nửa trước trên sonde Foley 20 - 22Fr, bơm bóng kéo căng sonde và kiểm tra miệng nối không căng, không chảy máu. Đặt dẫn lưu trước bàng quang, đóng bụng, lưu sonde niệu đạo 21 ngày mới rút.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi người bệnh

a. Theo dõi trong mổ: Người bệnh được theo dõi chặt chẽ về: Tri giác, mạch, huyết áp động mạch và áp lực tĩnh mạch trung ương. Lượng máu mất: Tính bằng ml qua hút và thấm gạc. Lượng máu cần truyền. Thời gian mổ từ khi rạch da đến khi đóng bụng.

b. Theo dõi sau mổ:

- Về huyết động, tình trạng toàn thân, đau sau mổ, tình trạng ổ bụng, số lượng và màu sắc nước tiểu và số lượng dịch qua dẫn lưu trước bàng quang.

- Thường không gặp chảy máu sau mổ nên ít phải rửa bàng quang liên tục.

- Bồi phụ nước và điện giải theo kết quả xét nghiệm sinh hóa máu.

- Kháng sinh: Phối hợp nhóm Cephalosporin và Metronidazol từ 3 đến 5 ngày.

- Người bệnh được khám lại sau 1 tháng về lâm sàng và làm siêu âm kiểm tra. Phục hồi đi tiểu chủ động thường nhanh sau vài tuần. Phục hồi khả năng cương dương có thể phải nhiều tháng sau và phụ thuộc vào độ tuổi khi mổ và mức độ phát triển của khối u.

7.2. Tai biến và xử trí

7.2.1. Trong phẫu thuật

- Chảy máu từ đám rối tĩnh mạch Santorini, tĩnh mạch chậu: khâu cầm máu.

- Tổn thương trực tràng, đại tràng sigma khi phẫu tích, đốt điện phải xử trí theo tổn thương: khâu trực tràng, đại tràng, làm hậu môn nhân tạo hoặc mời tuyến trên chi viện.

- Tổn thương lỗ niệu quản 1 hoặc 2 bên: Kiểm tra lưu thông lên thận, đặt sonde JJ niệu quản hoặc tạo hình lại lỗ niệu quản.

7.2.2. Sau phẫu thuật

- Chảy máu sau mổ qua sonde niệu đạo hoặc qua dẫn lưu trước bàng quang: Bơm rửa bàng quang lấy máu cục, rửa bàng quang liên tục, nếu không giảm phải mổ lại cầm máu.

- Rò nước tiểu qua dẫn lưu trước bàng quang: Theo dõi, kiểm tra, thay sonde niệu đạo tắc, gấp, tụt. Nếu không giảm sẽ chỉ định phẫu thuật lại kiểm tra miệng nối bàng quang - niệu đạo.

- Úr nước thận 1 hoặc 2 bên do tổn thương hoặc khâu hẹp lỗ niệu quản: Chỉ định mổ lại.

- Tụ dịch hoặc áp xe tồn dư trước bàng quang: Xác định chính xác vị trí, kích thước ổ tụ dịch hoặc áp xe bằng siêu âm hoặc chụp cắt lớp vi tính.

+ Khối tụ dịch, áp xe nhỏ < 5cm, ở nông có thể chọc hút dưới hướng dẫn siêu âm.

+ Khối tụ dịch, áp xe lớn ở sâu phải tách vết mổ dẫn lưu hoặc mổ làm sạch ổ áp xe.

- Theo dõi xa sau mổ có thể gặp đái không tự chủ hoặc rối loạn cương: Điều trị nội khoa và tập vật lý trị liệu. Nếu người bệnh có biểu hiện đái khó do xơ hẹp miệng nối bàng quang - niệu đạo: khám kiểm tra và nong niệu đạo định kỳ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quyết định số 196/ QĐ-BYT ngày 16/01/2014 về việc ban hành tài liệu “hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành ngoại khoa - chuyên khoa phẫu thuật tiết niệu”.

2. Quyết định số 3338/ QĐ-BYT ngày 09/09/2013 về việc ban hành hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành ung bướu.

3. Quyết định số 3023/QĐ-BYT ngày 28 tháng 7 năm 2023 của Bộ Y tế về việc ban hành Đề cương tài liệu chuyên môn Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh

27. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH ĐIỀU TRỊ LỖ TIỂU LỆCH THẤP 1 THÌ

1. ĐẠI CƯƠNG

Tật lỗ tiểu thấp là hiện tượng lỗ tiểu không đóng ở vị trí đỉnh quy đầu như bình thường, mà đóng lệch thấp về phía mặt bụng của dương vật. tổn thương giải phẫu:

- Vị trí lỗ tiểu thay đổi từ quy đầu đến tầng sinh môn
- Thiếu da quy đầu ở mặt bụng dương vật
- Thường kèm theo cong dương vật.
- Tần suất: 1/300 trẻ nam

- Phân loại:

+ Về phương diện phẫu thuật người ta phân loại sau khi đã sửa cho dương vật thẳng.

+ Thể trước: lỗ tiểu nằm ở vị trí từ dưới khác quy đầu ra trước.

+ Thể giữa: lỗ tiểu nằm ở thân dương vật.

+ Thể sau: lỗ tiểu từ vị trí từ giữa chỗ nối dương vật bìu đến tầng sinh môn

2. CHỈ ĐỊNH

- Lỗ sáo thấp gây tiểu lệch về phía bụng (chân) hoặc dòng tiểu dạng phun (không thành tia).

- Hẹp lỗ sáo.
- Dương vật cong ra trước.
- Quy đầu chẻ đôi.
- Dương vật xoay với đường giữa bất thường vùng da.
- Mũ (da) trùm bao quy đầu.
- Chuyển vị dương vật-bìu.
- Bìu chẻ đôi

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm trùng tại chỗ hoặc nhiễm trùng toàn thân chưa được kiểm soát.
- Trẻ có tình trạng toàn thân nặng, chưa đủ điều kiện gây mê – phẫu thuật.
- Thiếu tổ chức da tại chỗ không đủ để tạo hình (cần cân nhắc mổ nhiều thì).
- Dị tật phức tạp kèm theo (lỗ tiểu thấp thể sau nặng, cong dương vật nhiều) không phù hợp phẫu thuật một thì.

4. THẬN TRỌNG

- Đánh giá chính xác thể bệnh, mức độ cong dương vật để lựa chọn kỹ thuật phù hợp.

- Thận trọng ở các trường hợp lỗ tiểu thấp thể sau, mô niệu đạo kém phát triển.

- Bảo tồn tối đa mô lành, đảm bảo nuôi dưỡng tốt vật da/niêm mạc.

5. CHUẨN BỊ

5.1 Người thực hiện

Các bác sĩ chuyên khoa tiết niệu, ngoại nhi đã được đào tạo để thực hiện phẫu thuật tạo hình lỗ niệu đạo lệch thấp 1 thì

5.2. Phương tiện

- Phòng mổ
- Các dụng cụ dùng trong phẫu thuật tạo hình tiết niệu

5.3. Người bệnh

- Giải thích cho người bệnh, nhân thân về phương pháp điều trị, chế độ theo dõi và điều trị sau phẫu thuật.

- Làm các xét nghiệm cơ bản cho thủ thuật: Xét nghiệm tiền phẫu, siêu âm, VCU, UCR

- TPTNT, cấy nước tiểu kháng sinh đồ.
- Xét nghiệm Công thức máu, dung tích hồng cầu...
- Sinh hóa máu: đường huyết, ion đồ, chức năng đông máu, chức năng thận như: urea, creatinin máu, chức năng gan như SGOT, SGPT

5.4. Hồ sơ bệnh án

- Có đầy đủ bệnh án, xét nghiệm chẩn đoán bệnh và xét nghiệm cơ bản phục vụ cho tán sỏi ngoài cơ, chữ ký giải thích của bác sĩ về những tai biến, biến chứng có thể xảy ra, chế độ theo dõi và điều trị

5.4. Thời gian thực hiện: Tối thiểu 180 phút trở lên

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Gây mê:

Người bệnh được gây mê nội khí quản

6.2.Kỹ thuật

- Kỹ thuật mổ:
 - + Cố gắng giữ sàn niệu đạo nếu có thể.
 - + Cố gắng phẫu thuật 1 thì nếu có thể.
 - + Vệ đường mổ trước khi rạch da.
 - + Dùng lidocain – Adrenalin 1/100.000 hoặc ga-rô gốc dương vật giúp hạn chế chảy máu, dễ phẫu tích.
- Chính cong dương vật:
 - + Cong dương vật do thiếu da mặt bụng dương vật (skin chordee, #80%).
 - + Do thiếu sản mô thể xốp.
 - + Do phân bố không đều thể hang dương vật.

- Tạo hình niệu đạo:
- + Phẫu thuật 1 thì: Áp dụng cho tất cả tật lỗ tiểu thấp thể trước và một số thể sau
- + Các phẫu thuật 1 thì thường dùng Thiersch – Duplay, Snodgrass, Koff, Mathieu, MAGPI, Onlay flap, onlay tube, Double – Faced. Transverse Island Flap

6.3. Kỹ thuật mổ một số phương pháp phổ biến:

- Kỹ thuật Mathieu:
 - + Khâu một mũi ở quy đầu để kéo căng dương vật.
 - + Rạch hai đường rạch song song cạnh sàn niệu đạo từ đỉnh quy đầu kéo dài qua lỗ sáo.
 - + Sử dụng vạt da bên dưới lỗ sáo có độ dày nhất định và chiều dài bằng chiều dài từ lỗ sáo hiện tại đến đỉnh quy đầu.
 - + Tách vạt da dưới ra khỏi cân dương vật. Tách cánh quy đầu 2 bên đường rạch rộng ra 2 bên.
 - + Lật ngược vạt da khâu úp và vạt niêm mạc của sàn niệu đạo để tạo hình niệu đạo mới.
- Kỹ thuật cuộn ống tại chỗ Duplay:
 - + Rạch 1 đường hình chữ U từ đỉnh quy đầu vòng xuống xung quanh lỗ sáo.
 - + Tách 2 mép vạt da ra khỏi tổ chức dưới da và khâu lại với nhau để tạo ống niệu đạo mới.
 - + Bóc tách da rộng ra 2 bên và khâu lại cân Dartos với nhau để che phủ ống niệu đạo mới.
- Kỹ thuật cuộn ống vạt da ngang có cuống của Duckett (Onlay island flap technique)
 - Sau khi cắt bỏ xơ ở bụng dương vật, làm thẳng dương vật, bóc tách và tạo vạt niêm mạc quy đầu có cuống mạch nuôi theo chiều ngang bằng chiều dài từ lỗ sáo đến đỉnh quy đầu.
 - Bóc tách cuống mạch nuôi dưỡng khỏi da dương vật càng dài càng tốt.
 - Khâu cuộn tạo thành niệu đạo mới, sau đó chuyển xuống bụng dương vật, một đầu nối với vị trí lỗ tiểu và một đầu đưa đến đỉnh quy đầu và khâu cố định với niêm mạc xung quanh.
- Kỹ thuật Snodgrass-Orkiszewski:
 - + Thực hiện đường rạch hình chữ U xung quanh và bên dưới sàn niệu đạo như kỹ thuật Duplay, điểm mấu chốt của kỹ thuật là rạch một đường rạch sâu vào sàn niệu đạo (thủ thuật Snodgrass-Orkiszewski) giúp sàn niệu đạo trở nên rộng hơn tương đối.
 - + Khâu lại niệu đạo mới hai lớp.

+ Bên cạnh đó để giảm xì rò, lấy mảnh mô dưới da quy đầu có cuống mạch khâu phủ tăng cường niệu đạo mới.

+ Cuối cùng là khép hai cánh quy đầu và khâu da.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Tái khám: sau 1 tuần, 1 tháng, 6 tháng. Sau đó, theo dõi đến tuổi trưởng thành

- Đánh giá kể quả

+ Trẻ có tiểu khó: hẹp niệu đạo

+ Rò nước tiểu.

+ Lành sẹo xấu da dương vật.

*. **Lưu ý:** dặn dò bệnh nhân: tái khám khi trẻ tiểu khó, tia nước tiểu yếu.

7.2 Xử trí tai biến

- Chảy máu: hay gặp ngay sau mổ. Chỉ cần thay băng và băng ép tốt sẽ ngưng chảy máu

- Rò niệu đạo: để tránh nguy cơ rò nên chèn giữ niệu đạo mới và da bằng lớp dartos lưng dương vật, darots bìu hoặc tinh mạc. Lỗ rò nhỏ có thể tự lành nhưng hầu hết cần phẫu thuật vá rò sau đó ít nhất 6 tháng

- Hẹp miệng niệu đạo: để tránh nguy cơ hẹp miệng niệu đạo, nên tạo hình miệng niệu đạo hình oval và không đưa miệng niệu đạo lên ngay đỉnh quy đầu đối với kỹ thuật Duplay, Snodgrass. Điều trị bằng cách nong hoặc phẫu thuật tạo hình

- Hẹp niệu đạo: Điều trị thường bằng cách nong hoặc phẫu thuật tạo hình

- Túi thừa niệu đạo: Sẽ được điều trị sau ít nhất 6 Tháng

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vũ Lê Chuyên (1996), “Điều trị lỗ tiểu thấp bằng phẫu thuật một thì tại bệnh viện Bình Dân”, Tạp chí Ngoại khoa, 20, tr. 5-9.

2. Lê Tấn Sơn (2002). “Lỗ tiểu thấp”. “Bệnh học và điều trị Ngoại khoa Ngoại nhi”. Nhà xuất bản Y học, trang 211-217.

3. Nguyễn Thanh Liêm (2002), Phẫu thuật tiết niệu trẻ em, Nhà xuất bản Y học, tr. 172-212.

4. Phạm Ngọc Thạch, CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ LỖ TIỂU THẤP Ở TRẺ EM, Nhà xuất bản Y học, 2022.

5. Trương Nguyễn Uy Linh, NGOẠI NHI LÂM SÀNG, Nhà xuất bản Y học, 2018.

3. Quyết định số 3023/QĐ-BYT ngày 28 tháng 7 năm 2023 của Bộ Y tế về việc ban hành Đề cương tài liệu chuyên môn Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh

28. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT BÀNG QUANG TẬN GỐC

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ bàng quang (Radical cystectomy) là phương pháp điều trị triệt căn đối với ung thư bàng quang xâm lấn cơ hoặc ung thư bàng quang nguy cơ cao tái phát.

Phẫu thuật bao gồm:

- Cắt toàn bộ bàng quang
- Nạo vét hạch chậu hai bên
- Cắt các cơ quan lân cận tùy giới tính

2. CHỈ ĐỊNH

- Ung thư bàng quang xâm lấn lớp cơ (T2–T4a)
- Ung thư bàng quang không xâm lấn cơ nhưng nguy cơ cao: - T1G3 tái phát nhiều lần; CIS lan rộng.
- Bàng quang co nhỏ do lao hoặc xạ trị
- Một số dị tật bàng quang nặng

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Chống chỉ định tuyệt đối
- Di căn xa không còn khả năng điều trị triệt căn
- Không chịu được gây mê toàn thân
- Chống chỉ định tương đối
- Dính ổ bụng nhiều
- Rối loạn đông máu chưa kiểm soát
- Bệnh lý nội khoa nặng

4. THẬN TRỌNG

- Đánh giá chính xác giai đoạn bệnh, loại trừ di căn trước phẫu thuật nội soi triệt căn.
- Đánh giá toàn trạng, chức năng tim – phổi – thận và khả năng chịu đựng gây mê kéo dài.
- Thận trọng ở người bệnh có tiền sử mổ bụng nhiều lần, dính ổ bụng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

Bác sĩ chuyên ngành Tiết Niệu đã được đào tạo về phẫu thuật nội soi ổ bụng Tiết Niệu nâng cao.

5.2. Phương tiện, dụng cụ:

- Hệ thống Nội soi Karl Storz hoặc tương đương.

30o - Trocar nội soi 12mm, 10mm và 5mm. Scope nội soi với góc nhìn 0o hoặc

- Dụng cụ phẫu thuật nội soi cơ bản như: kéo monopolar, grasper bipolar, hút, maryland, babcock.

- Chỉ khâu phẫu thuật

- Dao Harmonic hoặc dao Ligasure (không bắt buộc) Hemo-lok, Clips.

- Thông Foley.

- Túi bệnh phẩm nội soi để lấy bệnh phẩm ra ngoài.

5.3. Người bệnh

- Cần được kiểm tra chẩn đoán xác định, các chỉ định, chống chỉ định.

Giải thích BN: mục đích, tai biến của thủ thuật, nguy cơ chuyển mổ mở; ký giấy cam đoan làm thủ thuật.

- Chuẩn bị ruột: Bệnh nhân được ăn chế độ lỏng 2 ngày trước phẫu thuật, 1 ngày trước mổ bệnh nhân được uống Fortran 2 gói pha với 2 lít nước, nhịn ăn đêm trước mổ. Fleet enema 1 ống bơm hậu môn vào đêm trước mổ hoặc vào sáng sớm ngày mổ.

- Kháng sinh: nếu có Nhiễm khuẩn Tiết Niệu trước đó bệnh nhân được sử dụng kháng sinh điều trị. Nếu không có nhiễm khuẩn niệu bệnh nhân được tiêm kháng sinh dự phòng trước mổ 30 phút theo phác đồ kháng sinh dự phòng phẫu thuật.

- Phòng ngừa huyết khối: vớ hơi co giãn phòng huyết khối, Heparin trọng lượng phân tử thấp bắt đầu từ ngày hậu phẫu 1 (enoxaparin 40mg/ngày tiêm dưới da) cho tới khi xuất viện.

Cần dự trừ máu trước phẫu thuật.

5.4. Hồ sơ bệnh án

Theo mẫu quy định của bệnh viện

5.5. Thời gian thực hiện: Tối thiểu 180 phút trở lên

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Gây mê – tư thế người bệnh

- Gây mê

+ Gây mê nội khí quản toàn thân.

- Đặt sonde dạ dày.

+ Đặt sonde tiểu để dẫn lưu bàng quang trước khi cắt.

- Tư thế

+ Người bệnh nằm tư thế sản khoa (Lithotomy).

+ Hai chân dạng và cố định trên giá đỡ.

+ Bàn mổ Trendelenburg 25–30° để ruột di chuyển lên trên.

+ Hai tay áp sát thân người.

***. Lưu ý:**

- Cố định chắc bệnh nhân để tránh trượt khi Trendelenburg sâu.
- Kiểm tra điểm tỳ tránh tổn thương thần kinh.

6.2. Đặt trocar

- Sau khi sát khuẩn và trải khăn vô khuẩn:
- Tạo khoang ổ bụng
- Chọc kim Veress tại rốn.
- Bơm CO₂ áp lực 12–15 mmHg.
- Đặt trocar
- Thông thường dùng 5 trocar
- Trocar camera 10–12 mm: trên hoặc dưới rốn.
- Trocar thao tác phải 10–12 mm: hố chậu phải.
- Trocar thao tác trái 10–12 mm: hố chậu trái.
- Trocar phụ 5 mm: hạ sườn phải.
- Trocar phụ 5 mm: hạ sườn trái.
- Vị trí có thể thay đổi tùy thói quen phẫu thuật viên.

6.3. Thăm dò ổ bụng

- Sau khi đưa camera vào ổ bụng:
- Tiến hành khảo sát: Gan, phúc mạc, mạc nối lớn, hạch ổ bụng, ruột
- Mục đích

+ Phát hiện di căn phúc mạc hoặc gan.

+ Đánh giá khả năng thực hiện phẫu thuật triệt căn.

+ Nếu phát hiện di căn không còn chỉ định triệt căn, cần cân nhắc dừng phẫu thuật.

6.4. Bộc lộ và kiểm soát niệu quản

- Bộc lộ niệu quản
- Rạch phúc mạc dọc theo động mạch chậu ngoài.
- Xác định niệu quản ở vị trí bắt chéo động mạch chậu.
- Bóc tách niệu quản nhẹ nhàng.
- Kiểm soát niệu quản
- Phẫu tích niệu quản xuống tới thành bàng quang.
- Kẹp bằng clip hoặc Hem-o-lok.
- Cắt niệu quản.

***. Lưu ý:**

- Giữ chiều dài niệu quản tối đa để tạo hình sau.
- Tránh làm tổn thương mạch nuôi niệu quản.
- Xử trí đầu niệu quản
- Có thể gửi cắt lạnh kiểm tra tế bào ung thư.
- Đặt chỉ đánh dấu niệu quản phải – trái.

6.5. Nạo vét hạch chậu hai bên

Thực hiện nạo vét hạch chậu tiêu chuẩn hoặc mở rộng.

6.6. Phẫu tích bàng quang (ở nam)

6.6.1 Bóc tách túi tinh và ống dẫn tinh

- Rạch phúc mạc tại túi cùng bàng quang – trực tràng.
- Xác định: Ống dẫn tinh, túi tinh
- Cắt ống dẫn tinh hai bên.
- Bóc tách túi tinh khỏi trực tràng.

6.6.2 Kiểm soát cuống bàng quang sau

- Cuống bàng quang sau gồm:
 - Động mạch bàng quang
 - Tĩnh mạch bàng quang
- Tiến hành:
 - + Bộc lộ cuống mạch.
 - + Kẹp bằng Hem-o-lok hoặc Ligasure.
 - + Cắt cuống mạch.

6.6.3 Bóc tách hai bên bàng quang

- Bóc tách bàng quang khỏi thành chậu hai bên.
- Kiểm soát cuống mạch bên.
- Phẫu tích mặt trước bàng quang
- Mở khoang Retzius, cắt dây chằng rốn giữa, cắt dây chằng rốn bên.

6.7 Cắt niệu đạo

- Bộc lộ niệu đạo tại đỉnh tuyến tiền liệt.
- Kẹp niệu đạo.
- Cắt niệu đạo.
- Nếu tạo neobladder:
- Gửi cắt lạnh đầu niệu đạo.

6.8 Lấy bệnh phẩm

- Bệnh phẩm gồm: bàng quang, tuyến tiền liệt, túi tinh

6.9. Phẫu tích bàng quang (ở nữ)

Các bước tương tự nhưng có thêm:

6.9.1 Cắt dây chằng tử cung

- Cắt dây chằng rộng
- Cắt dây chằng tử cung

6.9.2 Cắt phần trước âm đạo

- Bóc tách bàng quang khỏi âm đạo.
- Cắt thành trước âm đạo.

6.9.3 Lấy bệnh phẩm

Bệnh phẩm gồm: bàng quang, tử cung, phần trước âm đạo, có thể kèm thêm buồng trứng

6.10. Chuẩn bị tạo hình đường chuyển lưu nước tiểu

- Sau khi lấy bàng quang:
- Kiểm tra cầm máu.
- Chuẩn bị ruột để tạo hình.
- Tùy phương pháp:
- + Bricker: Lấy đoạn hồi tràng 15–20 cm.
- + Neobladder: Lấy đoạn hồi tràng 40–60 cm.
- + Niệu quản ra da: Đưa niệu quản ra da.

6.11. Kiểm tra và cầm máu

6.12. Đặt dẫn lưu và kết thúc phẫu thuật

- Đặt dẫn lưu Douglas.
- Kiểm tra áp lực CO₂.
- Lấy trocar.
- Đóng cân tại lỗ trocar ≥ 10 mm.
- Khâu da

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Sau mổ, chuyển phòng hậu phẫu theo dõi và chăm sóc sau mổ.
- Sau khi bệnh nhân tỉnh, sinh hiệu ổn, chuyển lên khoa Ngoại niệu tiếp tục theo dõi và chăm sóc.
- Vận động sớm, tiếp tục enoxaparin phòng ngừa huyết khối.
- Thông mũi dạ dày rút sớm ngày hậu phẫu 0, có thể lưu lâu hơn nếu có tình trạng liệt ruột kéo dài hậu phẫu.

- Ăn bằng đường miệng: nước đường khi có nhu động ruột, cháo/sữa ngày hậu phẫu 1 hoặc theo nhu cầu.
- Theo dõi tình trạng dẫn lưu và thông niệu đạo: Lượng dịch/ nước tiểu, màu sắc.
- Rút dẫn lưu khi không còn ra dịch (thông thường khoảng 3 - 4 ngày hậu phẫu).
- Rút thông niệu đạo sau 10 ngày hậu phẫu.

7.2. Tai biến – xử trí

- Chảy máu trong mổ: cầm máu bằng clip, dao siêu âm hoặc khâu; không kiểm soát được → chuyển mổ mở.
- Tổn thương mạch máu chậu: ép cầm máu, khâu phục hồi mạch, cần thiết thì mổ mở.
- Tổn thương trực tràng: khâu kín 2 lớp, rửa ổ bụng, đặt dẫn lưu; nặng có thể mở thông đại tràng.
- Tổn thương niệu quản: cắt lại đầu niệu quản, cầm lại hoặc nối lại, đặt stent.
- Tổn thương ruột: khâu phục hồi hoặc chuyển mổ mở nếu tổn thương lớn.
- Chảy máu sau mổ: theo dõi huyết động, truyền máu, mổ lại khi cần.
- Nhiễm trùng vết mổ/ổ bụng: dùng kháng sinh, dẫn lưu ổ nhiễm trùng.
- Rò miệng nối niệu quản–ruột: dẫn lưu tốt, đặt stent, kháng sinh, nặng có thể mổ lại.
- Liệt ruột hoặc tắc ruột sớm: nhịn ăn, hút dạ dày, truyền dịch; không cải thiện → phẫu thuật.
- Biến chứng muộn (hẹp niệu quản, rối loạn điện giải, suy thận): điều trị nguyên nhân, đặt stent hoặc phẫu thuật sửa chữa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế Việt Nam. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa – Chuyên ngành Tiết niệu. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
2. Quyết định số 3023/QĐ-BYT ngày 28 tháng 7 năm 2023 của Bộ Y tế về việc ban hành Đề cương tài liệu chuyên môn Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh

29. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT BÀNG QUANG TẠO HÌNH BÀNG QUANG QUA Ổ BỤNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ bàng quang (Radical cystectomy) là phương pháp điều trị triệt căn đối với ung thư bàng quang xâm lấn cơ hoặc ung thư bàng quang nguy cơ cao tái phát.

Phẫu thuật bao gồm:

- Cắt toàn bộ bàng quang
- Nạo vét hạch chậu hai bên
- Cắt các cơ quan lân cận tùy giới tính

2. CHỈ ĐỊNH

- Ung thư bàng quang xâm lấn lớp cơ (T2–T4a)
- Ung thư bàng quang không xâm lấn cơ nhưng nguy cơ cao: T1G3 tái phát nhiều lần; CIS lan rộng.
- Bàng quang co nhỏ do lao hoặc xạ trị
- Một số dị tật bàng quang nặng

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Chống chỉ định tuyệt đối
- Di căn xa không còn khả năng điều trị triệt căn
- Không chịu được gây mê toàn thân
- Chống chỉ định tương đối
- Dính ổ bụng nhiều
- Rối loạn đông máu chưa kiểm soát
- Bệnh lý nội khoa nặng

4. THẬN TRỌNG

- Đánh giá chính xác giai đoạn bệnh, loại trừ di căn trước khi chỉ định phẫu thuật triệt căn.
- Đánh giá toàn trạng, chức năng tim – phổi – thận, khả năng chịu đựng phẫu thuật kéo dài.
- Thận trọng ở người bệnh có tiền sử mổ bụng nhiều lần, dính ổ bụng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- Bác sĩ chuyên ngành Tiết Niệu đã được đào tạo về phẫu thuật nội soi ổ bụng Tiết Niệu nâng cao.

5.2. Phương tiện, dụng cụ

- Hệ thống Nội soi Karl Storz hoặc tương đương.
- Trocar nội soi 12mm, 10mm và 5mm. Scope nội soi với góc nhìn 0o hoặc 30o
- Dụng cụ phẫu thuật nội soi cơ bản như: kéo monopolar, grasper bipolar, hút, maryland, babcock.
- Chỉ khâu phẫu thuật
- Dao Harmonic hoặc dao Ligasure (không bắt buộc) Hemo-lok, Clips.
- Thông Foley.
- Túi bệnh phẩm nội soi để lấy bệnh phẩm ra ngoài.

5.3. Người bệnh

- Cần được kiểm tra chẩn đoán xác định, các chỉ định, chống chỉ định.
- Giải thích BN: mục đích, tai biến của thủ thuật, nguy cơ chuyển mổ mở; ký giấy cam đoan làm thủ thuật.
- Chuẩn bị ruột: Bệnh nhân được ăn chế độ lỏng 2 ngày trước phẫu thuật, 1 ngày trước mổ bệnh nhân được uống Fortran 2 gói pha với 2 lít nước, nhịn ăn đêm trước mổ. Fleet enema 1 ống bơm hậu môn vào đêm trước mổ hoặc vào sáng sớm ngày mổ.
- Kháng sinh: nếu có Nhiễm khuẩn Tiết Niệu trước đó bệnh nhân được sử dụng kháng sinh điều trị. Nếu không có nhiễm khuẩn niệu bệnh nhân được tiêm kháng sinh dự phòng trước mổ 30 phút theo phác đồ kháng sinh dự phòng phẫu thuật.
- Phòng ngừa huyết khối: vớ hơi co giãn phòng huyết khối, Heparin trọng lượng phân tử thấp bắt đầu từ ngày hậu phẫu 1 (enoxaparin 40mg/ngày tiêm dưới da) cho tới khi xuất viện.

Cần dự trừ máu trước phẫu thuật.

5.4. Hồ sơ bệnh án

Theo mẫu quy định của bệnh viện

5.5. Thời gian thực hiện: Tối thiểu 180 phút trở lên

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Gây mê – tư thế người bệnh

- Gây mê
- + Gây mê nội khí quản toàn thân.
- Đặt sonde dạ dày.
- + Đặt sonde tiêu để dẫn lưu bàng quang trước khi cắt.
- Tư thế
- + Người bệnh nằm tư thế sản khoa (Lithotomy).
- + Hai chân dạng và cố định trên giá đỡ.

- + Bàn mô Trendelenburg 25–30° để ruột di chuyển lên trên.
- + Hai tay áp sát thân người.

***. Lưu ý:**

- Cố định chắc bệnh nhân để tránh trượt khi Trendelenburg sâu.
- Kiểm tra điểm tỳ tránh tổn thương thần kinh.

6.2. Đặt trocar

- Sau khi sát khuẩn và trải khăn vô khuẩn:
- + Tạo khoang ổ bụng
- + Chọc kim Veress tại rốn.
- + Bơm CO₂ áp lực 12–15 mmHg.
- Đặt trocar
- + Thông thường dùng 5 trocar
- + Trocar camera 10–12 mm: trên hoặc dưới rốn.
- + Trocar thao tác phải 10–12 mm: hố chậu phải.
- + Trocar thao tác trái 10–12 mm: hố chậu trái.
- + Trocar phụ 5 mm: hạ sườn phải.
- + Trocar phụ 5 mm: hạ sườn trái.
- + Vị trí có thể thay đổi tùy thói quen phẫu thuật viên.

6.3. Thăm dò ổ bụng

- Sau khi đưa camera vào ổ bụng:
- Tiến hành khảo sát: Gan, phúc mạc, mạc nối lớn, hạch ổ bụng, ruột
- Mục đích
- + Phát hiện di căn phúc mạc hoặc gan.
- + Đánh giá khả năng thực hiện phẫu thuật triệt căn.
- + Nếu phát hiện di căn không còn chỉ định triệt căn, cần cân nhắc dừng phẫu thuật.

6.4. Bộc lộ và kiểm soát niệu quản

- Bộc lộ niệu quản
- Rạch phúc mạc dọc theo động mạch chậu ngoài.
- Xác định niệu quản ở vị trí bắt chéo động mạch chậu.
- Bóc tách niệu quản nhẹ nhàng.
- Kiểm soát niệu quản
- Phẫu tích niệu quản xuống tới thành bàng quang.
- Kẹp bằng clip hoặc Hem-o-lok.

- Cắt niệu quản.

***. Lưu ý:**

- Giữ chiều dài niệu quản tối đa để tạo hình sau.
- Tránh làm tổn thương mạch nuôi niệu quản.
- Xử trí đầu niệu quản
- Có thể gửi cắt lạnh kiểm tra tế bào ung thư.
- Đặt chỉ đánh dấu niệu quản phải – trái.

6.5. Nạo vét hạch chậu hai bên

Thực hiện nạo vét hạch chậu tiêu chuẩn hoặc mở rộng.

6.6. Phẫu tích bàng quang (ở nam)

6.6.1 Bóc tách túi tinh và ống dẫn tinh

- Rạch phúc mạc tại túi cùng bàng quang – trực tràng.
- Xác định: Ống dẫn tinh, túi tinh
- Cắt ống dẫn tinh hai bên.
- Bóc tách túi tinh khỏi trực tràng.

6.6.2 Kiểm soát cuống bàng quang sau

- Cuống bàng quang sau gồm:
 - Động mạch bàng quang
 - Tĩnh mạch bàng quang
- Tiến hành:
 - + Bộc lộ cuống mạch.
 - + Kẹp bằng Hem-o-lok hoặc Ligasure.
 - + Cắt cuống mạch.

6.6.3 Bóc tách hai bên bàng quang

- Bóc tách bàng quang khỏi thành chậu hai bên.
- Kiểm soát cuống mạch bên.
- Phẫu tích mặt trước bàng quang
- Mở khoang Retzius, cắt dây chằng rốn giữa, cắt dây chằng rốn bên.

6.6.4 Cắt niệu đạo

- Bộc lộ niệu đạo tại đỉnh tuyến tiền liệt.
- Kẹp niệu đạo.
- Cắt niệu đạo.
- Gửi cắt lạnh đầu niệu đạo.

6.6.5 Lấy bệnh phẩm

- Bệnh phẩm gồm: bàng quang, tuyến tiền liệt, túi tinh

6.7. Phẫu tích bàng quang (ở nữ)

Các bước tương tự nhưng có thêm:

7.7.1 Cắt dây chằng tử cung

- Cắt dây chằng rộng
- Cắt dây chằng tử cung

7.7.2 Cắt phần trước âm đạo

- Bóc tách bàng quang khỏi âm đạo.
- Cắt thành trước âm đạo.

7.7.3 Lấy bệnh phẩm

Bệnh phẩm gồm: bàng quang, tử cung, phần trước âm đạo, có thể kèm thêm buồng trứng

6.8. Tạo hình bàng quang

- Chọn đoạn hồi tràng cách van hồi manh tràng khoảng 20–30 cm, lấy đoạn ruột dài 40–60 cm để tạo bàng quang mới.

- Cắt đoạn hồi tràng đã chọn, khôi phục lưu thông ruột bằng nối tận – tận bằng stapler hoặc khâu tay.

- Mở dọc đoạn hồi tràng theo bờ đối mạc treo để làm phẳng đoạn ruột.

- Gấp đoạn ruột thành hình túi cầu (pouch) và khâu tạo hình bàng quang tân tạo bằng chỉ tiêu.

- Tạo lỗ ở phần trên túi ruột để cắm niệu quản hai bên.

- Niệu quản được cắm vào túi ruột theo kỹ thuật chống trào ngược, đặt stent niệu quản dẫn lưu.

- Tạo lỗ ở đáy túi ruột để nối với niệu đạo.

- Khâu nối bàng quang tân tạo – niệu đạo bằng chỉ tiêu liên tục quanh ống thông niệu đạo.

- Kiểm tra kín miệng nối bằng cách bơm nước muối sinh lý vào túi ruột.

- Đặt sonde niệu đạo, stent niệu quản và dẫn lưu vùng chậu, hoàn tất phẫu thuật

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Sau mổ, chuyển phòng hậu phẫu theo dõi và chăm sóc sau mổ.

Sau khi bệnh nhân tỉnh, sinh hiệu ổn, chuyển lên khoa Ngoại niệu tiếp tục theo dõi và chăm sóc.

- Vận động sớm, tiếp tục enoxaparin phòng ngừa huyết khối.

Thông mũi dạ dày rút sớm ngày hậu phẫu 0, có thể lưu lâu hơn nếu có tình trạng liệt ruột kéo dài hậu phẫu.

- Ăn bằng đường miệng: nước đường khi có nhu động ruột, cháo/sữa ngày hậu phẫu 1 hoặc theo nhu cầu.
- Theo dõi tình trạng dẫn lưu và thông niệu đạo: Lượng dịch/ nước tiểu, màu sắc.
- Rút dẫn lưu khi không còn ra dịch (thông thường khoảng 3 - 4 ngày hậu phẫu).
- Rút thông niệu đạo sau 10 ngày hậu phẫu.

7.2. Tai biến – xử trí

- Chảy máu trong mổ: cầm máu bằng clip, dao siêu âm hoặc khâu; không kiểm soát được → chuyển mổ mở.
- Tồn thương mạch máu chậu: ép cầm máu, khâu phục hồi mạch, cần thiết thì mổ mở.
- Tồn thương trực tràng: khâu kín 2 lớp, rửa ổ bụng, đặt dẫn lưu; nặng có thể mổ thông đại tràng.
- Tồn thương niệu quản: cắt lại đầu niệu quản, cầm lại hoặc nối lại, đặt stent.
- Tồn thương ruột: khâu phục hồi hoặc chuyển mổ mở nếu tổn thương lớn.
- Chảy máu sau mổ: theo dõi huyết động, truyền máu, mổ lại khi cần.
- Nhiễm trùng vết mổ/ổ bụng: dùng kháng sinh, dẫn lưu ổ nhiễm trùng.
- Rò miệng nối niệu quản–ruột: dẫn lưu tốt, đặt stent, kháng sinh, nặng có thể mổ lại.
- Liệt ruột hoặc tắc ruột sớm: nhịn ăn, hút dạ dày, truyền dịch; không cải thiện → phẫu thuật.
- Biến chứng muộn (hẹp niệu quản, rối loạn điện giải, suy thận): điều trị nguyên nhân, đặt stent hoặc phẫu thuật sửa chữa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế Việt Nam. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa – Chuyên ngành Tiết niệu. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
2. Quyết định số 3023/QĐ-BYT ngày 28 tháng 7 năm 2023 của Bộ Y tế về việc ban hành Đề cương tài liệu chuyên môn Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh

30. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TOÀN BỘ TUYẾN TIỀN LIỆT

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật nội soi cắt bỏ toàn bộ tuyến tiền liệt đã trở thành phương pháp điều trị phổ biến cho bệnh ung thư tuyến tiền liệt khu trú và ngày càng được thực hiện tại các trung tâm Tiết Niệu trên toàn thế giới. Ưu điểm tiềm năng của phẫu thuật cắt bỏ tuyến tiền liệt triệt để qua nội soi qua phúc mạc so với phương pháp ngoài phúc mạc là không gian làm việc lớn hơn và giảm độ căng cho miệng nối niệu đạo – bàng quang. Hơn nữa, khi thực hiện phẫu thuật nạo hạch vùng chậu mở rộng cho bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt có nguy cơ cao, kỹ thuật xuyên phúc mạc về mặt kỹ thuật tương đối dễ dàng hơn so với phương pháp nội soi ngoài phúc mạc.

2. CHỈ ĐỊNH

Chỉ định chủ yếu của Phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ tuyến tiền liệt chủ yếu là ung thư tuyến tiền liệt khu trú ở bệnh nhân có tiên lượng sống trên 10 năm..

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tuyệt đối: Rối loạn đông máu chưa hồi phục; Bệnh về phổi nặng không cho phép thông khí hiệu quả khi nằm tư thế Trendelenburg và bơm khí ổ bụng.

- Tương đối: Có phẫu thuật vùng chậu trước đây (chống chỉ định tương đối do tăng nguy cơ dính, tổn thương ruột và kéo dài thời gian mổ).

4. THẬN TRỌNG

- Đánh giá chính xác giai đoạn bệnh, chỉ định phẫu thuật triệt căn phù hợp.

- Đánh giá toàn trạng, chức năng tim – phổi – thận, khả năng chịu đựng gây mê và tư thế Trendelenburg kéo dài.

- Thận trọng ở người bệnh có tiền sử phẫu thuật vùng chậu, nguy cơ dính và tổn thương tạng.

- Kiểm soát tốt rối loạn đông máu trước mổ.

- Phẫu tích đúng lớp giải phẫu, đặc biệt vùng đỉnh tuyến tiền liệt, mặt sau gần trực tràng để tránh tổn thương trực tràng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

Bác sĩ chuyên ngành Tiết Niệu đã được đào tạo về phẫu thuật nội soi ổ bụng Tiết Niệu nâng cao.

5.2. Phương tiện, dụng cụ:

- Hệ thống Nội soi Karl Storz hoặc tương đương.

- Trocar nội soi 12mm, 10mm và 5mm. Scope nội soi với góc nhìn 0o hoặc 30o

- Dụng cụ phẫu thuật nội soi cơ bản như: kéo monopolar, grasper bipolar, hút, maryland, babcock.

- Chỉ khâu phẫu thuật
- Dao Harmonic hoặc dao Ligasure (không bắt buộc) Hemo-lok, Clips.
- Thông Foley.
- Túi bệnh phẩm nội soi để lấy bệnh phẩm ra ngoài.

5.3. Người bệnh

- Cần được kiểm tra chẩn đoán xác định, các chỉ định, chống chỉ định.
- Giải thích BN: mục đích, tai biến của thủ thuật, nguy cơ chuyển mổ mở; ký giấy cam đoan làm thủ thuật.
- Chuẩn bị ruột: Bệnh nhân được ăn chế độ lỏng 2 ngày trước phẫu thuật, 1 ngày trước mổ bệnh nhân được uống Fortran 2 gói pha với 2 lít nước, nhịn ăn đêm trước mổ. Fleet enema 1 ống bơm hậu môn vào đêm trước mổ hoặc vào sáng sớm ngày mổ.
- Kháng sinh: nếu có Nhiễm khuẩn Tiết Niệu trước đó bệnh nhân được sử dụng kháng sinh điều trị. Nếu không có nhiễm khuẩn niệu bệnh nhân được tiêm kháng sinh dự phòng trước mổ 30 phút theo phác đồ kháng sinh dự phòng phẫu thuật.
- Phòng ngừa huyết khối: vớ hơi co giãn phòng huyết khối, Heparin trọng lượng phân tử thấp bắt đầu từ ngày hậu phẫu 1 (enoxaparin 40mg/ngày tiêm dưới da) cho tới khi xuất viện.

- Cần dự trữ máu trước phẫu thuật.

5.4. Hồ sơ bệnh án

Theo mẫu quy định của bệnh viện

5.5. Thời gian thực hiện: Tối thiểu 180 phút trở lên

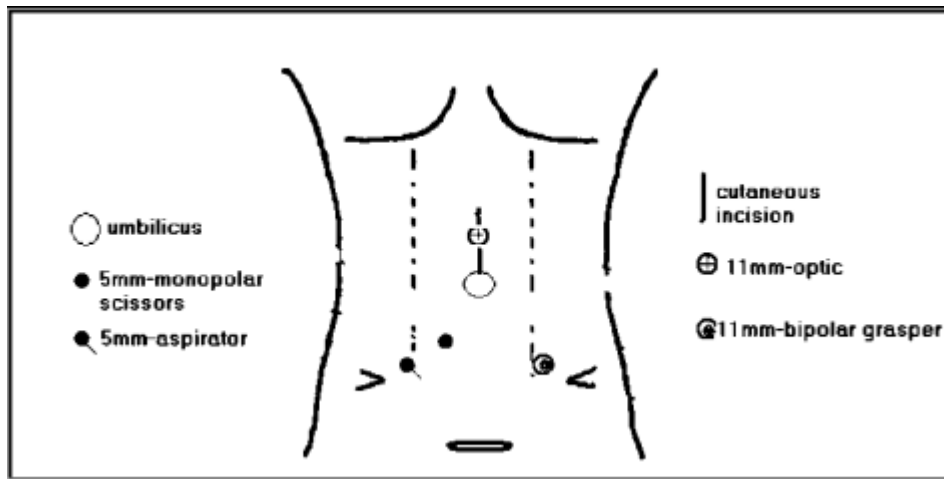
6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Tư thế bệnh nhân:

- Bệnh nhân nằm tư thế Trendelenburg, hai chân dạng. Hai tay khép dọc theo người bệnh.

6.2. Vô cảm

- Bệnh nhân được gây mê nội khí quản.
- Đặt thông mũi - dạ dày trước mổ.
- Kỹ thuật
- + Đặt thông niệu đạo bằng Foley 16fr (bơm bóng 10mL) sau khi trải khăn phẫu thuật.
- + Vào Trocar rôn 10mm (trocar 1) đặt Camera để quan sát ổ bụng trước khi tiến hành các bước tiếp theo. Bơm CO₂ áp lực 10 -12 mmHg.
- + Thêm các Trocar khác: trocar 12mm vị trí trên và trong mào chậu trước trên trái (trocar 2); trocar 5mm của người phụ đặt ở 2cm trên và trong mào chậu trước trên phải (trocar 3); trocar 5mm đặt ở vị trí 1/3 ngoài của đường thẳng nối giữa trocar 3 và trocar 1 theo hình minh họa.



+ Đại tràng sigmoid được vén trên phần trên ổ bụng và ra khỏi khung chậu.

+ Bóc tách mặt trước bàng quang: lúc này bàng quang vẫn được treo bởi mô liên kết mặt trước bàng quang. Dây chằng rốn trong và dây chằng rốn giữa được cắt. Phúc mạc thành bụng trước dọc hai bên dây chằng rốn trong được cắt. Mặt phẳng giữa bàng quang và thành bụng được bóc tách (khoảng Retzius). Bàng quang theo trọng lực sẽ sụp xuống. Lưu ý tránh làm tổn thương vùng đỉnh bàng quang ở thì này. Tiếp tục bóc tách khoang Retzius qua xương mu tới bó mạch lưng dương vật sâu (DVC) và mạc nội chậu hai bên.

+ Bóc tách và cắt bỏ mỡ phủ trước tuyến tiền liệt và mạc nội chậu hai bên, bộc lộ cổ bàng quang, mạc nội chậu hai bên và dây chằng mu – tuyến tiền liệt hai bên.

+ Xác định cổ bàng quang bằng bóng thông Foley (kéo thông Foley). Sử dụng dao điện đơn cực cắt ngang tại cổ bàng quang, đồng thời tạo lực kéo bàng quang bằng grasper để mặt phẳng giữa tuyến tiền liệt và cổ bàng quang được bộc lộ rõ, tránh cắt vào tuyến tiền liệt. Tại vị trí giữa cổ bàng quang, khi xuất hiện các thớ cơ dọc là biểu hiện đã tới mặt trước niệu đạo. ngang niệu đạo gần cổ bàng quang, tránh cắt gần tuyến tiền liệt có thể gây bí tiểu hậu phẫu.

*. **Lưu ý một số trường hợp:** thùy giữa tuyến tiền liệt lớn có thể đội nhiều vào lòng bàng quang. Lúc này nên mở rộng cổ bàng quang, tránh cố gắng bảo tồn cổ bàng quang do tăng nguy cơ biến phẫu thuật còn tế bào ác tính.

- Xả bóng thông Foley, rút thông Foley. Dùng Benique 24/26 Fr đặt và niệu đạo. Benique có thể dùng để di động tuyến tiền liệt bởi phẫu thuật viên phụ giúp phẫu tích dễ dàng hơn.

- Phẫu tích mặt sau cổ bàng quang, túi tinh và cân Denonvillier: Sau khi cắt cổ bàng quang, tiếp cận túi tinh và ống dẫn tinh hai bên. Kẹp và cắt ống dẫn tinh hai bên. Phẫu tích túi tinh hai bên, lưu ý bó mạch túi tinh hai bên cần được kẹp clips. Bóc tách mặt sau tuyến tiền liệt trên hoặc dưới cân Denonvillier tùy theo phẫu thuật có bảo tồn hay không bó mạch thần kinh hai bên (nếu bảo tồn NVB phẫu tích phía trên cân Denonvillier và ngược lại). Tiếp tục bóc tách mặt sau tuyến tiền liệt tới đỉnh tuyến, chú ý tránh tổn thương trực tràng ở giai đoạn này Mở mạc nội chậu hai bên tuyến tiền liệt tới đỉnh tuyến. Cắt dây chằng mu tuyến tiền liệt hai bên, bộc lộ DVC.

Khâu cột DVC bằng Vicryl 0 với mũi số 8. Chưa cắt DVC tại thời điểm này.

Kẹp và cắt cuống tuyến tiền liệt hai bên bằng Hemolok. Tùy vào giai đoạn bấu, phẫu

thuật viên có thể lựa chọn bảo tồn bó mạch thần kinh hai bên tuyến tiền liệt để bảo tồn tiểu có kiểm soát và chức năng cương của bệnh nhân.

- **Cắt DVC và niệu đạo:** sau khi đã cắt hai cuống mạch hai bên tuyến tiền liệt, phẫu thuật viên tiến hành cắt DVC và niệu đạo bằng kéo lạnh. Trong quá trình cắt quan sát và phẫu tích cẩn thận vùng đỉnh tuyến và niệu đạo tránh cắt vào tuyến. Phẫu thuật viên phụ có thể di chuyển benique giúp bộc lộ hai bên niệu đạo hỗ trợ quá trình phẫu tích.

- Sau khi cắt rời tuyến tiền liệt, diện cắt được kiểm tra cầm máu kỹ với bipolar và chỉ khâu cầm máu nếu cần thiết. Tuyến tiền liệt được cho vào túi bệnh phẩm và đưa ra khỏi hố chậu. Tạo hình cổ bàng quang nếu cần thiết bằng vicryl 2.0 theo kiểu vạt.

***. Lưu ý hai miệng niệu quản** khi khâu nhỏ cổ bàng quang.

- Tiến hành khâu nối cổ bàng quang vào mỏm niệu đạo bằng Vicryl 3.0 hoặc V-lok 3.0. Phẫu thuật viên có thể sử dụng mũi đơn hoặc mũi Van Velthoven Roland. Thông Foley 18fr silicon được đặt trước khi kết thúc miệng nối. Bơm bóng Foley 10mL cố định thông. Bơm bàng quang 120mL nước muối sinh lý kiểm tra độ kín nước của miệng nối.

Tiến hành nạo hạch chậu bịt hai bên nếu có chỉ định (trường hợp nguy cơ tái phát sinh hoá cao).

- Đặt dẫn lưu hố chậu. Cố định dẫn lưu.

- Lấy bệnh phẩm qua đường mở rộng trocar Camera.

- Khâu kín các lỗ trocar

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Thời kỳ hậu phẫu

+ Sau mổ, chuyển phòng hậu phẫu theo dõi và chăm sóc sau mổ. Sau khi bệnh nhân tỉnh, sinh hiệu ổn, chuyển lên khoa Ngoại niệu tiếp tục theo dõi và chăm sóc. Vận động sớm, tiếp tục enoxaparin phòng ngừa huyết khối.

Thông mũi dạ dày rút sớm ngày hậu phẫu 0, có thể lưu lâu hơn nếu có tình trạng liệt ruột kéo dài hậu phẫu.

+ Ăn bằng đường miệng: nước đường khi có nhu động ruột, cháo/sữa ngày hậu phẫu 1 hoặc theo nhu cầu.

+ Theo dõi tình trạng dẫn lưu và thông niệu đạo: Lượng dịch/ nước tiểu, màu sắc.

+ Rút dẫn lưu khi không còn ra dịch (thông thường khoảng 3 - 4 ngày hậu phẫu).

+ Rút thông niệu đạo sau 10 ngày hậu phẫu.

- Sau thời kỳ hậu phẫu

+ Theo dõi PSA sau 1 tháng và định kỳ sau đó để theo dõi tái phát sinh

+ Đánh giá tình trạng đi tiểu: Kiểm soát/ không kiểm soát/ bí tiểu

+ Đánh giá tình trạng cương

+ Theo dõi tái phát tại chỗ/ di căn

+ Sử dụng ADT 2 – 3 năm sau phẫu thuật nếu nguy cơ tái phát sinh hoá cao.

7. 2. Tai biến – xử trí

Tai biến – Nguy cơ	Xử trí	Phòng ngừa
Chảy máu	Bơm bóng thông niệu đạo 30mL, kéo nhẹ thông để cầm máu vùng DVC và NVB	Phẫu tích tỉ mỉ và cầm máu kỹ lúc mổ
Thủng trực tràng	Mở hậu môn nhân tạo trên dòng	Nắm rõ giải phẫu, phẫu tích mặt sau

Tai biến – Nguy cơ	Xử trí	Phòng ngừa
tuyến tiền liệt nhẹ nhàng, hạn chế đốt đơn cực		
Rò nước tiểu miệng nối	Kéo bóng thông tiểu	Khâu nối đúng kỹ thuật. Bơm bàng quang kiểm tra trước khi kết thúc phẫu thuật
Tổn thương niệu quản	Đặt JJ niệu quản/ mở thận ra da	Thấy rõ miệng niệu quản nếu thùy giữa lớn
Hẹp miệng nối niệu đạo – bàng quang	Xẻ lạnh cổ bàng quang	Khâu đúng kỹ thuật
Diện cắt còn tế bào ác tính	Không	Cắt rộng rãi, không bảo tồn bó mạch thần kinh nếu nghi ngờ bấu xâm lấn vỏ bao tuyến

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Quy trình kỹ thuật ngoại khoa BV Bình Dân 2024 tập 2;
- Quyết định số 3023/QĐ-BYT ngày 28 tháng 7 năm 2023 của Bộ Y tế về việc ban hành Đề cương tài liệu chuyên môn Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh.

31. PHẪU THUẬT NỘI SOI NẠO HẠCH BỆNH HAI BÊN (TRONG UNG THƯ DƯƠNG VẬT)

1. ĐẠI CƯƠNG

Nội soi nạo vét hạch bệnh hai bên là phương pháp phẫu thuật nhằm lấy bỏ các hạch bệnh nông và hạch bệnh sâu trong điều trị ung thư dương vật có nguy cơ di căn hạch. Phẫu thuật nội soi giúp giảm tổn thương mô mềm, giảm biến chứng hoại tử da, nhiễm trùng vết mổ và rút ngắn thời gian hồi phục so với phẫu thuật mở truyền thống.

2. CHỈ ĐỊNH

- Ung thư dương vật có nguy cơ cao di căn hạch bệnh.
- Hạch bệnh nghi ngờ trên lâm sàng hoặc trên các phương tiện chẩn đoán hình ảnh.
- Bệnh nhân đã được phẫu thuật xử lý tổn thương nguyên phát và cần đánh giá, điều trị hạch vùng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh nhân có di căn xa.
 - Hạch bệnh lớn, cố định và xâm lấn rộng vào các cấu trúc xung quanh.
- Bệnh nhân có bệnh lý nội khoa nặng không đủ điều kiện gây mê và phẫu thuật.

4. THẬN TRỌNG

- Đánh giá chính xác giai đoạn bệnh, chỉ định nạo vét hạch phù hợp, tránh phẫu thuật không cần thiết.
- Đánh giá toàn trạng, chức năng tim – phổi – đông máu trước phẫu thuật.
- Thận trọng ở bệnh nhân béo phì, mô mỡ dày gây khó khăn khi tạo khoang và phẫu tích.
- Xác định rõ mốc giải phẫu vùng bệnh (dây chằng bệnh, cơ may, cơ khép dài) để tránh tổn thương bó mạch đùi.
- Cố gắng bảo tồn tĩnh mạch hiển lớn nếu không bị xâm lấn để giảm nguy cơ phù chi dưới.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người bệnh:

được giải thích rõ về mục đích, phương pháp phẫu thuật và ký cam kết phẫu thuật. Thực hiện các xét nghiệm cần thiết như công thức máu, đông máu, sinh hóa máu và các phương tiện chẩn đoán hình ảnh để đánh giá tình trạng hạch bệnh.

5.2. Trang thiết bị:

- Chuẩn bị hệ thống nội soi ổ bụng, trocar 5–10 mm, dao siêu âm hoặc Ligasure, clip cầm máu và các dụng cụ phẫu thuật nội soi tiêu chuẩn.
- Kíp phẫu thuật gồm phẫu thuật viên chính, phẫu thuật viên phụ, bác sĩ gây mê và điều dưỡng dụng cụ.

5.3. Thời gian thực hiện: Tối thiểu 180 phút trở lên

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Gây mê và tư thế người bệnh

Người bệnh được gây mê nội khí quản. Bệnh nhân nằm ngửa, hai chân dạng nhẹ để bộc lộ rõ vùng bẹn hai bên. Vùng bẹn và vùng đùi trên được sát khuẩn rộng và trải khăn vô khuẩn. Phẫu thuật được thực hiện lần lượt từng bên.

6.2. Đánh dấu mốc giải phẫu

Trước khi rạch da cần xác định và đánh dấu các mốc giải phẫu quan trọng gồm dây chằng bẹn ở phía trên, cơ may ở phía ngoài, cơ khép dài ở phía trong. Phạm vi nạo vét hạch thường từ dây chằng bẹn xuống dưới khoảng 10–12 cm và nằm trong giới hạn tam giác đùi.

6.3. Tạo khoang phẫu thuật

Rạch da khoảng 1,5–2 cm ở vị trí dưới nếp bẹn. Dùng dụng cụ bóc tách cùn để tạo khoang dưới da giữa lớp mỡ dưới da và lớp cân nông. Sau đó đặt trocar đầu tiên và bơm khí CO₂ với áp lực khoảng 8–12 mmHg để tạo và duy trì khoang phẫu thuật.

6.4. Đặt trocar

Sau khi tạo khoang làm việc, đặt thêm hai trocar thao tác dưới hướng dẫn của camera. Thông thường sử dụng một trocar 10 mm cho camera và hai trocar 5 mm cho dụng cụ phẫu thuật. Các trocar được đặt theo hình tam giác để thuận lợi cho thao tác phẫu tích.

6.5. Bộc lộ vùng nạo vét hạch

Dưới quan sát nội soi, tiến hành bóc tách lớp mô mỡ dưới da để bộc lộ các cấu trúc giải phẫu vùng bẹn. Cần nhận diện rõ cơ may ở phía ngoài, cơ khép dài ở phía trong và dây chằng bẹn ở phía trên. Trong quá trình bóc tách cần bảo tồn lớp da phía trên để tránh hoại tử da sau mổ.

6.6. Nạo vét hạch bẹn nông

Tiến hành bóc tách toàn bộ mô mỡ chứa hạch nằm trong tam giác đùi. Tổ chức hạch được bóc tách lần lượt từ trên xuống dưới và từ ngoài vào trong. Trong quá trình phẫu tích có thể gặp tĩnh mạch hiển lớn, nên cố gắng bảo tồn nếu không bị xâm lấn. Các mạch máu nhỏ và mạch bạch huyết được cầm bằng clip hoặc dao năng lượng.

6.7. Nạo vét hạch bẹn sâu

Sau khi hoàn tất nạo vét hạch nông, tiếp tục bộc lộ bó mạch đùi. Mở cân đùi để tiếp cận khoang chứa hạch bẹn sâu. Lấy các hạch nằm phía trong tĩnh mạch đùi, đặc biệt là hạch Cloquet nằm gần lỗ bẹn sâu.

6.8. Kiểm soát cầm máu và mạch bạch huyết

Kiểm tra kỹ toàn bộ vùng phẫu tích để phát hiện các điểm chảy máu hoặc rò bạch huyết. Các mạch bạch huyết lớn được kẹp clip hoặc buộc chỉ nhằm giảm nguy cơ tụ dịch bạch huyết sau mổ.

6.9. Lấy bệnh phẩm

Toàn bộ tổ chức hạch đã nạo vét được cho vào túi đựng bệnh phẩm và lấy ra ngoài qua lỗ trocar lớn. Bệnh phẩm được gửi làm giải phẫu bệnh.

6.10. Đặt dẫn lưu và kết thúc phẫu thuật

Đặt một ống dẫn lưu hút áp lực âm tại vùng bẹn. Kiểm tra lại cầm máu, tháo khí CO₂ và rút các trocar. Khâu đóng các lỗ trocar và khâu da. Sau khi hoàn tất một bên, tiến hành tương tự ở bên đối diện nếu có chỉ định nạo vét hạch bẹn hai bên.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:

Theo dõi sinh hiệu, tình trạng vết mổ và lượng dịch dẫn lưu. Dùng kháng sinh, giảm đau và chăm sóc vết mổ vùng bẹn. Rút dẫn lưu khi lượng dịch giảm và tình trạng ổn định.

7.2. Tai biến và biến chứng

Có thể gặp chảy máu vùng bẹn, tụ dịch bạch huyết, nhiễm trùng vết mổ hoặc phù chi dưới. Xử trí tùy theo nguyên nhân, bao gồm băng ép, dẫn lưu, sử dụng kháng sinh hoặc can thiệp phẫu thuật khi cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế Việt Nam. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa – Tiết niệu.
2. Quyết định số 3023/QĐ-BYT ngày 28 tháng 7 năm 2023 của Bộ Y tế về việc ban hành Đề cương tài liệu chuyên môn Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh.

32. PHẪU THUẬT ĐÓNG ĐƯỜNG RÒ DỊCH NÃO TỦY HOẶC THOÁT VỊ TỦY SAU MỔ TỦY SỐNG

1. ĐẠI CƯƠNG

- Rò dịch não tủy sau mổ cột sống là do dịch não tủy chảy ra ngoài qua lỗ rách của màng nhện, màng cứng tủy sống qua sẹo vết mổ rò ra ngoài

- Phẫu thuật vá lại màng cứng tủy sống chỉ thực hiện khi điều trị nội khoa thất bại

2. CHỈ ĐỊNH.

- Khi điều trị nội khoa thất bại.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- Phẫu thuật viên thần kinh

- Phụ mổ

- Kíp gây mê: Bác sĩ gây mê, KTV phụ gây mê, nhân viên trợ giúp

- Kíp dụng cụ: Dụng cụ viên, chạy ngoài

5.2. Người bệnh:

- Được chẩn đoán bệnh, xét nghiệm sinh học, đánh giá toàn trạng bệnh phổi hợp và được điều trị, nuôi dưỡng, cân bằng đủ đảm bảo cho cuộc phẫu thuật dự kiến

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình

trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, tê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.

5.3. Phương tiện

- Bộ dụng cụ đại phẫu, một số dụng cụ chuyên về phẫu thuật thần kinh, thuốc, dịch truyền...

5.4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 60 phút.

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Tư thế: Bệnh nhân nằm sấp

6.2. Vô cảm: mê NKQ

6.3. Kỹ thuật:

- Mở lại vết mổ theo đường mổ cũ.

- Tách cân cơ bộc lộ màng tủy.

- Tìm vị trí màng tủy bị rách hoặc bị thoát vị.

- Tiến hành vá màng tử hoặc lấy màng tử bị thoát vị sau đó tạo hình lại bằng cân cơ thái dương.

- Bơm rửa, đặt dẫn lưu.

- Đóng vết mổ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Toàn trạng: mạch, huyết áp

- Kháng sinh phối hợp, tốt nhất là theo kháng sinh đồ.

- Chảy máu vết mổ, nhiễm trùng vết mổ.

- Tổn thương rễ thần kinh

7.2. Xử trí tai biến

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

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. 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.

2. Quyết định số 3023/ QĐ- BYT ngày 28 tháng 7 năm 2023 Của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành “ Đề cương tài liệu chuyên môn Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh

PHỤ LỤC DANH MỤC
CHUẨN BỊ ĐỂ THỰC HIỆN PHẪU THUẬT PHẪU THUẬT ĐÓNG ĐƯỜNG
RÒ

DỊCH NÃO TỦY HOẶC THOÁT VỊ TỦY SAU MỔ TỦY SỐNG

(Ghi chú: danh mục và số lượng có thể thay đổi trên thực tế thực hiện kỹ thuật tùy từng trường hợp cụ thể hoặc diễn biến trong cuộc mổ)

TT	Danh mục chuẩn bị	Đơn vị	Số lượng	Ghi chú
1	Lao động trực tiếp	Người	6	
1.1	Phẫu thuật viên	Người	1	
1.2	Phụ mổ	Người	1	
1.3	Dụng cụ viên	Người	1	
1.4	Giúp việc	Người	1	
1.5	Nhóm gây mê	Người	2	
2	Thuốc			
2.1	Lidocain 1%	ống	5	
2.2	Adrenalin 1/100.000	ống	1	
2.3	Muối rửa 0,9% 500ml	chai	1	
3	Vật tư			
3.1	Vật tư cấy ghép			
3.2	Dụng cụ			
3.2.1	Lưỡi dao mổ	cái	1	
3.3.1	Tay dao điện đơn cực	cái	0,2	
3.3.2	Tay dao điện lưỡng cực	cái	0,1	
3.4	Thuốc thử			
3.5	Chất hiệu chuẩn			
3.6	Sinh phẩm chẩn đoán			
3.7	Vật tư khác			
3.7.1	Gạc mổ to	gói	1	
3.7.2	Gạc mổ nhỏ	gói	2	
	Chỉ Prolen 4/0 hoặc 5/0	Sợi	1	
3.7.3	Chỉ khâu cân cơ các loại	sợi	2	
3.7.5	Chỉ khâu da	sợi	1	

3.7.6	Povidine	ml	200	
3.7.7	Găng tay mổ	đôi	5	
3.7.8	Cồn 70 độ	ml	30	
3.7.9	Dung dịch rửa tay	ml	50	
3.7.10	Bơm tiêm + kim (các cỡ)	cái	1	
3.7.11	Miếng dán vết mổ	Miếng	1	
4	Trang thiết bị (sử dụng trực tiếp)			
4.1	- Bộ dụng cụ phẫu thuật cột sống		1	
4.2	Bàn mổ cột sống chuyên dụng		1	
4.6	- Máy hút		1	
4.7	- Dao điện		1	

33. PHẪU THUẬT U NỘI SỌ, VÒM ĐẠI NÃO, XÂM LẤN XOANG TÍNH MẠCH, BẰNG ĐƯỜNG MỞ NẮP SỌ

1. ĐẠI CƯƠNG

- Ngày nay, những tiến bộ về chẩn đoán hình ảnh như CT và MRI giúp ích rất nhiều cho việc phát hiện sớm các bệnh lý u não.

- Phẫu thuật u nội sọ, vòm đại não bằng đường mở nắp sọ có thể lấy toàn bộ u hoặc một phần u làm giảm hoặc hết khối choán chỗ trong hộp sọ và lấy bỏ tổ chức u để không còn sự phát triển.

2. CHỈ ĐỊNH

- U não ở nông gần vỏ não

- U não ở gần các cấu trúc mạch máu lớn, xâm lấn xoang TM

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- U não ở gần các vùng chức năng như thân não, bao trong, các hạch nền,...

- U não có nguy cơ chảy máu cao metastatic renal cell carcinoma, choriocarcinoma, hoặc metastatic melanoma.

4. THẬN TRỌNG

trong các trường hợp có nhiều bệnh lý nền như tim mạch, đái tháo đường...

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 2 bác sỹ: 1 phẫu thuật viên chính và 1 phẫu thuật viên phụ

- 2 điều dưỡng: 1 người phụ dụng cụ trong mổ và 1 người chạy dụng cụ bên ngoài

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

5.2. Phương tiện

- 01 bộ dụng cụ mở sọ thông thường, gồm: dao mổ, khoan sọ, panh, kéo, kẹp phẫu tích có và không răng, valve vén hay farabeuf, kim kẹp kim, maleate, panh gấp u, máy hút, dao điện, bipolar,...

- Vật tư tiêu hao: gạc con 50 chiếc, bông sọ não 30 cái, chỉ vicryl 2/0 2-3 sợi, prolene 4/0 1-2 sợi, dafilon 3/0 1-2 sợi

- Vật liệu cầm máu: surgicel, spongel ...

5.3. Người bệnh

- Được vệ sinh, gội đầu, tắm rửa sạch. Tóc có thể cạo hoặc không.

- Nhịn ăn uống trước mổ ít nhất 6h.

5.4. Hồ sơ bệnh án

- Đầy đủ thông tin hành chính, bệnh sử, tiền sử, diễn biến, các xét nghiệm chẩn đoán và các xét nghiệm máu liên quan để phẫu thuật như: đông máu, nhóm máu, xét nghiệm HIV, HbsAg...

- Gia đình người bệnh và người bệnh phải ký cam đoan mổ.

5.5. Thời gian thực hiện kỹ thuật từ 90 đến 120 phút

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Kiểm tra hồ sơ: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán và đúng chỉ định, đủ xét nghiệm để phẫu thuật.

6.2. Kiểm tra người bệnh

- Kiểm tra đúng tên, tuổi giữa hồ sơ và giấy đeo tay của người bệnh.

- Người bệnh đã được chuẩn bị mổ đầy đủ.

6.3. Thực hiện kỹ thuật

6.3.1. Tư thế:

Tùy theo vị trí của u mà quyết định đường mổ, trong phần lớn trường hợp, người bệnh nằm tư thế ngửa, đầu cố định trên khung Mayfield.

6.3.2. Sát khuẩn:

Sau khi xác định đường mổ, sát khuẩn quanh đường mổ từ 15-20cm. Trải toan bao phủ quanh trường mổ

Gây tê da đầu đường mổ

6.3.3. Đường mổ:

- Rạch da theo đường mổ

- Khoan mở nắp sọ, độ rộng của mảnh xương sọ tùy thuộc vào kích thước và vị trí của u trên nhu mô não.

- Khâu treo màng cứng chỉ prolene 4/0

- Mở màng cứng vòng cung

6.3.4. Thắt xoang TM.

6.3.5. Lấy u:

- Xác định vị trí u,

- Cầm máu vỏ não, mở vỏ não vào tổ chức u

- Tiến hành lấy u từng phần hay cả khối tùy theo tính chất u.

6.3.6. Đóng vết mổ

- Chờ kết quả tức thì khoảng 15-20 phút.

- Nếu là u lành tính thì lấy cố gắng lấy hết u, tùy theo khả năng của phẫu thuật viên.

- Nếu là u ác tính thì ko cần lấy hết u.

- Cầm máu diện lấy u bằng bipolar, surgicel

- Đóng màng cứng hoặc vá tạo hình màng cứng nếu cần
- Đặt lại xương cố định bằng ghim sọ
- Đặt 1 dẫn lưu dưới da đầu
- Đóng da theo các lớp giải phẫu bằng chỉ vicryl 2/0 và chỉ dafilon 3/0

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1 Theo dõi

- Tình trạng toàn thân: mạch, huyết áp, hô hấp
- Tình trạng nhiễm trùng: sốt
- Tình trạng thần kinh: tri giác, dấu hiệu thần kinh khu trú, co giật, đồng tử,...
- Tình trạng vết mổ: có chảy máu, nhiễm trùng, chảy dịch não tủy không, dẫn lưu ra dịch như thế nào.
- Dẫn lưu dưới da đầu thường rút sau mổ 24-48h, không để lâu hơn do nguy cơ nhiễm trùng.

7.2. Xử trí tai biến

- Chảy máu: mổ lại cầm máu hoặc điều trị nội khoa
- Phù não ít, người bệnh tỉnh táo thì điều trị nội khoa, giảm phù nề
- Phù não nhiều sau mổ thì mổ lại giải toả não rộng và thuốc giảm phù nề.
- Nhiễm khuẩn: điều trị nội khoa

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa- chuyên khoa Phẫu thuật thần kinh”, Bộ Y tế số 200/ QĐ- BYT ngày 16 tháng 01 năm 2014
2. Quyết định số 3023/ QĐ- BYT ngày 28 tháng 7 năm 2023 Của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành “ Đề cương tài liệu chuyên môn Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh”

PHỤ LỤC DANH MỤC

**CHUẨN BỊ ĐỂ THỰC HIỆN PHẪU THUẬT U NỘI SỌ, VÒM ĐẠI NÃO,
XÂM LẤN XOANG TĨNH MẠCH, BẰNG ĐƯỜNG MỖ NẤP SỌ**

(Ghi chú: danh mục và số lượng có thể thay đổi trên thực tế thực hiện kỹ thuật tùy từng trường hợp cụ thể hoặc diễn biến trong cuộc mổ)

TT	Danh mục chuẩn bị	Đơn vị	Số lượng	Ghi chú
1	Lao động trực tiếp	Người	6-7	
1.1	Phẫu thuật viên	Người	1	
1.2	Phụ mổ	Người	1- 2	
1.3	Dụng cụ viên	Người	1	
1.4	Kíp gây mê	Người	2	
1.4	Giúp việc	Người	1	
2	Thuốc			
2.1	Lidocain 1%	ống	5	
2.2	Adrenalin 1/100.000	ống	1	
2.3	Muối rửa 0,9% 500ml	chai	1	
3	Vật tư			
3.1	Vật tư cấy ghép			
3.2	Dụng cụ			
3.2.1	Lưỡi dao mổ	cái	2	
3.2.2	Mũi khoan mài	cái	0,1	
3.3	Vật liệu			
3.3.1	Tay dao điện đơn cực	cái	0,2	
3.3.2	Tay dao điện lưỡng cực	cái	0,1	
3.4	Thuốc thử			
3.5	Chất hiệu chuẩn			
3.6	Sinh phẩm chẩn đoán			
3.7	Vật tư khác			
3.7.1	Vật liệu cầm máu các loại	gói	1	
3.7.2	Gạc mổ to	gói	1	
3.7.3	Gạc mổ nhỏ	gói	2	
3.7.4	Chỉ khâu cân cơ các loại	sợi	2	
3.7.5	Chỉ khâu da	sợi	1	

3.7.6	Nẹp cố định mảnh xương sọ không dùng vít	cái	3	
3.7.7	Bộ dẫn lưu vết mổ	cái	1	
3.7.8	Povidine	ml	200	
3.7.9	Găng tay mổ	đôi	5	
3.7.10	Cồn 70 độ	ml	30	
3.7.11	Dung dịch rửa tay	ml	50	
3.7.12	Bơm tiêm + kim (các cỡ)	cái	1	
3.7.13	Miếng dán vết mổ	Miếng	1	
4	Trang thiết bị (sử dụng trực tiếp)			
4.1	- Bộ dụng cụ phẫu thuật sọ não		1	
4.2	- Kính vi phẫu		1	
4.3	- Bàn phẫu thuật chuyên dụng		1	
4.4	- C-arm		1	
4.5	- Mũi khoan sọ		1	
4.6	- Máy hút		1	
4.7	- Dao điện		1	

34. PHẪU THUẬT THAY ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG CỔ

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật thay đĩa đệm cột sống cổ (Cervical Disc Arthroplasty) là kỹ thuật phẫu thuật lấy bỏ đĩa đệm cột sống cổ bị thoát vị hoặc thoái hóa gây chèn ép rễ thần kinh hoặc tủy sống, sau đó thay thế bằng đĩa đệm nhân tạo nhằm giải phóng chèn ép thần kinh và bảo tồn vận động sinh lý của cột sống cổ.

2. CHỈ ĐỊNH

- Thoát vị đĩa đệm cột sống cổ gây chèn ép rễ thần kinh.
- Bệnh lý tủy cổ do thoát vị đĩa đệm.
- Đau cổ vai cánh tay kéo dài không đáp ứng điều trị nội khoa ≥ 6 tuần.
- Thoát vị đĩa đệm 1 tầng hoặc 2 tầng.
- Không có mất vững cột sống cổ.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Chống chỉ định tuyệt đối

- Nhiễm trùng cột sống cổ.
- Loãng xương nặng.
- Mất vững cột sống cổ.
- Hẹp ống sống cổ nhiều tầng.

3.2. Chống chỉ định tương đối

- Thoái hóa khớp liên mấu nặng.
- Dị dạng cột sống cổ.
- Bệnh lý toàn thân nặng không cho phép phẫu thuật.

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên: Bác sĩ chuyên khoa Ngoại thần kinh hoặc Bác sĩ phẫu thuật cột sống
- Một đến hai bác sĩ phụ mổ
- Kíp gây mê: Bác sĩ gây mê, KTV phụ gây mê, nhân viên trợ giúp
- Kíp dụng cụ: Dụng cụ viên, chạy ngoài

5.2. Thuốc

- Các thuốc gây mê, giãn cơ theo quy trình gây mê
- Dịch truyền, dịch cao phân tử
- Máu và huyết tương (dự trữ tùy nguy cơ mất máu)
- Kháng sinh trong mổ, ngay khi rạch da liều cao, phổ rộng

5.3 Vật tư

- Sáp xương, miếng cầm máu, bột cầm máu
- Chỉ các loại khâu lớp trong, khâu da

5.4. Trang thiết bị

- Bộ dụng cụ phẫu thuật cột sống cổ.
- Hệ thống C-arm.
- Kính vi phẫu hoặc kính lúp phẫu thuật.
- Bộ dụng cụ đặt đĩa đệm nhân tạo.
- Các loại đĩa đệm nhân tạo với nhiều kích thước.
- Dao điện, hệ thống hút phẫu thuật.

5.5. Người bệnh

- Được chẩn đoán bệnh, xét nghiệm sinh học, đánh giá toàn trạng bệnh phổi hợp và được điều trị, nuôi dưỡng, cân bằng đủ đảm bảo cho cuộc phẫu thuật dự kiến.

- Gia đình người bệnh cần được giải thích kỹ về bệnh tật và quá trình cần được điều trị trước, trong và sau mổ.

5.6. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án ngoại khoa đầy đủ.
- Các biên bản hội chẩn, phiếu duyệt mổ, cam đoan của bệnh nhân hoặc người nhà.

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Khoảng **90–150 phút**, tùy số tầng phẫu thuật.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

- Tại phòng mổ với nguyên tắc vô khuẩn, đầy đủ trang thiết bị cho phẫu thuật

5.9. Kiểm tra hồ sơ

- Hồ sơ bệnh án hoàn thiện đầy đủ các cột mục
- Có đầy đủ các kết quả cận lâm sàng cần thiết cho chẩn đoán, tiên lượng của bệnh

- Có đầy đủ biên bản hội chẩn, phiếu duyệt mổ

- Có bảng kiểm trước mổ của điều dưỡng khoa

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH PHẪU THUẬT

6.1. Tư thế: Người bệnh nằm ngửa, cổ hơi uốn, đặt gối dưới vai

6.2. Vô cảm: Mê nội khí quản.

6.3. Kỹ thuật:

- Xác định tầng phẫu thuật: Sử dụng C-arm để xác định chính xác tầng đĩa đệm cần phẫu thuật.

- Rạch da theo đường mổ trước cổ, theo phương pháp Smith-Robinson, bóc tách vào khoang trước cột sống.

- Bộc lộ khoang đĩa đệm: Đặt banh Caspar để bộc lộ khoang đĩa đệm..

- Lấy bỏ đĩa đệm:

+ Rạch vòng xơ đĩa đệm.

+ Lấy nhân đĩa đệm.

+ Nạo sạch tổ chức đĩa đệm thoái hóa.

+ Giải ép rễ thần kinh và tủy sống.

- Chuẩn bị khoang đĩa đệm: Làm sạch bề mặt mâm đốt sống và chuẩn bị khoang đặt đĩa đệm nhân tạo.

- Đặt đĩa đệm nhân tạo:

+ Lựa chọn kích thước đĩa đệm nhân tạo phù hợp.

+ Đặt đĩa đệm nhân tạo vào khoang đĩa đệm.

+ Kiểm tra vị trí đĩa đệm nhân tạo vừa đặt bằng C-arm.

- Cầm máu, đặt dẫn lưu nếu cần và đóng vết mổ theo lớp.

6.4. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau mổ: lượng máu mất

- Hoàn thiện hồ sơ: ký các bảng kiểm,viết cách thức phẫu thuật

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:

- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn.

- Theo dõi tình trạng thần kinh sau mổ.

- Chụp X-quang kiểm tra vị trí implant.

- Theo dõi biến chứng sau phẫu thuật.

-Tai biến và xử trí:

7.7.1.Trong mổ

Tổn thương rễ thần kinh hoặc tủy sống.

Tổn thương thực quản hoặc khí quản.

Chảy máu.

7.7.2Sau mổ

- Tụ máu vùng cổ gây chèn ép khí quản.

- Nhiễm trùng vết mổ.

- Lệch đĩa đệm.

- Nuốt khó.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa, chuyên khoa Phẫu thuật Thần kinh. 2017

2. Quyết định số 3023/QĐ- BYT ngày 28 tháng 7 năm 2023 Của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành “ Đề cương tài liệu chuyên môn Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh.

PHỤ LỤC DANH MỤC
CHUẨN BỊ THỰC HIỆN PHẪU THUẬT THAY ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG CỔ

(Chú ý danh mục và số lượng có thể thay đổi trên thực tế khi thực hiện kỹ thuật tùy từng trường hợp cụ thể hoặc diễn biến trong cuộc mổ)

TT	Danh mục chuẩn bị	Đơn vị	Số lượng
1	Lao động trực tiếp	Người	6
2	Thuốc		
	-Thuốc gây mê, giãn cơ và hồi sức trong mổ (theo quy trình Gây mê hồi sức phẫu thuật cột sống cổ)		
	-Kháng sinh: Là kháng sinh dùng đường tiêm truyền có trong danh mục thuốc của bệnh viện		
	-Máu và dịch cao phân tử, tùy thuộc diễn biến trong cuộc mổ mà sử dụng trên từng bệnh nhân có khác nhau.		
3	Vật tư trong mổ		
	-Bộ dụng cụ phẫu thuật cột sống cổ		1
	-Sáp xương	gói	1
	-Miếng cầm máu surgicel	Miếng	1
	Chỉ khâu cân cơ 2/0	Sợi	1-2
	Chỉ khâu da 3/0	Sợi	2
4	Vật liệu khác		
	Bột cầm máu	gói	1
	Keo sinh học	tube	1-2
	Bông		
	Gạc các loại		

35. PHẪU THUẬT LẤY NHÂN ĐĨA ĐỆM, GHÉP XƯƠNG CỐ ĐỊNH CỘT SỐNG CỔ

1. ĐẠI CƯƠNG

- Chấn thương cột sống cổ là một chấn thương rất nặng, để lại nhiều di chứng nặng nề. Cột sống cổ gồm có 7 đốt sống và rất dễ tổn thương khi có lực tác động mạnh. Tổn thương có thể là nhân đĩa đệm, vỡ thân đốt sống hoặc các gai ngang, gai sau, các dây chằng liên gai... Tổn thương nặng nề nhất là gãy trật các đốt sống cổ làm tổn thương tuỷ cổ.

- Có nhiều phương pháp phẫu thuật theo đường cổ lồi trước, lồi sau hoặc phối hợp cả hai đường tùy theo tổn thương và tùy theo mục đích cố định.

- Phẫu thuật lấy đĩa đệm cột sống cổ đường trước, ghép xương và nẹp vít cố định được thực hiện từ năm 1950 bởi Smith và Robinson. Phương pháp này đã chứng minh được nhiều ưu điểm và được dần hoàn thiện cho tới ngày nay vẫn được ứng dụng rất rộng rãi ở các trung tâm phẫu thuật cột sống trên thế giới.

2. CHỈ ĐỊNH

- Chấn thương cột sống cổ làm tổn thương đĩa đệm, thân đốt sống mà không làm tổn thương các gai sau.

- Chấn thương thân đốt sống mà tổn thương kiểu giọt lệ “Tea Drope”

- Ngoài ra có thể áp dụng phẫu thuật này cho các trường hợp thoát vị đĩa đệm cột sống cổ 1 tầng

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh nhân trong tình trạng đa chấn thương mà nguy cơ tử vong gần

- Nhiễm trùng vùng cổ trước

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- Phẫu thuật viên chuyên khoa

- 01 hoặc 02 phụ mổ

- 01 giúp việc

- Kíp dụng cụ: 01 dụng cụ viên

5.2. Thuốc

- Lidocain 2%

- Adrenaline 1mg

- Muối rửa

5.3. Vật tư

- Găng tay phẫu thuật

- Bơm tiêm

- Miếng dán phẫu thuật (Opside)
- Nẹp cột sống cổ lõi trước 1 tầng, 2 tầng, 3 tầng
- Vít cột sống cổ tự taro các cỡ, một tầng 4 vít, cứ thêm một tầng cần thêm 2 vít
- Miếng ghép đĩa đệm
- Lưỡi dao mổ các loại.
- Chỉ khâu các loại.
- Bông gạc, bơm tiêm.
- Tay dao điện, vật liệu cầm máu...
- Dẫn lưu 01 bộ
- Cồn 70 độ
- DD povidine
- Nước rửa tay

5.4. Trang thiết bị:

- Bộ dụng cụ đại phẫu, một số dụng cụ chuyên về phẫu thuật cột sống cổ lõi trước
- 01 Máy khoan cắt trong phẫu thuật sọ não - cột sống
- Dao điện đơn cực, lưỡng cực, kính vi phẫu, C-arm, máy hút.

5.5. Người bệnh

- Người bệnh và gia đình được giải thích rõ trước mổ về tình trạng bệnh và tình trạng chung, về những khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về những tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, giảm đau, do cơ địa của người bệnh.

- Người bệnh được nhịn ăn trước mổ 6 h

5.6. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án ngoại khoa đầy đủ, lâm sàng, cận lâm sàng, thăm dò chức năng phục vụ chẩn đoán và điều trị
- Các biên bản hội chẩn, phiếu duyệt mổ, cam đoan của bệnh nhân hoặc người nhà

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật từ 01h đến 02 h

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

Tại các phòng mổ vô trùng có đầy đủ các máy móc thiết bị phù hợp cho ca phẫu thuật cột sống cổ.

5.9 Kiểm tra hồ sơ

- a. Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần phẫu thuật...
- b. Thực hiện đúng bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

c. Đặt tư thế người bệnh: Nằm ngửa trên bàn mổ, độn gối dưới vai, cổ ngửa tối đa hoặc đầu gắn trên khung Mayfield

6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Bước:

- Sát trùng vùng mổ, trải sẵn vô khuẩn
- Gây tê da và các lớp dưới da bằng Lidocain 1% pha Adrenalin 1/100.000

6.2. Bước 2:

- Rạch da đường ngang hoặc bờ trước cơ ức đòn chũm hoặc đường ngang
- Bóc tách các lớp cân cơ vùng cổ trước bên
- Dùng van kéo các tổ chức thực quản, khí quản vào trong, cơ ức đòn chũm và động mạch cảnh ra ngoài
- Xác định vị trí đốt sống tổn thương trên C.am

6.3. Bước 3

- Đặt bộ vén, mũi vào đốt trên và dưới đốt tổn thương
- Dùng dao mổ cắt thân đĩa đệm tổn thương, dùng thìa nạo sạch đĩa đệm đến bề mặt xương các đốt sống trên và dưới
- Dùng kính vi phẫu để kiểm tra mức độ lấy sạch tổ chức đĩa đệm đến dây chằng dọc sau (Tùy từng trường hợp cụ thể).
- Trường hợp cần lấy bỏ thân đốt sống vỡ thì dùng khoan mài lấy bỏ thân đốt sống bị tổn thương
- Nắn chỉnh cho hết di lệch của các đốt sống
- Đo khoảng cách trống giữa hai thân đốt vừa làm sạch.

6.4. Bước 4:

- Sát trùng vùng mào chậu rộng rãi, trải sẵn vô khuẩn
- Rạch da trên mào chậu, bộc lộ xương
- Đục mảnh xương chậu vừa đủ ghép khoảng trống liên thân đốt.
- Cầm máu, khâu phục hồi chỗ đục lấy mảnh xương chậu, băng vô trùng

6.5. Bước 5:

- Ghép mảnh xương chậu vào liên thân đốt
(Trường hợp sử dụng mảnh ghép thì không phải đục mảnh xương chậu)
- Đặt nẹp bắt các vít vào thân đốt sống
- Cầm máu, bơm rửa sạch phẫu trường
- Đặt dẫn lưu hố mổ
- Khâu vết mổ theo các lớp giải phẫu

6.6. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau phẫu thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ
- Bàn giao người bệnh về phòng hồi tỉnh theo dõi sau phẫu thuật

7. THEO DÕI VA XỬ LÝ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu trong mổ do tổn thương các mạch máu nhỏ
- Xử lý cần bóc tách nhẹ nhàng, từng lớp, tránh làm tổn thương các mạch máu dù nhỏ, nếu tổn thương mạch nhỏ thì đốt điện cầm máu, nếu mạch lớn khâu bằng chỉ Prolene .

7.2. Tai biến sau mổ

- Nếu chảy máu sau mổ, tụ máu vết mổ phải phẫu thuật lại cầm máu
- Nếu nuốt vướng, sì rò thực quản cần mổ khâu lại thực quản
- Nếu có tổn thương khí quản thì mở khí quản.

7.3. Biến chứng muộn

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. 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.
2. Quyết định số 3023/ QĐ- BYT ngày 28 tháng 7 năm 2023 Của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành “ Đề cương tài liệu chuyên môn Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh”

PHỤ LỤC DANH MỤC
CHUẨN BỊ ĐỂ THỰC HIỆN PHẪU THUẬT LẤY NHÂN ĐĨA ĐỆM, GHÉP
XƯƠNG CỘ ĐÌNH CỘT SỐNG CỘ

(Ghi chú: danh mục và số lượng có thể thay đổi trên thực tế thực hiện kỹ thuật tùy từng trường hợp cụ thể hoặc diễn biến trong cuộc mổ)

TT	Danh mục chuẩn bị	Đơn vị	Số lượng	Ghi chú
1	Lao động trực tiếp	Người	5	
1.1	Phẫu thuật viên	Người	1	
1.2	Phụ mổ	Người	2	
1.3	Dụng cụ viên	Người	1	
1.4	Giúp việc	Người	1	
2	Thuốc			
2.1	Lidocain 1%	ống	3	
2.2	Adrenalin 1/100.000	ống	1	
2.3	Muối rửa 0,9% 500ml	chai	1	
3	Vật tư			
3.1	Vật tư cấy ghép			
3.2	Dụng cụ			
3.2.1	Lưỡi dao mổ	cái	2	
3.2.2	Mũi khoan mài	cái	0,1	
3.3	Vật liệu			
3.3.1	Tay dao điện đơn cực	cái	0,2	
3.3.2	Tay dao điện lưỡng cực	cái	0,1	
3.4	Thuốc thử			
3.5	Chất hiệu chuẩn			
3.6	Sinh phẩm chẩn đoán			
3.7	Vật tư khác			
3.7.1	Vật liệu cầm máu các loại	gói	1	
3.7.2	Gạc mổ to	gói	1	
3.7.3	Gạc mổ nhỏ	gói	2	
3.7.4	Chỉ khâu cân cơ các loại	sợi	2	
3.7.5	Chỉ khâu da	sợi	1	

3.7.6	Nẹp vít cột sống cổ lõi trước 1 tầng, 2 tầng, 3 tầng	cái	1	
3.7.7	Vít cột sống cổ tự taro	vít	4,5	Từ 4-6 vít/ ca
3.7.8	Miếng ghép đĩa đệm (cage)	cái	1	
3.7.9	Bộ dẫn lưu vết mổ	cái	1	
3.7.10	Povidine	ml	200	
3.7.11	Găng tay mổ	đôi	5	
3.7.12	Cồn 70 độ	ml	30	
3.7.13	Dung dịch rửa tay	ml	50	
3.7.14	Bơm tiêm + kim (các cỡ)	cái	1	
3.7.15	Miếng dán vết mổ	Miếng	1	
4	Trang thiết bị (sử dụng trực tiếp)			
4.1	- Bộ dụng cụ đại phẫu		1	
4.2	- Kính vi phẫu		1	
4.3	- Bộ dụng cụ phẫu thuật cột sống cổ			
4.4	- C-arm		1	
4.5	- Máy khoan cắt trong phẫu thuật cột sống		1	
4.6	- Máy hút		1	
4.7	- Dao điện		1	

36. PHẪU THUẬT BẮT VÍT QUA CUỐNG CỘT SỐNG THẮT LƯNG QUA DA

1. ĐẠI CƯƠNG

Đây là phẫu thuật ít xâm lấn có sử dụng máy chụp xquang trong mổ (C-arm) để bắt vít qua cuống cột sống thắt lưng qua da lối sau mà không cần bóc lộ, bóc tách cân cơ rộng ra khỏi các mốc giải phẫu để bắt vít. Mục đích nhằm giảm thiểu thương tổn phần mềm, giảm đau, giảm mất máu so với quá trình bắt vít trong mổ mở thông thường.

2. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có trượt cột sống thắt lưng – cùng độ I, II hoặc mất vững cột sống.
- Người bệnh có chấn thương cột sống thắt lưng cần cố định cột sống.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có biến dạng đốt sống hoặc dính đốt sống
- Người bệnh loãng xương
- Người bệnh có u tủy hoặc u thân đốt sống
- Người bệnh có các bệnh lý không thể phẫu thuật

4. THẬN TRỌNG

Các trường hợp người bệnh có nhiều bệnh phối hợp như tim mạch, đái tháo đường...

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

Một phẫu thuật viên chính và một hoặc hai phẫu thuật viên phụ.

5.2. Người bệnh:

Được hoàn chỉnh xét nghiệm trước mổ, bệnh có chỉ định mổ phù hợp, được nghe giải thích và đồng ý với phương pháp mổ + các biến chứng, rủi ro có thể xảy ra trước, trong và sau mổ. Được khám gây mê trước mổ đảm bảo đủ sức khỏe để mổ.

5.3. Phương tiện:

Hệ thống C-arm trong mổ, trang thiết bị phẫu thuật cột sống thắt lưng lối sau, vật tư tiêu hao trong mổ (bộ dụng cụ bắt vít cột sống thắt lưng ít xâm lấn, nẹp, ốc, vít, thanh dọc, thanh ngang...)

5.4. Thời gian dự kiến phẫu thuật: 120 đến 180 phút

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Tư thế: Người bệnh nằm sấp trên bàn mổ cột sống, được kê trên bộ kê bệnh nhân đi kèm theo bàn mổ cột sống sọ não chuyên dụng.

6.2. Vô cảm: Mê nội khí quản

6.3. Kỹ thuật:

- Người bệnh được chụp C-arm để xác định vị trí các mốc giải phẫu cơ bản vùng cột sống thắt lưng.
- Đánh dấu các vị trí tương ứng giải phẫu đốt sống thắt lưng trên da. Rạch da đường bên theo vị trí đánh dấu.
- Đặt kim dẫn đường dưới sự hướng dẫn C-arm ở hai bình diện trên-dưới và bên qua cuống vào thân đốt sống.
- Sau đó tiến hành doa theo kim dẫn đường và bắt vít qua da theo đường doa.
- Kiểm tra trên C-arm vị trí vít bắt 2 bình diện: trên – dưới và bên ngay trong mổ để khẳng định vị trí vít tốt.
- Đặt thanh dọc, ốc khóa trong và siết ốc bằng bộ dụng cụ hỗ trợ ít xâm lấn.
- Dẫn lưu, cố định dẫn lưu.
- Khâu phục hồi vết mổ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi:

- Người bệnh cần nằm bất động trong 1-2 ngày đầu.
- Sử dụng kháng sinh, thuốc giảm đau, giãn cơ, chống phù nề, bảo vệ dạ dày, truyền dịch.
- Theo dõi các dấu hiệu lâm sàng cơ bản và đánh giá mức độ cải thiện triệu chứng lâm sàng của người bệnh so với trước mổ để điều chỉnh phác đồ điều trị.
- Thay băng vết mổ cách ngày, rút thông tiểu trong vòng 24h sau mổ, rút dẫn lưu 48h sau mổ.
- Hướng dẫn người bệnh cách vận động trên giường ngay sau mổ, chưa đi lại trong 1 tháng đầu sau mổ nếu với các trường hợp chấn thương cột sống.
- Chụp X quang kiểm tra sau mổ 24h đánh giá mức độ nắn chỉnh cột sống và vị trí của vít trong người bệnh.
- Xét nghiệm công thức, sinh hóa máu đánh giá tình trạng phục hồi sau mổ.
- Mặc áo nẹp cố định cột sống thắt lưng

7.2. Xử trí tai biến:

- Theo dõi các chỉ số huyết động trong mổ, mức độ mất máu, độ chính xác của vít khi bắt trên C-arm để điều chỉnh phù hợp.
- Theo dõi các biến chứng sau mổ: chảy máu, nhiễm trùng, tổn thương thần kinh thứ phát sau mổ để sớm có điều chỉnh phác đồ điều trị nội khoa, đánh giá mức độ tổn thương thực thể để thậm chí can thiệp phẫu thuật lại nếu cần thiết..

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. 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.

2. Quyết định số 3023/ QĐ- BYT ngày 28 tháng 7 năm 2023 Của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành “ *Đề cương tài liệu chuyên môn Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh*”

PHỤ LỤC DANH MỤC
CHUẨN BỊ ĐỂ THỰC HIỆN PHẪU THUẬT BẮT VÍT QUA CUỐNG CỘT
SÓNG THẮT LƯNG QUA DA

(Ghi chú: danh mục và số lượng có thể thay đổi trên thực tế thực hiện kỹ thuật tùy từng trường hợp cụ thể hoặc diễn biến trong cuộc mổ)

TT	Danh mục chuẩn bị	Đơn vị	Số lượng	Ghi chú
1	Lao động trực tiếp	Người	5	
1.1	Phẫu thuật viên	Người	1	
1.2	Phụ mổ	Người	2	
1.3	Dụng cụ viên	Người	1	
1.4	Giúp việc	Người	1	
2	Thuốc			
2.1	Lidocain 1%	ống	5	
2.2	Adrenalin 1/100.000	ống	1	
2.3	Muối rửa 0,9% 500ml	chai	1	
3	Vật tư			
3.1	Vật tư cấy ghép			
3.2	Dụng cụ			
3.2.1	Lưỡi dao mổ	cái	2	
3.3.1	Tay dao điện đơn cực	cái	0,2	
3.3.2	Tay dao điện lưỡng cực	cái	0,1	
3.4	Thuốc thử			
3.5	Chất hiệu chuẩn			
3.6	Sinh phẩm chẩn đoán			
3.7	Vật tư khác			
3.7.1	Gạc mổ to	gói	1	
3.7.2	Gạc mổ nhỏ	gói	2	
3.7.3	Chỉ khâu cân cơ các loại	sợi	2	
3.7.5	Chỉ khâu da	sợi	1	
3.7.6	vít cột sống thắt lưng các cỡ loại dung cho bắt vít qua da	cái	6-8	
3.7.7	Ốc khoá trong	vít	6-8	
3.7.8	Đinh dẫn đường	cái	6	

3.7.9	Povidine	ml	200	
3.7.10	Găng tay mổ	đôi	5	
3.7.11	Cồn 70 độ	ml	30	
3.7.12	Dung dịch rửa tay	ml	50	
3.7.13	Bơm tiêm + kim (các cỡ)	cái	1	
3.7.14	Miếng dán vết mổ	Miếng	1	
4	Trang thiết bị (sử dụng trực tiếp)			
4.1	- Bộ dụng cụ phẫu thuật bắt vít cột sống qua da		1	
4.2	Bàn mổ cột sống chuyên dụng		1	
4.4	- C-arm		1	
4.6	- Máy hút		1	
4.7	- Dao điện		1	

37. PHẪU THUẬT CỐ ĐỊNH CỘT SỐNG VÀ HÀN XƯƠNG LIÊN THÂN ĐÓT CỘT SỐNG THẮT LƯNG CÙNG ĐƯỜNG SAU QUA LỖ LIÊN HỢP

1. ĐẠI CƯƠNG

- Phẫu thuật cố định cột sống hàn xương liên thân đốt sống đã được Cloward giới thiệu và đưa vào áp dụng từ cách đây 50 năm với nguyên lý của kỹ thuật cố định cột sống và hàn khớp liên thân đốt đường sau (PLIF: Posterior Lumbar Interbody Fusion).

- Ngày nay, mặc dù kỹ thuật PLIF vẫn đang được áp dụng phổ biến nhưng một số phẫu thuật viên đã ưu tiên lựa chọn kỹ thuật cố định cột sống và hàn khớp liên thân

đốt qua lỗ liên hợp (TLIF: Transforaminal Lumbar Interbody Fusion) để điều trị một số bệnh lý vùng cột sống thắt lưng đòi hỏi phải hàn khớp liên thân đốt. Ưu điểm của kỹ thuật TLIF bao gồm bộc lộ theo đường bên sẽ hạn chế được tổn thương và căng giãn thần kinh, lối tiếp cận đường bên giúp phẫu thuật viên dễ dàng hơn trong quá trình thao tác kỹ thuật.

2. CHỈ ĐỊNH

- Mất vững cột sống do trượt đốt sống
- Bệnh lý thoái hóa đĩa đệm, hẹp ống sống thắt lưng
- Thoát vị đĩa đệm tái phát gây đau lưng nhiều

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Dị dạng rễ thần kinh trong lỗ liên hợp (rễ kết hợp...)
- Rối loạn đông máu
- Loãng xương nặng
- Nhiễm trùng cấp tính

4. THẬN TRỌNG

Người bệnh có nhiều bệnh nặng phối hợp như suy tim, COPD...

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

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

5.2. Phương tiện

- Máy chụp X quang (C-arm), bộ dụng cụ phẫu thuật chuyên khoa cột sống, hệ thống vít cột sống, thanh giằng (Rod) và miếng ghép xương liên thân đốt (Cag)

5.3. Người bệnh

- Vệ sinh thật tháo từ hôm trước, nhịn ăn uống, kháng sinh dự phòng.

5.4. Hồ sơ bệnh án: đầy đủ theo quy định.

5.5. Thời gian thực hiện kỹ thuật từ 90 đến 120 phút

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Người bệnh nằm sấp, gây mê nội khí quản.
- Rạch da đường giữa liên gai sau vùng phẫu thuật.
- Bóc tách cân cơ cạnh sống, bóc lộ diện khớp và cung đốt sống hai bên.
- Bắt vít qua cuống cung hoặc chân cung.
- Lấy đĩa đệm và hàn xương liên thân đốt:
- Cắt bỏ diện khớp dưới và một phần diện khớp trên vùng lỗ liên hợp
- Cắt bỏ dây chằng vàng, dây chằng lỗ liên hợp. Bóc lộ rễ thần kinh và đĩa đệm, xác định tam giác an toàn: là vùng qua đó sẽ lấy đĩa đệm và ghép xương.
- + Lấy toàn bộ đĩa đệm, ghép xương liên thân đốt và đặt miếng ghép có kích cỡ phù hợp.
- + Đặt thanh giằng (Rod) nắn chỉnh, siết ốc cố định cột sống, kiểm tra vị trí vít và mảnh ghép bằng C-arm.
- Cầm máu.
- Đặt dẫn lưu.
- Đóng vết mổ theo lớp giải phẫu.
- Mặc áo hỗ trợ cột sống trong ít nhất 6 tuần.

7. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

- Rút dẫn lưu sau 48 giờ
- Dùng kháng sinh 5 - 7 ngày
- Tổn thương rễ thần kinh (Cần chú ý không làm tổn thương rễ thần kinh)
- Rách màng cứng: Vá màng cứng bằng chi Prolen 4/ hoặc 5/0.
- Tổn thương động mạch chủ bụng, tĩnh mạch chủ dưới (Đây là tai biến rất nặng, cần phối hợp các chuyên khoa mạch máu, chuyên khoa ngoại bụng): Mở bụng xử trí tổn thương.
- Nhiễm trùng vết mổ: kháng sinh tĩnh mạch theo kháng sinh đồ, thay băng truyền dịch, có thể mổ lại cắt lọc làm sạch vết thương.
- Mặc áo hỗ trợ cột sống đến thời điểm khám lại (4 tuần).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quyết định số 198/QĐ- BYT ngày 16 tháng 01 năm 202014 về việc ban hành tài liệu “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Ngoại khoa- chuyên khoa phẫu thuật chấn thương chỉnh hình, phẫu thuật cột sống” của Bộ trưởng Bộ Y tế.
2. Quyết định số 3023/ QĐ- BYT ngày 28 tháng 7 năm 2023 Của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành “ Đề cương tài liệu chuyên môn Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh”

PHỤ LỤC DANH MỤC
CHUẨN BỊ ĐỂ THỰC HIỆN PHẪU THUẬT CỐ ĐỊNH CỘT SỐNG VÀ HÀN
XƯƠNG LIÊN THÂN ĐÓT CỘT SỐNG THẮT LƯNG CÙNG ĐƯỜNG SAU
QUA LỖ LIÊN HỢP

(Ghi chú: danh mục và số lượng có thể thay đổi trên thực tế thực hiện kỹ thuật tùy từng trường hợp cụ thể hoặc diễn biến trong cuộc mổ)

TT	Danh mục chuẩn bị	Đơn vị	Số lượng	Ghi chú
1	Lao động trực tiếp	Người	6-7	
1.1	Phẫu thuật viên	Người	1	
1.2	Phụ mổ	Người	1-2	
1.3	Dụng cụ viên	Người	1	
1.4	Giúp việc	Người	1	
1.5	Kíp gây mê	Người	2	
2	Thuốc			
2.1	Lidocain 1%	ống	5	
2.2	Adrenalin 1/100.000	ống	1	
2.3	Muối rửa 0,9% 500ml	chai	1	
3	Vật tư			
3.1	Vật tư cấy ghép			
3.2	Dụng cụ			
3.2.1	Lưỡi dao mổ	cái	2	
3.2.2				
3.3	Vật liệu			
3.3.1	Tay dao điện đơn cực	cái	0,2	
3.3.2	Tay dao điện lưỡng cực	cái	0,1	
3.4	Thuốc thử			
3.5	Chất hiệu chuẩn			
3.6	Sinh phẩm chẩn đoán			
3.7	Vật tư khác			
3.7.1	Vật liệu cầm máu các loại	gói	1	
3.7.2	Gạc mổ to	gói	1	
3.7.3	Gạc mổ nhỏ	gói	2	

3.7.4	Chỉ khâu cân cơ các loại	sợi	2	
3.7.5	Chỉ khâu da	sợi	1	
3.7.6	Vít cột sống thắt lưng các cỡ	cái	4-6-8	
3.7.7	Nẹp dọc	cái	2	
3.7.8	Miếng ghép đĩa đệm (cage)	cái	1-2-3	
3.7.9	Bộ dẫn lưu vết mổ	cái	1	
3.7.10	Povidine	ml	200	
3.7.11	Găng tay mổ	đôi	6	
3.7.12	Cồn 70 độ	ml	30	
3.7.13	Dung dịch rửa tay	ml	50	
3.7.14	Bơm tiêm + kim (các cỡ)	cái	1	
3.7.15	Miếng dán vết mổ	Miếng	1	
4	Trang thiết bị (sử dụng trực tiếp)			
4.1	- Bộ dụng cụ phẫu thuật bắt vít cột sống		1	
4.2	Bàn mổ chuyên dụng phẫu thuật cột sống			
	Dao điện	cái	1	
4.4	- C-arm	máy	1	
4.5	Máy hút dịch	cái	1	

38. ĐIỀU TRỊ CÁC KHỐI U BẰNG VI SÓNG (MICROWAVE)

1. ĐẠI CƯƠNG

Đốt vi sóng (Microwave Ablation – MWA) là phương pháp điều trị xâm lấn tối thiểu trong ung thư can thiệp, sử dụng năng lượng vi sóng (900–2450 MHz) làm rung các phân tử nước trong mô, tạo nhiệt gây hoại tử khối u.

- Đặc điểm:

- + Thực hiện qua da dưới hướng dẫn siêu âm hoặc CT
- + Không cần phẫu thuật mở, chỉ đưa kim điện cực vào khối u để đốt

- Hiệu quả:

- + Áp dụng tốt cho u gan, phổi, thận, tuyến giáp...
- + Đặc biệt hiệu quả với u nhỏ (<3 cm), có thể tương đương phẫu thuật trong một số trường hợp

- Ưu điểm:

- + Ít xâm lấn, bảo tồn chức năng cơ quan
- + Thời gian thực hiện nhanh, hồi phục sớm, nằm viện ngắn

Ít biến chứng, chi phí thấp hơn phẫu thuật

Có thể lặp lại khi tái phát

Ít bị ảnh hưởng bởi tản nhiệt, vùng đốt rộng hơn so với RFA

2. CHỈ ĐỊNH

- Các khối lành tính tuyến giáp:

+ Nhân giáp lành tính, lớn hơn 10mm và có triệu chứng (sinh thiết để biết lành tính hay ác tính).

+ Nang giáp

+ Bệnh phình giáp

+ Nhân giáp chức năng tự chủ (AFTN)

* *Đặc biệt ứng dụng cho các bệnh nhân:*

+ Chảy máu nội tại

+ Vấn đề thẩm mỹ

+ Đau do bướu chèn ép

+ Lo sợ bướu giáp

+ Nhân giáp chức năng tự chủ (AFTN)

- U gan:

+ Ung thư biểu mô tế bào gan.

+ Chẩn đoán bằng giải phẫu bệnh hay tiêu chuẩn chẩn đoán hình ảnh.

- + U tuyến lành tính của gan.
- + Nang gan.
- + Khối u có đường kính lớn nhất < 6cm hay < 3 u, mỗi u có kích thước < 3cm.
- + U khôngcos xâm lấn mạch máu lớn hay đi căn xa.
- + Có chức năng gan bảo tồn Child-Pugh A hoặc B.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Chống chỉ định đốt u gan bằng vi sóng trong các trường hợp sau:

- Huyết khối tĩnh mạch.
- Chèn ép ống mật chính trong gan
- Di căn ngoài gan (hạch, phổi, tuyến thượng thận, xương, mạc nối, mạc treo.
- Xâm lấn các cơ quan cạnh gan (thành ngực, cơ hoành, thành bụng, dạ dày, đại tràng).
- Có máy tạo nhịp, kẹp phình mạch não, có cấy ghép các loại thiết bị điện tử hoặc các vật liệu bằng kim loại khác.
- Rối loạn đông máu nặng (Tiểu cầu <50.000/ml, PT kéo dài hơn 50% so với chứng).
- Có bệnh tim và phổi nặng
- Bệnh nhiễm trùng chưa kiểm soát được
- Suy gan nặng Chld-Pugh C.

4. THẬN TRỌNG.

- Đánh giá kỹ vị trí, kích thước, số lượng khối u và mối liên quan với các cấu trúc quan trọng (mạch máu lớn, ống mật, khí quản, thần kinh...) để lựa chọn chỉ định và đường tiếp cận an toàn.
- Thận trọng với khối u nằm gần mạch máu lớn (hiệu ứng tản nhiệt làm giảm hiệu quả đốt) hoặc gần các tạng quan trọng (nguy cơ tổn thương nhiệt).
- Đối với u tuyến giáp: cần tránh tổn thương thần kinh quặt ngược thanh quản, khí quản, thực quản; ưu tiên kỹ thuật bóc tách bằng dịch (hydrodissection).
- Đối với u gan: thận trọng khi u nằm sát cơ hoành, túi mật, đại tràng hoặc dạ dày; cân nhắc các biện pháp bảo vệ như bơm dịch cách ly.
- Kiểm soát tốt rối loạn đông máu trước thủ thuật để giảm nguy cơ chảy máu.
- Theo dõi sát trong và sau thủ thuật về đau, chảy máu, dấu hiệu sinh tồn và các biến chứng sớm.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện:

- 01 Bác sĩ chuyên khoa: người thực hiện chính
- 01 Bác sĩ gây mê, gây tê

- 01 Điều dưỡng phụ giúp việc
- 01 điều dưỡng trung cấp: Phụ dụng cụ.

5.2. Thuốc

5.3. Vật tư

- Bộ dụng cụ tiêu phẫu, quần áo vô trùng.

5.4. Trang thiết bị

- Bàn thủ thuật, kệ chứa dụng cụ y tế, thùng rác y tế và sinh hoạt.
- 01 Máy siêu âm (máy siêu âm 2D với đầu dò cong hiệu C3-7EP có tần số 3-7MHz.
- 01 Máy vi sóng. Phá huỷ có tần số 915MHz, công suất tối đa 35Watt với các đầu đốt 14-16G có anten I-4cm.
- Dây dẫn truyền từ máy đến kim đốt.
- Kim đốt medium 14G/kim Large 14G.
- 01 Kim sinh thiết gan kích cỡ 18G dài 16cm, bấm sâu 22mm, lõi Sinh thiết 17mm.

5.5. Người bệnh

5.1. U tuyến giáp:

Bệnh nhân được chẩn đoán, được lựa chọn từ những tiêu chuẩn mô tả trên (phần chỉ định), đánh giá đầy đủ các chức năng tim, phổi, xét nghiệm tiền phẫu trước phẫu thuật. Đặc biệt là FNA (sinh thiết) tuyến giáp được thực hiện 2 lần, xét nghiệm đánh giá chức năng tuyến giáp: FT3, FT4, TSH, siêu âm tuyến giáp.

5.2. U gan:

Khám toàn diện, thực hiện đầy đủ các xét nghiệm (công thức máu, xét nghiệm tiền phẫu, chức năng gan, AFP) và chẩn đoán hình ảnh (siêu âm bụng, chụp cắt lớp vi tính).

* *Chuẩn bị trước mổ:* Bệnh nhân nhịn ăn đêm trước phẫu thuật, có thể uống thuốc điều trị bệnh tim (cao huyết áp), tiểu đường.

5.6. Hồ sơ bệnh án:

Làm bệnh án theo qui định của Bộ Y tế

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 30-60 phút/lần đốt/bệnh nhân.

5.8. Địa điểm thực hiện: Phòng mổ hoặc phòng chuẩn đoán hình ảnh của bệnh viện.

5.9. Kiểm tra hồ sơ:

Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

Đặt tư thế BN.

6 TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Quy trình đốt các khối lành tính tuyến giáp

1.1. Các bước cơ bản trong thực hành điều trị bằng vi sóng tuyến giáp

- 1) Thực hiện sinh thiết 2 lần để xác định loại bướu (FNA)
 - 2) Xác định tình trạng bướu (lành, ác) qua siêu âm.
 - 3) Xét nghiệm hormon tuyến giáp FT3, FT4, TSH
 - 4) Cài đặt thông số của máy và chọn kim đốt cho phù hợp
 - 5) Giảm đau: Fentanyl 100mcg (hoặc tương đương) 1 ống pha với 10ml nước cất, tiêm tĩnh mạch chậm (tham khảo bác sĩ gây mê cho phù hợp với từng bệnh nhân)
 - 6) Gây tê: Lidocain 2% 2ml (hoặc tương đương) tiêm dưới da tại chỗ đối với vị trí da cần đưa kim vào và xung quanh bao tuyến giáp (Tham khảo bác sĩ gây tê cho phù hợp với từng bệnh nhân)
 - 7) Vô trùng xung quanh vùng da cần tốt
 - 8) Bóc tách nước được thực hiện bằng cách bơm glucose 5% dưới da nhằm ngừa bỏng da hoặc bóc tách các cấu trúc lân cận gần vị trí đốt.
- Sử dụng siêu âm doppler để xác định bó mạch cảnh trong và các mạch máu có thể chọc phải
- 9) Đưa kim đốt vi sóng chuyên biệt vào dưới hướng dẫn siêu âm
 - 10) Có thể sử dụng túi nước lạnh đặt trên da bệnh nhân để làm lạnh các cấu trúc lân cận
 - 11) Thực hiện đốt nhân giáp và theo dõi bằng siêu âm
 - 12) Sau khi nhân giáp được đốt xong, cần tắt máy rồi mới rút kim ra khỏi cơ thể.
 - 13) Tiệt trùng kim đốt.

1.2. Các cách tiếp cận tuyến giáp đốt vi sóng

- Tiếp cận xuyên qua eo giáp

Cách này thường được sử dụng và khuyến cáo, bởi vì tiếp cận qua eo giáp sẽ tránh được “Tam giác nguy hiểm (thực quản, khí quản, thần kinh quặt ngược thanh quản)” với độ mở rộng hơn.

Toàn bộ đầu kim đốt phải quan sát được dưới siêu âm

- Tiếp cận đường bên

- Tiếp cận đường dọc

1.3. Kỹ thuật đốt nhân giáp

- *Kỹ thuật một lần đốt (one-shot)*: Kỹ thuật này yêu cầu bác sĩ xác định rõ nhân giáp cần đốt, cắm kim vào trung tâm nhân giáp và thực hiện một lần đốt.

- *Kỹ thuật đốt nhiều lần (multi-shot)*: Kỹ thuật này cũng giống như kỹ thuật đốt một lần, tuy nhiên nếu thực hiện một lần vẫn chưa đốt hết vùng nhân giáp cần đốt thì tiếp tục đốt ở những vùng nhân còn sót.

1.4. 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.

6.2. Quy trình đốt u gan

Các bước tiến hành đốt u gan

1) *Kiểm tra hồ sơ*: Đầy đủ mục theo qui định. Chú ý bản cam kết thủ thuật và xét nghiệm đông máu.

2) *Kiểm tra người bệnh*

3) *Chuẩn bị người bệnh*

- Điều chỉnh rối loạn đông máu nếu có
- Thiết lập đường truyền tĩnh mạch
- Kháng sinh dự phòng Ceftazidime 1G.

4) *Thực hiện kỹ thuật*

- Tiến hành MWA tại phòng thủ thuật theo tiêu chuẩn kiểm soát nhiễm khuẩn.
- Định vị khối u bằng siêu âm và xác định hướng tiếp cận khối u sao cho an toàn nhất và dễ dàng nhất.

- Lựa chọn tư thế người bệnh: Tùy theo vị trí khối u. Đa số người bệnh được thực hiện ở tư thế nằm ngửa. Một số khối u ở hạ phân thùy VI, VII có thể sử dụng dụng cụ chêm hông P để tạo tư thế nghiêng trái.

- Vô trùng vùng tiến hành thủ thuật: sát trùng da diện rộng với cồn, trải khăn vô trùng vùng bụng và để hở vùng sẽ đưa anten qua da.

- Vô cảm

- + Giảm đau: Fentanyl 100mcg 1 ống pha với 10ml nước cất, tiêm tĩnh mạch chậm. Lặp lại nếu người bệnh còn đau trong suốt quá trình thực hiện thủ thuật.

- + Gây tê tại vị trí đưa anten qua da bằng Lidocain 2% 2ml tiêm dưới da.

- Thực hiện MWA

- + Chọn anten theo kích thước khối u: chọn anten có đầu đốt 1cm cho khối u không quá 1cm, chọn anten có đầu đốt 2cm cho khối u không quá 2cm, chọn anten có đầu đốt 4cm cho khối u hơn 2cm.

- + Cài đặt thông số máy: Mode nhiệt độ (temperature mode) khi khối u gần mạch máu lớn (>5mm) hay khối u cách bề mặt gan hơn 7cm; Mode năng lượng (Power mode) cho các trường hợp còn lại.

- + Đưa điện cực vào mép xa của khối u và phá hủy phần xa trước, phần gần sau. Phá hủy khối u từng phần cho đến khi phá hủy toàn bộ khối u. Thời gian mỗi lần đốt tùy thuộc vào kích thước của đầu anten (3 phút cho anten 1cm, 5 phút cho anten 2cm và 10 phút cho anten 4cm).

- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn, triệu chứng đau, ói, mệt, khó thở trong suốt quá trình thủ thuật.

- Các tình huống ngừng thủ thuật

+ Người bệnh quá đau, không kiểm soát được bằng Fentanyl.

+ Biến chứng nặng: xuất huyết nội, thủng tạng rỗng, tràn máu màng phổi hay màng tim.

5) 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.

7. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi xử lý biến chứng sau đốt các khối lành tính tuyến giáp

Bệnh nhân nhân giáp lành tính được đốt bằng vi sóng có ít biến chứng, tỉ lệ biến chứng chung là 3,3%, trong đó biến chứng lớn là 1,4%.

1.1. Thay đổi giọng nói

Xử lý: điều trị nội khoa với kháng viêm.

1.2. Võ u

Điều trị: kháng sinh, kháng viêm.

1.3. Tổn thương đám rối cánh tay

Điều trị: Nội khoa, tập vật lý trị liệu.

1.4. Suy giáp

Điều trị nội khoa học môn tuyến giáp.

1.5. Tụ máu

Theo dõi sát bệnh nhân sau phẫu thuật, băng ép có trọng điểm.

1.6. Bỏng da

Điều trị: nội khoa, theo dõi.

1.7. Nôn, buồn nôn

Điều trị: nội khoa, chống nôn

1.8. Tử vong

Chưa ghi nhận tử vong sớm trong vòng 1 tháng trên Y văn.

7.2. Theo dõi và xử lý tai biến sau đốt u gan

2.1. Theo dõi

- Ghi nhận dấu hiệu sinh tồn mỗi giờ sau làm thủ thuật trong 2 giờ đầu, sau đó mỗi 3 giờ trong 24 giờ nhằm phát hiện biến chứng xuất huyết nội.

- Ghi nhận và xử trí các triệu chứng có thể xảy ra sau khi làm MWA như đau bụng, sốt, mệt, buồn nôn, chóng mặt, khó thở trong suốt thời gian nằm viện.
- Nếu nghi ngờ có biến chứng, người bệnh sẽ được thực hiện các xét nghiệm và chuẩn đoán hình ảnh để xác định và xử trí biến chứng sớm nhất có thể.
- Người bệnh được xuất viện sau 24 giờ theo dõi nếu không có biến chứng nặng.
- Người bệnh sau làm MWA được đánh giá hiệu quả MWA sau 1 tháng.
- Kết quả chụp cắt lớp vi tính hay cộng hưởng từ:
 - + Phá huỷ hoàn toàn: Tái khám sau 2 tháng và sau đó là mỗi 3 tháng.
 - + Phá huỷ không hoàn toàn: thực hiện MWA lần 2 hay các phương pháp điều trị khác phù hợp với giai đoạn bệnh.

2.2. Tai biến và xử trí

- Xuất huyết nội: Thuyên tắc mạch gan hay phẫu thuật cầm máu.
- Thủng tạng rỗng: Phẫu thuật.
- Tràn máu màng phổi: Dẫn lưu màng phổi./.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2023). Quyết định số 3023/QĐ-BYT về ban hành Đề cương tài liệu chuyên môn hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh.
2. Bộ Y tế. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa – Chuyên ngành Chẩn đoán hình ảnh và Can thiệp. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

Phụ lục 1**Danh mục chuẩn bị để thực hiện kỹ thuật đốt vi sóng (microwave) điều trị các khối
lành tính tuyến giáp dưới hướng dẫn siêu âm**

(Ghi chú: danh mục và số lượng có thể thay đổi trên thực tế thực hiện kỹ thuật tùy thuộc trường hợp cụ thể hoặc theo diễn biến lâm sàng khi thực hiện kỹ thuật...).

TT	Danh mục chuẩn bị	Đơn vị	Số lượng
(1)	(2)	(3)	(4)
1.	Lao động trực tiếp		
1.1	Bác sĩ chuyên khoa (có chứng chỉ siêu âm đốt vi sóng).	người	01
1.2	Bác sĩ gây mê, gây tê	người	01
1.3	Điều dưỡng/KTV	người	02
2.	Thuốc (tên hoạt chất, nồng độ, hàm lượng, đường dùng/dạng dùng)		
2.1	Lidocain 2% 2ml	ống	05
2.2	Fentanyl 100mcg	ống	02
2.3	Paracemol 1g	chai	02
2.4	Natriclorid 9,9 % 500ml	chai	02
2.5	Glucose 5% 500ml	chai	01
2.6	Glucose 10% 500ml	chai	01
2.7	Hộp chống sốc theo Quy định của Bộ Y tế	hộp	01
3	Vật tư (được sử dụng trực tiếp)		
3.1.	Vật tư		
3.1.1	Bơm tiêm 20ml	cái	01
3.1.2	Bơm tiêm 10ml	cái	02
3.1.3	Bơm tiêm 5ml	cái	01
3.1.4	Bơm tiêm 2ml	cái	01
3.1.5	Kim luồn	cái	01
3.1.6	Dây truyền	bộ	01
3.1.7	Bông	gói	01
3.1.8	Gạc	gói	01
3.1.9	Cồn 70 độ	ml	100
3.1.11	Povedine	ml	50

3.1.12	Gen siêu âm	ml	50
3.1.13	Túi nilon bọc đầu dò	cái	01
3.1.14	Băng dính	cuộn	01
3.1.15	Xăng vô khuẩn	cái	01
3.1.16	Găng tay vô khuẩn	đôi	03
3.1.17	Găng tay sạch	đôi	01
3.1.18	Dây thở oxy 2 nhánh	cái	01
3.2.	Dụng cụ		
3.2.1	Bộ tiểu phẫu	bộ	01
3.2.2	Dao mổ	cái	01
3.3	Vật liệu		
...			
3.4.	Thuốc thử		
...			
3.5	Chất hiệu chuẩn		
...			
3.6	Sinh phẩm chẩn đoán		
...			
3.7.	Vật tư khác		
...	Bàn để dụng cụ	cái	01
4	Trang thiết bị (sử dụng trực tiếp)		
4.1	Máy vi sóng phá huỷ có tần số 915MHz, công suất tối đa 35Watt với các đầu đốt 14-16G có anten I-4cm.	cái	01
4.2	Máy siêu âm (máy siêu âm 2D với đầu dò công hiệu C3-7EP có tần số 3-7MHz.	cái	01
4.3	Dây dẫn truyền từ máy đến kim đốt	cái	01
4.4	Kim đốt mili 16G hoặc kim Small 16G	cái	01
4.5	Máy Monitoring	cái	01

Phụ lục 2

Danh mục chuẩn bị để thực hiện kỹ thuật đốt vi sóng (microwave) điều trị u gan dưới hướng dẫn siêu âm

(Ghi chú: danh mục và số lượng có thể thay đổi trên thực tế thực hiện kỹ thuật tùy thuộc trường hợp cụ thể hoặc theo diễn biến lâm sàng khi thực hiện kỹ thuật...).

TT	Danh mục chuẩn bị	Đơn vị	Số lượng
(1)	(2)	(3)	(4)
1.	Lao động trực tiếp		
1.1	Bác sĩ chuyên khoa (có chứng chỉ siêu âm đốt vi sóng).	người	01
1.2	Bác sĩ gây mê, gây tê	người	01
1.3	Điều dưỡng/KTV	người	02
2.	Thuốc (tên hoạt chất, nồng độ, hàm lượng, đường dùng/dạng dùng)		
2.1	Lidocain 2% 2ml	ống	05
2.2	Fentanyl 100mcg	ống	02
2.3	Paracemol 1g	chai	02
2.4	Natriclorid 9,9 % 500ml	chai	02
2.5	Glucose 5%	chai	01
2.6	Hộp chống sốc theo Quy định của Bộ Y tế	hộp	01
3	Vật tư (được sử dụng trực tiếp)		
3.1.	Vật tư		
3.1.1	Bơm tiêm 20ml	cái	02
3.1.2	Bơm tiêm 10ml	cái	02
3.1.3	Bơm tiêm 5ml	cái	01
3.1.4	Kim luồn	cái	01
3.1.5	Dây truyền	bộ	01
3.1.6	Bông	gói	01
3.1.7	Gạc	gói	01
3.1.8	Cồn 70 độ	ml	100
3.1.9	Povidine	ml	50
3.1.11	Gen siêu âm	ml	50
3.1.12	Túi nilon bọc đầu dò	cái	01
3.1.13	Băng dính	cuộn	01

3.1.14	Xăng vô khuẩn	cái	01
3.1.15	Găng tay vô khuẩn	đôi	03
3.1.16	Găng tay sạch	đôi	01
3.1.17	Dây thở oxy 2 nhánh	cái	01
3.2.	Dụng cụ		
3.2.1	Bộ tiêu phẫu	Bộ	01
3.2.2	Dao mổ	cái	01
3.3	Vật liệu		
...			
3.4.	Thuốc thử		
...			
3.5	Chất hiệu chuẩn		
...			
3.6	Sinh phẩm chẩn đoán		
...			
3.7.	Vật tư khác		
3.7.1	Bàn để dụng cụ		
...			
4	Trang thiết bị (sử dụng trực tiếp)		
4.1	Máy vi sóng phá huỷ có tần số 915MHz, công suất tối đa 35Watt với các đầu đốt 14-16G có anten I-4cm.	cái	01
4.2	Máy siêu âm (máy siêu âm 2D với đầu dò cong hiệu C3-7EP có tần số 3-7MHz.	cái	01
4.3	Dây dẫn truyền từ máy đến kim đốt	cái	01
4.4	Kim sinh thiết gan kích cỡ 18G dài 16cm, bấm sâu 22mm, lõi Sinh thiết 17mm.	cái	01
4.5	Kim đốt medium 14G hoặc kim Large 14G	cái	01
4.6	Máy Monitoring	cái	01