SỞ Y TẾ THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH
BỆNH VIỆN ĐA KHOA TÂN ĐỊNH

QUY TRÌNH KỸ THUẬT

QUYỂN 2

Năm 2026
Lưu hành nội bộ

MỤC LỤC

MỤC LỤC **1**
CHƯƠNG I: NGOẠI KHOA **9**
PHẦN 1: PHẪU THUẬT TẠO HÌNH – THẨM MỸ **11**
1. CẮT LỌC- KHÂU VẾT THƯƠNG DA ĐẦU MANG TÓC 13
2. PHẪU THUẬT CẮT BỎ U DA LÀNH TÍNH VÙNG DA ĐẦU TỪ 2CM TRỞ LÊN 14
3. PHẪU THUẬT CHE PHỦ VẾT THƯƠNG KHUYẾT DA ĐẦU MANG TÓC BẰNG VẠT TẠI CHỖ 15
4. TẠO HÌNH KHUYẾT DA ĐẦU BẰNG GHÉP DA MỎNG 16
5. TẠO HÌNH KHUYẾT DA ĐẦU BẰNG GHÉP DA DÀY 17
6. GHÉP DA DÀY TOÀN BỘ, DIỆN TÍCH DƯỚI 10 CM2 18
7. GHÉP DA DÀY TOÀN BỘ, DIỆN TÍCH TRÊN 10 CM2 20
8. CẮT U MÁU VÙNG ĐẦU MẶT CỔ 22
9. CẮT CÁC KHỐI U DA LÀNH TÍNH DƯỚI 5 CM 24
10. PHẪU THUẬT NỐI GÂN GẤP 25
11. PHẪU THUẬT GHÉP GÂN GẤP KHÔNG SỬ DỤNG VI PHẪU THUẬT 26
12. NỐI GÂN DUỖI 28
13. GỠ DÍNH GÂN 29
14. KHÂU NỐI THẦN KINH KHÔNG SỬU DỤNG VI PHẪU THUẬT 30
15. RÚT NẸP VÍT VÀ CÁC DỤNG CỤ KHÁC SAU PHẪU THUẬT 32
16. PHẪU THUẬT CẮT BỎ U DA MẶT LÀNH TÍNH 33
17. KHÂU VÀ CẮT LỌC VẾT THƯƠNG VÙNG MŨI 34
18. PHẪU THUẬT TREO CUNG MÀY BẰNG CHỈ 35
19. PHẪU THUẬT NÂNG VÚ BẰNG TÚI ĐỘN NGỰC 36
20. PHẪU THUẬT NÂNG VÚ BẰNG CHẤT LÀM ĐẦY 38
21. PHẪU THUẬT CHỈNH SỬA CÁC BIẾN CHỨNG SAU MỔ NÂNG VÚ 40
22. PHẪU THUẬT THU NHỎ ÂM ĐẠO 42
23. LASER ĐIỀU TRỊ U DA 44
24. TIÊM BOTULIUM ĐIỀU TRỊ NẾP NHĂN 46
25. TIÊM CHẤT LÀM ĐẦY XÓA NẾP NHĂN 49
26. **TIÊM CHẤT LÀM ĐẦY NÂNG MŨI** 50
27. TIÊM CHẤT LÀM ĐẦY ĐỘN MÔ 51
28. CẮT U PHẦN MỀM VÙNG CỔ 52
29. CẮT NƠVI SẮC TỐ VÙNG HÀM MẶT 54
PHẦN 2: UNG BƯỚU **57**

30. PHẪU THUẬT CẮT U NANG VÙNG CỔ.....59
31. PHẪU THUẬT CẮT U VÀ RÒ CỦA NANG GIÁP MÓNG (phẫu thuật SISTRUNK) 61
32. PHẪU THUẬT TOÀN BỘ TUYẾN GIÁP TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ.....63
33. PHẪU THUẬT CẮT MỘT THÙY GIÁP TRẠNG 66
34. CẮT ĐOẠN ĐẠI TRÀNG NGANG DO UNG THƯ VÉT HẠCH HỆ THỐNG ...69
35. CẮT ĐOẠN ĐẠI TRÀNG SIGMA DO UNG THƯ CÓ VÉT HẠCH HỆ THỐNG 71
36. CẮT NỬA ĐẠI TRÀNG PHẢI DO UNG THƯ KÈM VÉT HẠCH HỆ THỐNG .73
37. CẮT NỬA ĐẠI TRÀNG TRÁI DO UNG THƯ KÈM VÉT HẠCH HỆ THỐNG .75
38. CẮT LẠI ĐẠI TRÀNG DO UNG THƯ 77
39. CẮT U TRỰC TRÀNG ỐNG HẬU MÔN ĐƯỜNG DƯỚI.....79
40. PHẪU THUẬT CẮT U MẠC TREO (không cắt ruột non).....80
41. PHẪU THUẬT CẮT TUYẾN VÚ VÉT HẠCH NÁCH 82
42. CẮT MỘT PHẦN TUYẾN VÚ, VÉT HẠCH NÁCH 85
43. PHẪU THUẬT U XƠ TUYẾN VÚ 88
PHẦN 3: CHẤN THƯƠNG CHỈNH HÌNH.....91
44. RÚT ĐINH/ THÁO PHƯƠNG TIỆN KẾT HỢP XƯƠNG.....93
45. PHẪU THUẬT LÀM MỎM CỤT NGÓN VÀ ĐỐT BÀN NGÓN.....94
46. PHẪU THUẬT THƯƠNG TÍCH PHẦN MỀM CÁC CƠ QUAN VẬN ĐỘNG....96
47. PHẪU THUẬT KHX GÃY MỎM KHUỶU 97
48. ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN GÃY XƯƠNG ĐÒN 99
49. ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN GÃY ĐẦU DƯỚI XƯƠNG QUAY 101
50. ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN GÃY MÂM CHÀY 104
51. ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN GÃY MONTEGGIA 107
52. PHẪU THUẬT KHX GÃY ĐẦU DƯỚI XƯƠNG QUAY.....109
53. PHẪU THUẬT KHX GÃY TRÊN LỒI CẦU XƯƠNG ĐÙI 111
54. PHẪU THUẬT KHX GÃY LỒI CẦU TRONG XƯƠNG ĐÙI 113
55. PHẪU THUẬT KHX GÃY LỒI CẦU NGOÀI XƯƠNG ĐÙI 114
56. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG ỐNG CỔ TAY 115
57. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG CHÈN ÉP THẦN KINH TRỤ 116
58. PHẪU THUẬT KHX GÃY XƯƠNG ĐỐT BÀN VÀ ĐỐT NGÓN CHÂN.....117
59. PHẪU THUẬT TỔN THƯƠNG GÂN DUỖI DÀI NGÓN MỘT.....118
60. PHẪU THUẬT TỔN THƯƠNG GÂN CƠ CHÀY SAU 120
61. PHẪU THUẬT ĐẶT LẠI KHỚP, GĂM KIM TRONG GÃY TRẬT CỔ XƯƠNG CÁNH TAY (CHƯA BAO GỒM KIM CỐ ĐỊNH).....122

62. PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG ĐIỀU TRỊ GÃY THÂN XƯƠNG ĐÙI PHỨC TẠP 123
63. PHẪU THUẬT CHUYỂN VẠT CHE PHỦ PHẦN MỀM CUỐNG MẠCH LIỀN 125
64. PHẪU THUẬT VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM TỔN THƯƠNG THẦN KINH QUAY, THẦN KINH TRỤ, THẦN KINH GIỮA....127
65. PHẪU THUẬT LẤY XƯƠNG CHẾT NẠO VIÊM....128
66. PHẪU THUẬT KHX GÃY TRÊN LỒI CẦU XƯƠNG CÁNH TAY 129
67. PHẪU THUẬT GÃY 1/3G 2 XƯƠNG CẲNG CHÂN Ở NGƯỜI LỚN....131
68. PHẪU THUẬT GÃY 1/3G 2 XƯƠNG CẲNG TAY Ở NGƯỜI LỚN....133
69. CỐ ĐỊNH NẸP VÍT GÃY THÂN XƯƠNG CÁNH TAY NGƯỜI LỚN 135
70. PHẪU THUẬT GÃY LỒI CẦU NGOÀI XƯƠNG CÁNH TAY 137
71. PHẪU THUẬT GĂM KIM KIRSCHNER TRONG GÃY POUTEAU COLLES 139
72. CỐ ĐỊNH NẸP VÍT GÃY THÂN HAI XƯƠNG CẲNG TAY NGƯỜI LỚN 141
73. CỐ ĐỊNH ĐINH NỘI TỦY GÃY HAI XƯƠNG CẲNG TAY....143
74. CỐ ĐỊNH ĐINH NỘI TỦY GÃY MỘT XƯƠNG CẲNG TAY....145
75. PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG ĐÒN....147
76. PHẪU THUẬT TRẬT KHỚP CÙNG VAI - ĐÒN 149
PHẦN 4: THẬN TIẾT NIỆU....151
77. PHẪU THUẬT TRÀN DỊCH MÀNG TINH HOÀN 153
78. PHẪU THUẬT HỞ LẤY SỎI THẬN SỎI NIỆU QUẢN + KẾT HỢP NỘI SOI MỀM ĐỂ LẤY TOÀN BỘ SỎI....155
79. LẤY SỎI BÀNG QUANG LẦN HAI....158
80. THAY ỐNG THÔNG DẪN LƯU THẬN....160
81. THAY ỐNG THÔNG DẪN LƯU BÀNG QUANG....162
82. DẪN LƯU NƯỚC TIỂU BÀNG QUANG....163
83. DẪN LƯU ÁP XE KHOANG RETZIUS 165
84. MỞ RỘNG LỖ SÁO....167
85. CẮT HẸP BAO QUY ĐẦU (PHIMOSIS)....169
PHẦN 4: NGOẠI TIÊU HÓA 171
86. CẮT DẠ DÀY HÌNH CHÊM....173
87. CẮT ĐOẠN DẠ DÀY....175
88. MỞ BỤNG THĂM DÒ 177
89. MỞ BỤNG THĂM DÒ, SINH THIẾT 179
90. CẮT TÚI THỪA TÁ TRÀNG....181
91. LÀM HẬU MÔN NHÂN TẠO 183
92. PHẪU THUẬT CẮT DA THỪA CẠNH HẬU MÔN....186

93. PHẪU THUẬT CẮT TÚI MẬT NỘI SOI 188
94. THẮT TRĨ NỘI BẰNG VÒNG CAO SU 190
95. PHẪU THUẬT CẮT BÚI TRĨ ĐƠN ĐỘC....191
96. PHẪU THUẬT CỤC MÁU ĐÔNG DO TRĨ TẮC MẠCH....192
97. PHẪU THUẬT CẮT TRĨ BẰNG PHƯƠNG PHÁP MILLIGAN - MORGAN ...193
98. PHẪU THUẬT TRĨ BẰNG PHƯƠNG PHÁP FERGUSON 195
99. PHẪU THUẬT ÁP XE CẠNH HẬU MÔN 197
100. PHẪU THUẬT RÒ HẬU MÔN....199
101. PHẪU THUẬT RÒ HẬU MÔN HÌNH MÓNG NGỰA....201
102. CẮT ĐẠI TRÀNG PHẢI....203
103. CẮT ĐẠI TRÀNG TRÁI....205
104. CẮT ĐOẠN ĐẠI TRÀNG XÍCH MA 206
105. PHẪU THUẬT CẮT ĐOẠN TRỰC TRÀNG 207
106. CẮT RUỘT THỪA MỔ MỞ LAU RỬA Ổ BỤNG, ĐIỀU TRỊ VIÊM PHÚC MẠC RUỘT THỪA....209
107. MỞ THÔNG DẠ DÀY 211
108. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT DẠ DÀY BÁN PHẦN CỰC DƯỚI ĐIỀU TRỊ LOÉT DẠ DÀY TÁ TRÀNG 214
109. PHẪU THUẬT CẮT RUỘT THỪA NỘI SOI Ổ BỤNG 216
110. PHẪU THUẬT MỞ ỐNG MẬT CHỦ LẤY SỎI NỘI SOI 218
111. GỠ DÍNH SAU MỔ LẠI....220
112. ĐÓNG MỞ THÔNG RUỘT NON 222
113. PHẪU THUẬT CẮT U NHÚ ỐNG HẬU MÔN (CONDYLOME)....224
114. CẮT U LÀNH TÍNH ỐNG HẬU MÔN 225
115. PHẪU THUẬT RÒ, NANG ỐNG RỐN TRANG, NIỆU RỐN (PHẪU THUẬT NANG NIỆU RỐN)....227
116. KỸ THUẬT KHÂU PHỤC HỒI THÀNH BỤNG DO TOÁC VẾT MỔ....228
117. KHÂU VẾT THƯƠNG THÀNH BỤNG....230
118. PHẪU THUẬT LẤY TOÀN BỘ TRĨ VÒNG 232
119. PHẪU THUẬT LONGO 234
120. PHẪU THUẬT LONGO KẾT HỢP VỚI KHÂU TREO TRĨ....236
121. PHẪU THUẬT KHÂU TREO VÀ TRIỆT MẠCH TRĨ (THD)....238
122. BÓC U XƠ, CƠ…TRỰC TRÀNG ĐƯỜNG Ổ BỤNG....240
PHẦN 4: NỘI TIẾT....243
123. CẮT GẦN TOÀN BỘ TUYẾN GIÁP TRONG BASEDOW....245
124. CẮT MỘT THÙY TUYẾN GIÁP VÀ CẮT BÁN PHẦN THÙY CÒN LẠI TRONG BASEDOW 248

PHẦN 4: BỎNG 251
125. GHÉP DA TỰ THÂN MẢNH LỚN DƯỚI 5% DIỆN TÍCH CƠ THỂ Ở NGƯỜI LỚN 253
126. GHÉP DA TỰ THÂN MẮT LƯỚI (MESH GRAFT) DƯỚI 10% DIỆN TÍCH CƠ THỂ Ở NGƯỜI LỚN 256
127. GHÉP DA TỰ THÂN TEM THƯ (POST STAM GRAFT) DƯỚI 10% DIỆN TÍCH CƠ THỂ Ở NGƯỜI LỚN 259
CHƯƠNG II: SẢN 263
PHẦN 1: PHỤ KHOA 265
128. PHẪU THUẬT CẮT TỬ CUNG ĐƯỜNG ÂM ĐẠO 267
129. PHẪU THUẬT MỞ BỤNG CẮT TỬ CUNG HOÀN TOÀN +/- HAI PHẦN PHỤ (CẢ KHỐI) 270
130. PHẪU THUẬT MỞ BỤNG CẮT TỬ CUNG BÁN PHẦN 272
131. PHẪU THUẬT MỞ BỤNG BÓC U XƠ TỬ CUNG 274
132. PHẪU THUẬT MỞ BỤNG CẮT U BUỒNG TRỨNG HOẶC CẮT PHẦN PHỤ 276
133. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U NANG BUỒNG TRỨNG XOẮN 278
134. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U NANG BUỒNG TRỨNG, NANG CẠNH VÒI TỬ CUNG 280
135. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U NANG BUỒNG TRỨNG KÈM TRIỆT SẢN. 282
136. PHẪU THUẬT NỘI SOI THAI NGOÀI TỬ CUNG THỂ HUYẾT TỤ THÀNH NANG 284
137. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U BUỒNG TRỨNG HOẶC CẮT PHẦN PHỤ .. 286
138. PHẪU THUẬT THAI NGOÀI TỬ CUNG VỠ 288
139. PHẪU THUẬT NỘI SOI GEU CHƯA VỠ 290
140. PHẪU THUẬT GEU VỠ CÓ CHOÁNG 293
141. PHẪU THUẬT MỞ BỤNG XỬ TRÍ VIÊM PHÚC MẠC TIỂU KHUNG, VIÊM PHẦN PHỤ, Ứ MỦ VÒI TỬ CUNG 295
142. PHẪU THUẬT TREO TỬ CUNG 296
143. QUY TRÌNH PHẪU THUẬT BÓC KHỐI LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG Ở TẦNG SINH MÔN, THÀNH BỤNG 297
144. CẮT CỤT CỔ TỬ CUNG 299
145. THỦ THUẬT LEEP 301
146. PHẪU THUẬT CẮT POLYP CỔ TỬ CUNG 302
147. THỦ THUẬT XOẮN POLYP CỔ TỬ CUNG, ÂM ĐẠO 303
148. ĐIỀU TRỊ TỔN THƯƠNG CỔ TỬ CUNG BẰNG ĐỐT ĐIỆN, ĐỐT NHIỆT, ĐỐT LAZE, ÁP LẠNH… 304
149. HÚT THAI TRỨNG 305

150. NONG BUỒNG TỬ CUNG ĐẶT DỤNG CỤ CHỐNG DÍNH 307
151. HÚT BUỒNG TỬ CUNG DO RONG KINH RONG HUYẾT 309
152. CẮT U THÀNH ÂM ĐẠO.....311
153. BÓC NANG TUYẾN BARTHOLINE.....312
154. TRÍCH RẠCH MÀNG TRINH DO Ứ MÁU KINH.....313
155. SINH THIẾT CỔ TỬ CUNG, ÂM HỘ, ÂM ĐẠO.....314
156. CHÍCH ÁP XE VÚ 316
157. KHÁM PHỤ KHOA 318
158. SOI CỔ TỬ CUNG.....320
159. BÓC NHÂN XƠ VÚ 321
PHẦN 2: KẾ HOẠCH HOÁ GIA ĐÌNH.....323
160. TRIỆT SẢN NỮ QUA ĐƯỜNG RẠCH NHỎ 325
161. PHẪU THUẬT NỘI SOI TRIỆT SẢN NỮ 327
162. CẤY, RÚT MẢNH GHÉP TRÁNH THAI 329
163. ĐẶT VÀ THÁO DỤNG CỤ TỬ CUNG.....331
164. TRIỆT SẢN NAM 334
PHẦN 3: PHÁ THAI 335
165. PHÁ THAI BẰNG THUỐC ĐẾN HẾT 7 TUẦN.....337
166. PHÁ THAI BẰNG THUỐC CHO TUỔI THAI ĐẾN HẾT 8 TUẦN 339
167. PHÁ THAI ĐẾN HẾT 7 TUẦN BẰNG PHƯƠNG PHÁP HÚT CHÂN KHÔNG 341
168. TRIỆT SẢN NỮ QUA ĐƯỜNG RẠCH NHỎ 344
169. PHÁ THAI 6 ĐẾN 12 TUẦN BẰNG PHƯƠNG PHÁP HÚT CHÂN KHÔNG ..346
PHẦN 4: SẢN KHOA.....348
170. PHẪU THUẬT LẤY THAI LẦN ĐẦU.....350
171. PHẪU THUẬT LẤY THAI LẦN 2 TRỞ LÊN 354
172. PHẪU THUẬT LẤY THAI TRÊN NGƯỜI BỆNH CÓ SẸO MỔ BỤNG CŨ PHỨC TẠP 356
173. PHẪU THUẬT LẤY THAI TRÊN NGƯỜI MẮC BỆNH TOÀN THÂN (TIM MẠCH, THẬN, GAN, HUYẾT HỌC, NỘI TIẾT).....358
174. PHẪU THUẬT LẤY THAI DO BỆNH LÝ SẢN KHOA (NHAU TIỀN ĐẠO, NHAU BONG NON, SẢN GIẬT, TIỀN SẢN GIẬT…).....360
175. PHẪU THUẬT THẮT ĐỘNG MẠCH TỬ CUNG 363
176. PHẪU THUẬT THẮT ĐỘNG MẠCH HẠ VỊ TRONG CẤP CỨU SẢN PHỤ KHOA 364
177. PHẪU THUẬT CẮT TỬ CUNG HOÀN TOÀN DO CHẢY MÁU THỨ PHÁT SAU CHẢY MÁU SẢN KHOA.....366

178. GÂY CHUYỂN DẠ BẰNG THUỐC 368
179. NGHIỆM PHÁP LỌT NGÔI CHỎM....370
180. ĐẺ CHỈ HUY BẰNG TRUYỀN OXYTOCIN TĨNH MẠCH....372
181. THEO DÕI LIÊN TỤC CƠN CO TỬ CUNG VÀ NHỊP TIM THAI....374
182. FORCEPS 377
183. GIÁC HÚT....379
184. KHÂU PHỤC HỒI RÁCH ÂM ĐẠO 381
185. KHÂU RÁCH CỔ TỬ CUNG....383
186. THỦ THUẬT CẶP KÉO CỔ TỬ CUNG XỬ TRÍ BĂNG HUYẾT SAU SANH SAU SẨY THAI 385
187. ĐỠ SANH THƯỜNG NGÔI CHỎM....386
188. CẮT KHÂU TẦNG SINH MÔN 390
189. XỬ TRÍ TÍCH CỰC GIAI ĐOẠN III CUỘC CHUYỂN DẠ....392
190. NGHIỆM PHÁP BONG NHAU, ĐỠ NHAU, KIỂM TRA BÁNH NHAU 394
191. BÓC NHAU NHÂN TẠO 398
192. KỸ THUẬT BẤM ỐI 400
193. LÀM THUỐC VẾT KHÂU TẦNG SINH MÔN NHIỄM KHUẨN 403
194. QUY TRÌNH KỸ THUẬT KHÁM THAI....404
195. NONG CỔ TỬ CUNG DO BẾ SẢN DỊCH 409
196. NẠO SÓT THAI, NẠO SÓT RAU SAU SẢY, SAU ĐẺ....410
197. ĐIỀU TRỊ TẮT TIA SỮA BẰNG MÁY HÚT 412
198. KHÂU VÒNG CỔ TỬ CUNG 413
199. CHÍCH ÁP XE TẦNG SINH MÔN 415
PHẦN 5: SƠ SINH....417
200. QUY TRÌNH ĐIỀU TRỊ VÀNG DA Ở TRẺ SƠ SINH BẰNG PHƯƠNG PHÁP CHIẾU ĐÈN 419
201. CHĂM SÓC RỐN SƠ SINH 420
202. TẮM SƠ SINH 422
203. HỒI SỨC SƠ SINH NGẠT 424

CHƯƠNG I: NGOẠI KHOA

PHẦN 1:
PHẪU THUẬT TẠO HÌNH – THẨM MỸ

CẮT LỌC- KHÂU VẾT THƯƠNG DA ĐẦU MANG TÓC

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật cắt lọc, làm sạch, xử lý khâu vết thương vùng da đầu mang tóc do các nguyên nhân tai nạn khác nhau.

II. CHỈ ĐỊNH

Vết thương da đầu có thể đóng trực tiếp

III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng
- Da đầu khuyết rộng, đứt rời

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Kíp phẫu thuật: Gồm 01 Phẫu thuật viên chuyên khoa phẫu thuật tạo hình hoặc chuyên khoa hệ ngoại; 02 phụ phẫu thuật.
- Kíp gây mê: 01 BS gây mê; 01 phụ mê.
- Kíp dụng cụ: 01 điều dưỡng dụng cụ; 01 điều dưỡng chạy ngoài; 01 hộ lý

2. Người bệnh

- Bệnh án ngoại khoa.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy, chụp phim CT sọ hoặc MRI sọ não nếu cần hoặc theo chỉ định.
- Cạo tóc
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật, ký hồ sơ bệnh án.

3. Phương tiện

Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình

4. Thời gian phẫu thuật: 0,5h - 1h

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: Tùy theo vị trí khuyết da người bệnh nằm ngửa, nghiêng hoặc sấp

2. Vô cảm: Gây mê toàn thân hoặc tê tại chỗ nếu vết thương đơn giản.

3. Kỹ thuật:

- Đánh giá vết thương, các tổn thương phối hợp
- Cắt lọc vết thương, lấy bỏ dị vật, bơm rửa
- Khâu đóng vết thương theo từng lớp: cân galia, dưới da, da.
- Đặt dẫn lưu nếu cần
- Điều trị kháng sinh

VI. BIẾN CHỨNG, DI CHỨNG

- Tai biến của gây tê, gây mê: dị ứng, sốc phản vệ… Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu: Chảy qua vết thương hoặc qua dẫn lưu, tụ máu dưới da. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần.
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Sẹo xấu, sẹo lồi: Xử trí tùy theo bệnh lý.
- Hoại tử mép da một phần hoặc toàn bộ. Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo.

PHẪU THUẬT CẮT BỎ U DA LÀNH TÍNH VÙNG DA ĐẦU TỪ 2CM TRỞ LÊN

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật cắt bỏ khối u da đầu lành tính kích thước từ 2cm

II. CHỈ ĐỊNH

U da đầu lành tính kích thước lớn hơn 2cm

III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Kíp phẫu thuật: Gồm 01 Phẫu thuật viên chuyên khoa phẫu thuật tạo hình; 02 phụ phẫu thuật.
- Kíp gây mê: 01 bác sỹ gây mê; 01 phụ mê.
- Kíp dụng cụ: 01 điều dưỡng dụng cụ; 01 điều dưỡng chạy ngoài; 01 hộ lý

2. Người bệnh

- Bệnh án ngoại khoa.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy, chụp phim CT sọ hoặc MRI sọ não nếu cần hoặc theo chỉ định.
- Cạo tóc
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật, ký hồ sơ bệnh án.

3. Phương tiện

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình.

4. Thời gian phẫu thuật: 0,5h - 2h

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: Nằm ngửa, nghiêng hoặc sấp tuỳ tổn thương.

2. Vô cảm: Gây mê hoặc gây tê.

3. Kỹ thuật

- Cắt theo thiết diện tổn thương của khối u, thường cắt theo hình trám. - Tùy theo kích thước tổn khuyết sau cắt bỏ khối u mà có thể đóng vết mổ trực tiếp, hoặc tạo hình đóng vết mổ bằng các vạt tại chỗ, vạt lân cận hoặc vạt tự do.

VI. BIẾN CHỨNG, DI CHỨNG

- Tai biến của gây tê, gây mê: dị ứng, sốc phản vệ… Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu: Chảy qua vết thương hoặc qua dẫn lưu, tụ máu dưới da. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần.
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Sẹo xấu, sẹo lồi: Xử trí tuỳ theo bệnh lý.
- Hoại tử vạt một phần hoặc toàn bộ. Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo.

PHẪU THUẬT CHE PHỦ VẾT THƯƠNG KHUYẾT DA ĐẦU MANG TÓC BẰNG VẠT TẠI CHỖ

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật che phủ các vết thương da đầu rộng bằng sử dụng các vạt tại chỗ

II. CHỈ ĐỊNH

Vết thương da đầu không thể đóng trực tiếp

III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng.
- Tình trạng nhiễm trùng tại chỗ.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Kíp phẫu thuật: Gồm 01 Phẫu thuật viên chuyên khoa phẫu thuật tạo hình; 02 phụ phẫu thuật.
- Kíp gây mê: 01 BS gây mê; 01 phụ mê.
- Kíp dụng cụ: 01 điều dưỡng dụng cụ; 01 điều dưỡng chạy ngoài; 01 hộ lý

2. Người bệnh

- Bệnh án ngoại khoa.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy, chụp phim CT sọ hoặc MRI sọ não nếu cần hoặc theo chỉ định.
- Cạo tóc
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật, ký hồ sơ bệnh án.

3. Phương tiện

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình.
- Dao lấy da ghép nếu cần.

4. Thời gian phẫu thuật: 0,5h – 3h

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: Tùy theo vị trí khuyết da người bệnh nằm ngửa, nghiêng hoặc sấp

2. Vô cảm: Gây mê toàn thân hoặc tê tại chỗ nếu vết thương đơn giản.

3. Kỹ thuật:

- Đánh giá vết thương, các tổn thương phối hợp
- Cắt lọc vết thương, lấy bỏ dị vật, bơm rửa
- Thiết kế, bóc tách, chuyển các vạt xê dịch, vạt dồn đẩy, vạt xoay… che phủ vết thương. Nơi cho vạt có thể đóng trực tiếp hoặc ghép da.
- Đặt dẫn lưu nếu cần
- Điều trị kháng sinh

VI. BIẾN CHỨNG, DI CHỨNG

- Tai biến của gây tê, gây mê: dị ứng, sốc phản vệ… Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu: Chảy qua vết thương hoặc qua dẫn lưu, tụ máu dưới da. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần.
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Sẹo xấu, sẹo lồi: Xử trí tuỳ theo bệnh lý.
- Hoại tử vạt một phần hoặc toàn bộ. Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo.

TẠO HÌNH KHUYẾT DA ĐẦU BẰNG GHÉP DA MỎNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật ghép da mỏng tạo hình che phủ trên các tổn khuyết da đầu

II. CHỈ ĐỊNH

Tổn khuyết da đầu không lộ xương, tổ chức hạt mọc tốt

III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng, lộ xương

IV. CHUẨN BỊ

1. Ngươi thực hiện

- Kíp phẫu thuật: Gồm 01 phẫu thuật viên chuyên khoa phẫu thuật tạo hình, chuyên hoa chấn thương chỉnh hình, hoặc chuyên khoa bỏng; 02 phụ phẫu thuật.
- Kíp gây mê: 01 bác sỹ gây mê; 01 phụ mê.
- Kíp dụng cụ: 01 điều dưỡng dụng cụ; 01 điều dưỡng chạy ngoài; 01 hộ lý

2. Người bệnh

- Bệnh án ngoại khoa.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy
- Chụp phim CT sọ hoặc MRI sọ não nếu cần hoặc theo chỉ định.
- Cạo tóc
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật, ký hồ sơ bệnh án.

3. Phương tiện

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình.
- Dao lấy da mỏng.

4. Thời gian phẫu thuật: 0,5h – 3h

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: Nằm ngửa, nghiêng hoặc sấp tuỳ tổn thương.

2. Vô cảm: Gây mê hoặc gây tê.

3. Kỹ thuật

- Chuẩn bị làm sạch nền nhận ở các tổn khuyết vùng da đầu.
- Cầm máu, cắt lọc
- Lấy da ghép mỏng bằng dao lấy da ở đùi, bụng hoặc lưng…
- Đặt và cố định da ghép.
- Gối gạc nếu cần.
- Băng ép nơi lấy da.

VI. BIẾN CHỨNG, DI CHỨNG

- Tai biến của gây tê, gây mê: dị ứng, sốc phản vệ… Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu: hiếm gặp, chảy máu nơi lấy da. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần.
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Sẹo xấu, sẹo lồi: Xử trí tuỳ theo bệnh lý.
- Hoại tử da ghép: Thay băng, ghép da bổ sung nếu cần.

TẠO HÌNH KHUYẾT DA ĐẦU BẰNG GHÉP DA DÀY

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật ghép da dày tạo hình che phủ trên các tổn khuyết da đầu

II. CHỈ ĐỊNH

Tổn khuyết da đầu không lộ xương, tổ chức hạt mọc tốt

III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng, lộ xương

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Kíp phẫu thuật: Gồm 01 Phẫu thuật viên chuyên khoa phẫu thuật tạo hình, chuyên khoa chấn thương chỉnh hình, hoặc chuyên khoa bỏng; 02 phụ phẫu thuật.
- Kíp gây mê: 01 bác sỹ gây mê; 01 phụ mê.
- Kíp dụng cụ: 01 điều dưỡng dụng cụ; 01 điều dưỡng chạy ngoài; 01 hộ lý

2. Người bệnh

- Bệnh án ngoại khoa.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy
- Chụp phim CT sọ hoặc MRI sọ não nếu cần hoặc theo chỉ định.
- Cạo tóc
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật, ký hồ sơ bệnh án.

3. Phương tiện

Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình

4. Thời gian phẫu thuật: 0,5h - 3h

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: Nằm ngửa, nghiêng hoặc sấp tuỳ tổn thương.

2. Vô cảm: Gây mê hoặc gây tê.

3. Kỹ thuật

- Chuẩn bị làm sạch nền nhận ở các tổn khuyết vùng da đầu.
- Cầm máu, cắt lọc
- Lấy da dày toàn bộ từ bẹn, bụng, sau tai…
- Lọc bỏ mỡ nếu có
- Đặt da ghép lên diện nhận
- Cố định da ghép
- Gối gạc nếu cần.
- Khâu phục hồi nơi lấy da.

VI.BIẾN CHỨNG, DI CHỨNG

- Tai biến của gây tê, gây mê: dị ứng, sốc phản vệ… Xử trí: Chống sốc, thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu: hiếm gặp, chảy máu nơi lấy da. Xử trí: Bù khối lượng tuần hoàn, băng ép, mổ cầm máu nếu cần.
- Nhiễm trùng: Vết mổ sưng tấy, viêm đỏ, chảy dịch đục. Xử trí: thay băng, cấy dịch vết thương, mở vết thương nếu cần, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Sẹo xấu, sẹo lồi: Xử trí tuỳ theo bệnh lý.
- Hoại tử da ghép: Thay băng, ghép da bổ sung nếu cần.

GHÉP DA DÀY TOÀN BỘ, DIỆN TÍCH DƯỚI 10 CM2

I. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật điều trị tổn khuyết da dưới 10 cm2 bằng mảnh ghép da dày toàn bộ

II. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp khuyết phần mềm không có khả năng đóng kín trực tiếp mà phải che phủ bằng các phương pháp khác. Trong đó ghép da dày toàn bộ là phương pháp đơn giản và khả thi, đặc biệt là trong điều kiện tuyến y tế cơ sở.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý phối hợp toàn thân nặng không cho phép phẫu thuật: suy kiệt, bệnh tim mạch, rối loạn đông máu
- Nền tổn khuyết còn bẩn, nhiễm trùng, tổ chức hạt mọc kém, lộ gân, xương, khớp…

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ chuyên khoa Phẫu thuật Tạo hình: 03
- Bác sỹ gây mê: 01
- Điều dưỡng phụ mê: 01
- Điều dưỡng dụng cụ: 01
- Điều dưỡng chạy ngoài: 01
- Bác sỹ hồi tỉnh: 01
- Điều dưỡng hồi tỉnh: 01
- Nhân viên vệ sinh: 01

2. Người bệnh

- Làm bệnh án đầy đủ theo quy định
- Làm đầy đủ các xét nghiệm cơ bản, xét nghiệm chuyên sâu, Xquang phổi, siêu âm bụng, Xquang mặt, Xquang vùng tổn thương…
- Khám và hội chẩn liên chuyên khoa để phối hợp điều trị trước, trong và sau mổ nếu cần: Tăng đường huyết, rối loạn đông máu, cao huyết áp…
- Chuẩn bị trước mổ theo quy trình Ngoại khoa chung: Kháng sinh, nhịn ăn vệ sinh thân thể, cạo lông…
- Phẫu thuật viên gặp gỡ người bệnh và gia đình để giải thích trước mổ về tình trạng bệnh tật, kế hoạch điều trị, khả năng phẫu thuật, tỷ lệ thành công, những khó khăn, thuận lợi, tai biến, di chứng có thể gặp trong quá trình điều trị; đồng thời lắng nghe và giải đáp những thắc mắc của người bệnh và gia đình về những vấn đề liên quan đến chuyên môn (trong phạm vi cho phép)
- Sau khi nghe bác sỹ giải thích và giải đáp các thắc mắc, người bệnh và gia đình phải ký cam đoan mổ vào hồ sơ, đã hiểu và chấp nhận những nguy cơ, rủi ro có thể xảy ra trước, trong và sau mổ.

3. Phương tiện

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Dao lấy da
- Gạc mỡ, băng chun, chỉ to

4. Thời gian phẫu thuật: 1 - 1,5 giờ

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: tuỳ theo tổn thương

2. Vô cảm

- Gây tê tại chỗ hoặc gây tê vùng (gây tê đám rối TK cánh tay hoặc gây tê tủy sống)

- Gây mê trong trường hợp trẻ em

3. Kỹ thuật

- Sát trùng trải toan vùng tổn khuyết và vùng dự kiến lấy da ghép
- Làm sạch nền tổn khuyết (làm sạch giả mạc, cắt lọc tổ chức hoại tử, tổ chức hạt già)
- Cầm máu nền nhận
- Đo kích thước tổn khuyết phần mềm để xác định kích thước mảnh da ghép
- Rạch da tại vùng lấy da theo kích thước đã xác định
- Lấy toàn bộ chiều dày của da đến hết lớp trung bì, cắt lọc tổ chức mỡ dưới da (hạ bì)
- Có thể đục lỗ mắt lưới trong trường hợp cần tăng diện tích da ghép và để thoát dịch
- Đặt mảnh da ghép vào nền nhận
- Khâu da ghép bằng Nylon, cố định da ghép bằng gối gạc, hoặc băng chun (lưu ý không băng quá chặt vùng chi thể để tránh nguy cơ chèn ép mạch gây thiếu máu ngoại vi)
- Bóc tách 2 mép da nơi lấy da ghép
- Cầm máu kỹ
- Khâu đóng trực tiếp nơi lấy da.
- Băng vô trùng

VI. THEO DÕI CÁC TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG VÀ NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ

1. Chăm sóc: Nơi lấy da thay băng cách ngày**,** cắt gối gạc sau 7 ngày

2. Theo dõi các biến chứng:

- Các dấu hiệu sinh tồn: Mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở
- Chảy máu: băng ép
- Nhiễm trùng: thay băng, dùng kháng sinh
- Hoại tử da ghép: thay băng
- Các tai biến liên quan đến bệnh phối hợp: tăng đường huyết, tăng huyết áp…

GHÉP DA DÀY TOÀN BỘ, DIỆN TÍCH TRÊN 10 CM2

I. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật điều trị tổn khuyết da trên 10 cm2 bằng mảnh ghép da dày toàn bộ

II. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp khuyết phần mềm không có khả năng đóng kín trực tiếp mà phải che phủ bằng các phương pháp khác. Trong đó ghép da dày toàn bộ là phương pháp đơn giản và khả thi, đặc biệt là trong điều kiện tuyến y tế cơ sở.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý phối hợp toàn thân nặng không cho phép phẫu thuật: suy kiệt, bệnh tim mạch, rối loạn đông máu
- Nền tổn khuyết còn bẩn, nhiễm trùng, tổ chức hạt mọc kém, lộ gân, xương, khớp…

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ chuyên khoa Phẫu thuật Tạo hình: 03
- Bác sỹ gây mê: 01
- Điều dưỡng phụ mê: 01
- Điều dưỡng dụng cụ: 01
- Điều dưỡng chạy ngoài: 01
- Bác sỹ hồi tỉnh: 01
- Điều dưỡng hồi tỉnh: 01
- Nhân viên vệ sinh: 01

2. Người bệnh

- Làm bệnh án đầy đủ theo quy định
- Làm đầy đủ các xét nghiệm cơ bản, xét nghiệm chuyên sâu, Xquang phổi, siêu âm bụng, Xquang mặt, Xquang vùng tổn thương…
- Khám và hội chẩn liên chuyên khoa để phối hợp điều trị trước, trong và sau mổ nếu cần: Tăng đường huyết, rối loạn đông máu, cao huyết áp…
- Chuẩn bị trước mổ theo quy trình Ngoại khoa chung: Kháng sinh, nhịn ăn vệ sinh thân thể, cạo lông…
- Phẫu thuật viên gặp gỡ người bệnh và gia đình để giải thích trước mổ về tình trạng bệnh tật, kế hoạch điều trị, khả năng phẫu thuật, tỷ lệ thành công, những khó khăn, thuận lợi, tai biến, di chứng có thể gặp trong quá trình điều trị; đồng thời lắng nghe và giải đáp những thắc mắc của người bệnh và gia đình về những vấn đề liên quan đến chuyên môn (trong phạm vi cho phép)
- Sau khi nghe bác sỹ giải thích và giải đáp các thắc mắc, người bệnh và gia đình phải ký cam đoan mổ vào hồ sơ, đã hiểu và chấp nhận những nguy cơ, rủi ro có thể xảy ra trước, trong và sau mổ.

3. Phương tiện

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Dao lấy da
- Gạc mỡ, băng chun, chỉ to

4. Thời gian phẫu thuật: 1 - 1,5 giờ

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: tuỳ theo tổn thương

2. Vô cảm:

- Gây tê tại chỗ hoặc gây tê vùng (gây tê đám rối TK cánh tay hoặc gây tê tủy sống)
- Gây mê trong trường hợp trẻ em

3. Kỹ thuật

- Sát trùng trải toan vùng tổn khuyết và vùng dự kiến lấy da ghép
- Làm sạch nền tổn khuyết (làm sạch giả mạc, cắt lọc tổ chức hoại tử, tổ chức hạt già)
- Cầm máu nền nhận
- Đo kích thước tổn khuyết phần mềm để xác định kích thước mảnh da ghép (trên 10 cm2)
- Rạch da tại vùng lấy da theo kích thước đã xác định
- Lấy toàn bộ chiều dày của da đến hết lớp trung bì, cắt lọc tổ chức mỡ dưới da (hạ bì)
- Có thể đục lỗ mắt lưới trong trường hợp cần tăng diện tích da ghép và để thoát dịch
- Đặt mảnh da ghép vào nền nhận
- Khâu da ghép bằng Nylon, cố định da ghép bằng gối gạc, hoặc băng chun (lưu ý không băng quá chặt vùng chi thể để tránh nguy cơ chèn ép mạch gây thiếu máu ngoại vi)
- Bóc tách 2 mép da nơi lấy da ghép
- Cầm máu kỹ
- Khâu đóng trực tiếp nơi lấy da.
- Băng vô trùng

VI. THEO DÕI CÁC TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG VÀ NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ

1. Chăm sóc: Nơi lấy da thay băng cách ngày**,** cắt gối gạc sau 7 ngày

2. Theo dõi các biến chứng:

- Các dấu hiệu sinh tồn: Mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở
- Chảy máu: băng ép
- Nhiễm trùng: thay băng, dùng kháng sinh
- Hoại tử da ghép: thay băng
- Các tai biến liên quan đến bệnh phối hợp: tăng đường huyết, tăng huyết áp…

CẮT U MÁU VÙNG ĐẦU MẶT CỔ

I. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật cắt bỏ 1 phần hoặc toàn bộ u mạch máu vùng đầu mặt cổ

II. CHỈ ĐỊNH

U vùng đầu mặt ảnh hưởng đến chức năng và thẩm mỹ

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Bệnh lý phối hợp toàn thân nặng không cho phép phẫu thuật: suy kiệt, bệnh tim mạch, rối loạn đông máu

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ chuyên khoa Phẫu thuật Tạo hình: 03
- Bác sỹ gây mê: 01
- Điều dưỡng phụ mê: 01
- Điều dưỡng dụng cụ: 01
- Điều dưỡng chạy ngoài: 01
- Bác sỹ hồi tỉnh: 01
- Điều dưỡng hồi tỉnh: 01
- Nhân viên vệ sinh: 01

2. Người bệnh

- Làm bệnh án đầy đủ theo quy định
- Làm đầy đủ các xét nghiệm cơ bản, xét nghiệm chuyên sâu, Xquang phổi, siêu âm bụng, Xquang mặt, Xquang vùng tổn thương, phim CT scanner, MRI, phim chụp mạch…
- Khám và hội chẩn liên chuyên khoa để phối hợp điều trị trước, trong và sau mổ nếu cần: Tăng đường huyết, rối loạn đông máu, cao huyết áp…
- Chuẩn bị trước mổ theo quy trình Ngoại khoa chung: Kháng sinh, nhịn ăn vệ sinh thân thể, cạo lông, tóc…
- Phẫu thuật viên gặp gỡ người bệnh và gia đình để giải thích trước mổ về tình trạng bệnh tật, kế hoạch điều trị, khả năng phẫu thuật, tỷ lệ thành công, những khó khăn, thuận lợi, tai biến, di chứng có thể gặp trong quá trình điều trị; đồng thời lắng nghe và giải đáp những thắc mắc của người bệnh và gia đình về những vấn đề liên quan đến chuyên môn (trong phạm vi cho phép)
- Sau khi nghe bác sỹ giải thích và giải đáp các thắc mắc, người bệnh và gia đình phải ký cam đoan mổ vào hồ sơ, đã hiểu và chấp nhận những nguy cơ, rủi ro có thể xảy ra trước, trong và sau mổ.

3. Phương tiện

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình, phẫu thuật mạch máu
- Bộ dụng cụ phẫu thuật hàm mặt
- Kính lúp, kính vi phẫu
- Clip mạch máu
- Chất nút mạch,thuốc gây xơ
- Gạc mỡ, băng chun

4. Thời gian phẫu thuật: 4-6 giờ

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: tuỳ theo tổn thương (nằm ngửa, nghiêng, hoặc sấp)

2. Vô cảm

- Gây tê tại chỗ hoặc gây mê nội khí quản trong trường hợp u to hoặc trẻ em

- Mở khí quản nếu u to gây chèn ép đường thở, không đặt được nội khí quản

3. Kỹ thuật

- Sát trùng, trải toan
- Xác định đường rạch da, niêm mạc để tiếp cận khối u mạch máu
- Gây tê
- Rạch da, niêm mạc
- Bộc lộ khối u
- Kiểm soát các nguồn chảy máu quanh u (động mạch, tĩnh mạch)
- Dùng clip mạch máu hoặc chỉ thắt và cắt các nhánh mạch của u, tránh mất máu
- Cắt u toàn bộ u hoặc 1 phần tuỳ theo từng trường hợp thương tổn cụ thể (bản chất u mạch máu, kích thước, mức độ khu trú)
- Có thể phối hợp các phương pháp khác nhằm giảm sự phát triển của khối u mạch máu (gây xơ, nút mạch trực tiếp…)
- Bơm rửa
- Cầm máu kỹ
- Dẫn lưu vết mổ (nếu cần)
- Đóng vết thương trực tiếp hoặc ghép da hoặc dùng vạt da che phủ
- Băng chun

VI. THEO DÕI CÁC TAI BIẾN BIẾN CHỨNG VÀ NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ

1. Theo dõi: Dẫn lưu rút sau 2 ngày

2. Biến chứng

- Các dấu hiệu sinh tồn: Mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở
- Chảy máu vết mổ: Băng ép chặt hoặc mổ lại cầm máu
- Nhiễm trùng vết mổ: Kháng sinh, thay băng tại chỗ
- Tắc mạch nơi khác do chất nút mạch di chuyển
- Hoại tử da trên khối u mạch máu gây loét, chảy máu: Do nút mạch quá nhiều, hoặc do u mạch máu quá nông trên da
- Các tai biến liên quan đến bệnh phối hợp: tăng đường huyết, tăng huyết áp…

CẮT CÁC KHỐI U DA LÀNH TÍNH DƯỚI 5 CM

I. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật nhằm lấy bỏ các u da lành tính dưới 5 cm...

II. CHỈ ĐỊNH

Các khối u lành tính của da

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Điều kiện toàn thân không cho phép phẫu thuật

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: Bác sĩ chuyên khoa phẫu thuật tạo hình

2. Người bệnh

- Bệnh án ngoại khoa.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật, ký hồ sơ bệnh án.

3. Phương tiện

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình.

4. Thời gian phẫu thuật: 30p-1h

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: nằm ngửa/sấp tùy thuộc vị trí khối u

2. Vô cảm: tê tại chỗ

3. Kỹ thuật

- Rạch da quanh u, cắt bỏ toàn bộ khối u
- Khâu đóng trực tiếp, ghép da hoặc xoay vạt tại chỗ

VI. THEO DÕI CÁC TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG VÀ NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ

- Tai biến của gây tê, máu tụ, nhiễm trùng, sốt, sẹo lồi
- Xử trí theo từng nguyên nhân

PHẪU THUẬT NỐI GÂN GẤP

I. ĐỊNH NGHĨA

Phẫu thuật nối gân gấp là phẫu thuật nối lại gân gấp nhằm phục hồi lại chức năng của bàn tay.

II. CHỈ ĐỊNH

Đứt gân gấp

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Bệnh toàn thân tại chỗ không cho phép phẫu thuật

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Kíp phẫu thuật: 1 PTV phẫu thuật tạo hình hoặc phẫu thuật bàn tay, 2 phụ phẫu thuật
- Kíp gây mê: 1 bác sĩ gây mê, 1 phụ mê
- Kíp dụng cụ và chạy ngoài: 1 điều dưỡng dụng cụ, 1 điều dưỡng chạy ngoài

2. Người bệnh

- Làm các xét nghiệm máu, chụp Xquang bàn tay
- Giải thích kĩ cho người bệnh và người nhà người bệnh về những nguy cơ rủi ro có thể xảy ra trước, trong và sau quá trình điều trị.
- Kí hồ sơ bệnh

3. Phương tiện

- Thuốc tê, mê, chỉ, băng gạc, clip mạch máu
- Bộ nẹp vis hoặc đinh cố định xương
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình, phẫu thuật bàn tay, dụng cụ vi phẫu
- Kính lúp
- Khoan xương, chỉ thép (để luồn gân qua các ròng rọc)

4. Thời gian phẫu thuật 2-3 giờ

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm: Tê đám rối cánh tay

2. Tư thế: Người bệnh nằm ngửa, tay đặt trên bàn phẫu thuật

3. Cách thức mổ:

- Rạch da mở rộng vết thương theo các nếp tấp tự nhiên của bàn tay
- Bộc lộ tổn thương, cầm máu
- Phẫu tích tìm 2 đầu gân bị đứt, găm kim giữ cố định các đầu gân
- Nếu có kết hợp gãy xương hoặc tổn thương khớp tiến hành KHX, xử lý vết thương khớp
- Nối gân gấp theo các phương pháp Kessler, Tajima... bằng chỉ Prolen 4/0, 5.0
- Khâu bao gân
- Đóng da
- Nẹp bột

VI. BIẾN CHỨNG DI CHỨNG

- Do gây mê hồi sức
- Đứt gân lại, hoại tử gân
- Hoại tử ngón tay
- Biến dạng ngón tay
- Nhiễm trùng

PHẪU THUẬT GHÉP GÂN GẤP KHÔNG SỬ DỤNG VI PHẪU THUẬT

I. ĐỊNH NGHĨA

Sử dụng gân gan tay để ghép nhằm phục hồi hình thể và chức năng của gân gấp

II. CHỈ ĐỊNH

Khuyết, mất đoạn gân gấp do chấn thương, bỏng, sau phẫu thuật cắt các khối u...

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Bệnh lý phối hợp toàn thân nặng không cho phép phẫu thuật: suy kiệt, bệnh tim mạch, rối loạn đông máu

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên: 01 PTV chính, Bác sỹ chuyên khoa Phẫu thuật Tạo hình, bàn tay, 02 phẫu thuật viên phụ.
- Kíp gây mê: 01 bác sỹ gây mê; Điều dưỡng phụ mê: 01
- Điều dưỡng dụng cụ: 01; Điều dưỡng chạy ngoài: 01
- Bác sỹ hồi tỉnh: 01; Điều dưỡng hồi tỉnh: 01
- Hộ lý: 01

2. Người bệnh

- Làm bệnh án đầy đủ theo quy định
- Làm đầy đủ các xét nghiệm cơ bản, xét nghiệm chuyên sâu, Xquang phổi, siêu âm bụng, Xquang cánh tay
- Khám và hội chẩn liên chuyên khoa để phối hợp điều trị trước, trong và sau mổ nếu cần: Tăng đường huyết, rối loạn đông máu, cao huyết áp…
- Chuẩn bị trước mổ theo quy trình Ngoại khoa chung: Kháng sinh, nhịn ăn vệ sinh thân thể, cạo lông, tóc…
- Phẫu thuật viên gặp gỡ người bệnh và gia đình để giải thích trước mổ về tình trạng bệnh tật, kế hoạch điều trị, khả năng phẫu thuật, tỷ lệ thành công, những khó khăn, thuận lợi, tai biến, di chứng có thể gặp trong quá trình điều trị; đồng thời lắng nghe và giải đáp những thắc mắc của người bệnh và gia đình về những vấn đề liên quan đến chuyên môn (trong phạm vi cho phép)
- Sau khi nghe bác sỹ giải thích và giải đáp các thắc mắc, người bệnh và gia đình phải ký cam đoan mổ vào hồ sơ, đã hiểu và chấp nhận những nguy cơ, rủi ro có thể xảy ra trước, trong và sau mổ.

3. Phương tiện

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mạch máu
- Chỉ phẫu thuật: vicryl 2 sợi, nylon: 2 sợi, prolene: 2 sợi

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: Người bệnh nằm ngửa, tay dạng vuông góc với thân mình

2. Vô cảm: Gây mê NKQ / tê ĐRCT

3. Cách thức mổ:

- Sát trùng trải toan
- Làm sạch 2 đầu gân gấp, cắt lọc tổ chức hoại tử
- Xác định kích thước khuyết gân gấp cần ghép
- Rạch da mặt trước cổ tay, bóc tách lấy đoạn gân gan tay cho vừa kích thước đã xác định, hay lấy đoạn gân gấp mỏng để ghép
- Ghép gân gan tay vào 2 đầu gân gấp bằng chỉ prolene

- Đóng vết mổ bằng chỉ Vicrylvà Nylon
- Đặt nẹp tư thế cơ năng

Nếu gân gấp đã đứt lâu cần chia phẫu thuật làm 2 thì cách nhau 2 tháng:

- Thì 1: Phẫu thuật Hunter I: bóc tách đường hầm đặt ống silicon để tạo đường hầm trơn cho gân ghép thì sau
- Thì 2: Phẫu thuật Hunter II: dùng gân gấp nông, gân gan tay dày hay fascia lata để làm mảnh ghép

4. Thời gian phẫu thuật: 1 -2h

VI. BIẾN CHỨNG DI CHỨNG

1. Theo dõi: theo dõi vết mổ. Thay băng 2 ngày/lần

2. Biến chứng và chăm sóc

- Các dấu hiệu sinh tồn: Mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở
- Chảy máu vết mổ: Băng ép chặt hoặc mổ lại cầm máu
- Nhiễm trùng vết mổ: Kháng sinh và thay băng tại chỗ
- Đứt mối nối gân gấp: kiểm tra nối/ghép lại
- Các tai biến liên quan đến bệnh phối hợp: tăng đường huyết, tăng huyết áp

NỐI GÂN DUỖI

I. ĐỊNH NGHĨA

Phẫu thuật nối gân duỗi là phẫu thuật nối lại gân duỗi nhằm phục hồi lại chức năng của bàn tay.

II. CHỈ ĐỊNH

Đứt gân duỗi

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Bệnh toàn thân tại chỗ không cho phép phẫu thuật

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Kíp phẫu thuật: 1 PTV phẫu thuật tạo hình hoặc phẫu thuật bàn tay, 2 phụ phẫu thuật
- Kíp gây mê: 1 bác sĩ gây mê, 1 phụ mê
- Kíp dụng cụ và chạy ngoài: 1 điều dưỡng dụng cụ, 1 điều dưỡng chạy ngoài

2. Người bệnh:

- Làm các xét nghiệm máu, chụp Xquang bàn tay
- Giải thích kĩ cho người bệnh và người nhà người bệnh về những nguy cơ rủi ro có thể xảy ra trước, trong và sau quá trình điều trị.
- Kí hồ sơ bệnh

3. Phương tiện:

- Thuốc tê, mê, chỉ, băng gạc, clip mạch máu, silk 3.0 hay 4.0
- Bộ nẹp vis hoặc đinh cố định xương
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình, phẫu thuật bàn tay, dụng cụ vi phẫu
- Kính lúp
- Khoan xương

4. Thời gian phẫu thuật 2- 3 giờ

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm: Tê đám rối cánh tay

2. Tư thế: Người bệnh nằm ngửa, tay đặt trên bàn phẫu thuật

3. Cách thức mổ:

- Rạch da mở rộng vết thương
- Bộc lộ tổn thương, cầm máu
- Phẫu tích tìm 2 đầu gân bị đứt
- Nếu có kết hợp gãy xương hoặc tổn thương khớp tiến hành kết hợp xương, xử lý vết thương khớp
- Nối gân duỗi có đường kính lớn kiểu wessler hay Tajima bằng prolene 4.0, 5.0 nối gân duỗi mặt lưng bàn tay hay lưng ngón bằng các mũi chữ X bằng prolene 5.0
- Đóng da
- Nẹp bột

VI. BIẾN CHỨNG, DI CHỨNG

- Do gây mê hồi sức
- Đứt gân lại, hoại tử gân
- Hoại tử ngón tay
- Biến dạng ngón tay
- Nhiễm trùng

GỠ DÍNH GÂN

I. ĐỊNH NGHĨA

Phẫu thuật gỡ dính gân nhằm phục hồi lại chức năng của chi thể

II. CHỈ ĐỊNH

Dính gân sau mổ nối gân

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Bệnh toàn thân tại chỗ không cho phép phẫu thuật

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Kíp phẫu thuật: 1 PTV phẫu thuật tạo hình hoặc phẫu thuật bàn tay, 2 phụ phẫu thuật
- Kíp gây mê: 1 bác sĩ gây mê, 1 phụ mê
- Kíp dụng cụ và chạy ngoài: 1 điều dưỡng dụng cụ, 1 điều dưỡng chạy ngoài

2. Người bệnh

- Làm các xét nghiệm máu, chụp Xquang ban tay
- Giải thích kĩ cho người bệnh và người nhà người bệnh về những nguy cơ rủi ro có thể xảy ra trước, trong và sau quá trình điều trị.
- Kí hồ sơ bệnh án

3. Phương tiện

- Thuốc tê, mê, chỉ, băng gạc, clip mạch máu hay silk 3.0, 4.0
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình, phẫu thuật bàn tay, dụng cụ vi phẫu
- Kính lúp

4. Thời gian phẫu thuật 2- 3 giờ

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm: Tê đám rối cánh tay.

2. Tư thế: Người bệnh nằm ngửa, tay đặt trên bàn phẫu thuật

3. Cách thức mổ:

- Rạch da vùng tổn thương
- Bộc lộ đến phần gân dính, cầm máu
- Gỡ dính giữa các gân và với tổ chức xung quanh, chú ý bảo tồn các thành phần quan trọng: mạch máu thần kinh
- Kiểm tra chức năng của gân, khả năng di động của các khớp
- Đóng da

VI. BIẾN CHỨNG DI CHỨNG

- Gây mê hồi sức
- Hoại tử gân
- Nhiễm trùng
- Chảy máu

KHÂU NỐI THẦN KINH KHÔNG SỬU DỤNG VI PHẪU THUẬT

I. ĐỊNH NGHĨA

Khâu nối các thần kinh có kích thước lớn có thể nhìn thấy bằng mắt thường nhằm phục hồi chức năng dẫn truyền của thần kinh

II. CHỈ ĐỊNH

Thần kinh bị đứt do chấn thương, tai nạn...

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Bệnh lý phối hợp toàn thân nặng không cho phép phẫu thuật: suy kiệt, bệnh tim mạch, rối loạn đông máu

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên: 01 PTV chính, Bác sỹ chuyên khoa vi phẫu- Tạo hình, 02 phẫu thuật viên phụ.
- Kíp gây mê: 01 bác sỹ gây mê; Điều dưỡng phụ mê: 01
- Điều dưỡng dụng cụ: 01; Điều dưỡng chạy ngoài: 01
- Bác sỹ hồi tỉnh: 01; Điều dưỡng hồi tỉnh: 01
- Hộ lý: 01

2. Người bệnh

- Làm bệnh án đầy đủ theo quy định
- Làm đầy đủ các xét nghiệm cơ bản, xét nghiệm chuyên sâu, Xquang phổi, siêu âm bụng.
- Khám và hội chẩn liên chuyên khoa để phối hợp điều trị trước, trong và sau mổ nếu cần: Tăng đường huyết, rối loạn đông máu, cao huyết áp…
- Chuẩn bị trước mổ theo quy trình Ngoại khoa chung: Kháng sinh, nhịn ăn vệ sinh thân thể, cạo lông, tóc…
- Phẫu thuật viên gặp gỡ người bệnh và gia đình để giải thích trước mổ về tình trạng bệnh tật, kế hoạch điều trị, khả năng phẫu thuật, tỷ lệ thành công, những khó khăn, thuận lợi, tai biến, di chứng có thể gặp trong quá trình điều trị; đồng thời lắng nghe và giải đáp những thắc mắc của người bệnh và gia đình về những vấn đề liên quan đến chuyên môn (trong phạm vi cho phép).
- Sau khi nghe bác sỹ giải thích và giải đáp các thắc mắc, người bệnh và gia đình phải ký cam đoan mổ vào hồ sơ, đã hiểu và chấp nhận những nguy cơ, rủi ro có thể xảy ra trước, trong và sau mổ.

3. Phương tiện

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mạch máu
- Bộ dụng cụ vi phẫu thuật
- Chỉ phẫu thuật: vicryl: 2 sợi, nilon: 2 sợi, Prolene: 4 sợi

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:

1. Tư thế: Người bệnh nằm ngửa.

2. Vô cảm: Gây mê NKQ / tê ĐRCT

3. Cách thức mổ

- Sát trùng trải toan
- Qua vết thương, bóc tách bộc lộ 2 đầu thần kinh bị đứt
- Nối bao thần kinh bằng chỉ Prolen 6/0
- Nối bó sợi thần kinh bằng chỉ Prolene 8/0

- Đóng vết mổ bằng chỉ Vicryl, Nilon.

4. Thời gian phẫu thuật: 1 -2h

VI. BIẾN CHỨNG DI CHỨNG

1. Theo dõi: theo dõi, vết mổ. Thay băng 2 ngày/lần

2. Biến chứng và chăm sóc

- Các dấu hiệu sinh tồn: Mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở
- Chảy máu vết mổ: Băng ép chặt hoặc mổ lại cầm máu
- Nhiễm trùng vết mổ: Kháng sinh và thay băng tại chỗ
- Các tai biến liên quan đến bệnh phối hợp: tăng đường huyết, tăng huyết áp

RÚT NẸP VÍT VÀ CÁC DỤNG CỤ KHÁC SAU PHẪU THUẬT

I. ĐỊNH NGHĨA

Tháo nẹp vít (phương tiện KHX) sau phẫu thuật điều trị gãy xương

II. CHỈ ĐỊNH

- Trẻ em < 18 tuổi
- Người lớn có biểu hiện bất thường tại vị trí đặt nẹp hoặc toàn thân.
- Tháo nẹp theo yêu cầu.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Chống chỉ định (tương đối): BL toàn thân: tim, não, tâm thần, chuyển hóa.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

- Kíp phẫu thuật: 1 PTV phẫu thuật tạo hình hoặc phẫu thuật chấn thương chỉnh hình, 2 phụ phẫu thuật
- Kíp gây mê: 1 bác sĩ gây mê, 1 phụ mê
- Kíp dụng cụ và chạy ngoài: 1 điều dưỡng dụng cụ, 1 điều dưỡng chạy ngoài

2. Người bệnh:

- Làm các xét nghiệm máu, chụp Xquang bàn tay
- Giải thích kĩ cho người bệnh và người nhà người bệnh về những nguy cơ rủi ro có thể xảy ra trước, trong và sau quá trình điều trị.
- Kí hồ sơ bệnh

3. Phương tiện:

- Thuốc tê, mê, chỉ, băng gạc, clip mạch máu
- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình, phẫu thuật bàn tay, dụng cụ kết hợp xương
- Kính lúp

4. Thời gian phẫu thuật 2 giờ

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm:

- Mê Nội khí quản, mask thanh quản: trẻ em không hợp tác
- Tê tủy sống, tê tại chỗ: người lớn

2. Tư thế : Người bệnh nằm ngửa

3. Cách thức mổ:

- Rạch da theo đường mổ cũ
- Bộc lộ phần nẹp vis cố định xương hoặc đầu đinh
- Tháo vis và nẹp cố định hoặc rút đinh
- Cầm máu kĩ
- Băng

VI. BIẾN CHỨNG DI CHỨNG

- Gây mê, hồi sức
- Chảy máu, nhiễm trùng

PHẪU THUẬT CẮT BỎ U DA MẶT LÀNH TÍNH

I. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật cắt bỏ u da lành tính vùng mặt, đóng vết mổ sau phẫu thuật bằng các kỹ thuật tạo hình

II. CHỈ ĐỊNH

Trong các trường hợp u lành tính nằm trên da mặt

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có bệnh toàn thân không phù hợp cho phẫu thuật

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Kíp phẫu thuật: Gồm 01 Phẫu thuật viên chuyên khoa phẫu thuật tạo hình; 02 phụ phẫu thuật.
- Kíp gây mê: 01 bác sỹ gây mê, 01 điều dưỡng phụ mê.
- Kíp dụng cụ và chạy ngoài: 01 điều dưỡng dụng cụ, 01 điều dưỡng chạy ngoài, 01 hộ lý.

2. Người bệnh

- Bệnh án ngoại khoa
- Làm đầy đủ các xét nghiệm thường quy
- Giải thích người bệnh và người nhà người bệnh trước phẫu thuật, ký hồ sơ bệnh án.

3. Phương tiện

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình – hàm mặt

4. Thời gian phẫu thuật: 30 phút – 1,5h.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: nằm ngửa, đầu nghiêng về bên đối diện với tổn thương

2. Vô cảm: gây tê tại chỗ hoặc gây mê trong trường hợp trẻ em và u lớn

3. Kỹ thuật

- Rạch da theo đường thiết kế
- Bóc tách u, phẫu tích u tránh các tổ chức quan trọng: mạch máu, thần kinh, cơ.
- Cắt bỏ toàn bộ u
- Cầm máu kỹ bằng đốt điện diện bóc tách, bơm rửa sạch.
- Trong trường hợp không đóng trực tiếp, tiến hành dùng vạt che phủ hoặc ghép da (kỹ thuật tạo hình khác).

VI. THEO DÕI CÁC TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG VÀ NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ

- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn trong vòng 24h đầu (nếu phải gây mê toàn thân)
- Chườm lạnh và kháng sinh sau mổ.
- Chảy máu: hiếm gặp. Xử trí: băng ép hoặc cầm máu lại trên phòng mổ, bù đủ khối lượng tuần hoàn.
- Nhiễm trùng: chảy dịch vết mổ, người bệnh có biểu hiện nhiễm trùng. Xử trí: thay băng, điều trị theo kháng sinh đồ.

KHÂU VÀ CẮT LỌC VẾT THƯƠNG VÙNG MŨI

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật xử lý cắt lọc và khâu trong các vết thương nhỏ vùng mũi có thể đóng được trực tiếp

II. CHỈ ĐỊNH

Vết thương nhỏ vùng mũi có thể đóng được trực tiếp

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Bệnh lý toàn thân phối hợp nặng, tâm thần

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Kíp phẫu thuật: Gồm 01 Phẫu thuật viên chuyên khoa phẫu thuật tạo hình; 02 phụ phẫu thuật.
- Kíp dụng cụ và chạy ngoài: 01 điều dưỡng dụng cụ; 01 điều dưỡng chạy ngoài; 01 hộ lý

2. Người bệnh

- Bệnh án ngoại khoa.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy, chụp phim CT ổ mắt hoặc MRI ổ mắt theo chỉ định.
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật, ký hồ sơ bệnh án.

3. Phương tiện

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình.
- Kim chỉ.

4. Thời gian phẫu thuật: 1h-2h

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: Nằm ngửa

2. Vô cảm: gây tê tại chỗ

3. Kỹ thuật:

- Cắt lọc mép vết thương tiết kiệm, làm sạch vết thương,
- Tách mép da với phần tổ chức phía dưới.
- Khâu theo từng lớp mũi rời.

VI. BIẾN CHỨNG, DI CHỨNG

Do gây tê, gây mê, chảy máu, nhiễm trùng, hoại tử da ghép.

Xử trí:

- Cắt lọc, làm sạch.
- Kháng sinh
- Bảo vệ mắt
- Phẫu thuật lại nếu cần

PHẪU THUẬT TREO CUNG MÀY BẰNG CHỈ

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật dùng chỉ để làm tăng khoảng cách mi trên- cung mày.

II. CHỈ ĐỊNH

Cung mày thấp

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Bệnh toàn thân, tại chỗ không cho phép phẫu thuật, người bệnh không hợp tác phẫu thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Kíp phẫu thuật: Gồm 01 Phẫu thuật viên chuyên khoa phẫu thuật tạo hình; 01 phụ phẫu thuật.
- Kíp Gây mê/gây tê: 01 bác sỹ gây mê; 01 phụ mê.
- Kíp dụng cụ và chạy ngoài: 01 điều dưỡng dụng cụ; 01 điều dưỡng chạy ngoài; 01 hộ lý

2. Người bệnh

- Bệnh án ngoại khoa.
- Làm đủ bộ xét nghiệm thường quy,
- Giải thích người bệnh và người nhà trước phẫu thuật, ký hồ sơ bệnh án.

3. Phương tiện

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình.
- Chỉ phẫu thuật.

4. Thời gian phẫu thuật: 1h-2h

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: người bệnh nằm ngửa.

2. Vô cảm: gây tê tại chỗ/gây mê toàn thân

3. Kỹ thuật:

- Rạch da
- Dùng chỉ không tiêu treo cố định phần cung mày sụp về phía trên trán cân hoặc màng xương

VI. BIẾN CHỨNG, DI CHỨNG

- Chảy máu: hiếm gặp gây tụ máu da mi. Xử trí: băng ép hoặc cầm máu lại trên phòng mổ…
- Nhiễm trùng: chảy dịch vết mổ, người bệnh có biểu hiện nhiễm trùng. Xử trí: thay băng, điều trị theo kháng sinh đồ.
- Hoại tử: một phần hoặc toàn bộ. Xử trí: cắt lọc, làm sạch, lập kế hoạch tạo hình tiếp theo
- Sẹo xấu, sẹo co rút

PHẪU THUẬT NÂNG VÚ BẰNG TÚI ĐỘN NGỰC

I. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật đặt túi độn vào làm tăng thể tích cho vú.

II. CHỈ ĐỊNH

Vú nhỏ bẩm sinh hoặc cho con bú, vú mất cân đối sau mổ hoặc bẩm sinh.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Bệnh toàn thân, tại chỗ không cho phép

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Kíp phẫu thuật: Gồm 01 Phẫu thuật viên chuyên khoa phẫu thuật tạo hình; 02 phụ phẫu thuật.
- Kíp Gây mê: 01 bác sỹ gây mê; 01 phụ mê.
- Kíp dụng cụ và chạy ngoài: 01 điều dưỡng dụng cụ; 01 điều dưỡng chạy ngoài; 01 hộ lý

2. 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, 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.

3. Phương tiện

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ bóc tách khoang đặt túi.
- Túi độn ngực silicon theo thể tích được tính toán.
- Dụng cụ nội soi
- Chỉ: 04 sợi chỉ tự tiêu 3/0, 5/0; 02 sợi chỉ nilon 6/0.

4. Thời gian phẫu thuật: Từ 3-5 giờ

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: nằm ngửa

2. Vô cảm: mê NKQ

3. Kỹ thuật:

- Thiết kế khoang đặt túi trên ngực người bệnh.
- Thiết kế đường rạch da theo đường quầng vú, đường nách, rãnh dưới vú, đường rốn…
- Rạch da theo đường đã thiết kế.
- Tạo đường hầm đi vào khoang.
- Bóc tách nhẹ nhàng tạo khoang dưới tuyến hoặc dưới cơ (có sử dụng nội soi hoặc không).
- Kiểm tra cầm máu
- Đặt túi vào khoang.
- Kiểm tra xem túi đặt 2 bên có cân đối nhau không.
- Đặt dẫn lưu 2 bên.

- Khâu đóng vết mổ.
- Băng chun cố định.

VI. THEO DÕI CÁC TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG VÀ NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ

- Máu tụ. Xử trí: băng chun sau mổ, chọc hút dịch nếu có.
- Nhiễm trùng. Xử trí: thay băng, điều trị kháng sinh, tháo túi nếu cần.
- Lệch túi. Xử trí: băng ép điều chỉnh, đặt lại nếu cần.
- Bao xơ. Xử trí: bóc bao xơ, đặt lại túi.
- Sẹo xấu. Xử trí: chăm sóc sẹo, tạo hình khi sẹo ổn định.

PHẪU THUẬT NÂNG VÚ BẰNG CHẤT LÀM ĐẦY

I. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật tiêm chất làm đầy vào để tăng thể tích cho vú.

II. CHỈ ĐỊNH

Vú nhỏ bẩm sinh hoặc cho con bú, vú mất cân đối sau mổ hoặc bẩm sinh.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Bệnh toàn thân, tại chỗ không cho phép

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Kíp phẫu thuật: Gồm 01 Phẫu thuật viên chuyên khoa phẫu thuật tạo hình; 02 phụ phẫu thuật.
- Kíp Gây mê: 01 bác sỹ gây mê; 01 phụ mê.
- Kíp dụng cụ và chạy ngoài: 01 điều dưỡng dụng cụ; 01 điều dưỡng chạy ngoài; 01 hộ lý.

2. 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, 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.

3. Phương tiện

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ tiêm chất làm đầy
- Chất làm đầy hyaluronic acid
- Kem tê

4. Thời gian phẫu thuật: Từ 3-5 giờ

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: nằm ngửa

2. Vô cảm: tê tại chỗ

3. Kỹ thuật:

- Thiết kế sơ đồ tiêm.
- Gây tê tại chỗ các điểm tiêm chính.
- Trước khi tiêm kiểm tra tránh đâm kim vào mạch máu.
- Tiêm chất làm đầy theo sơ đồ đã thiết kế vào các lớp.
- Tạo hình khuôn ngực trong lúc tiêm để trông thật tự nhiên.
- Mặc áo chuyên dụng để giữ khuôn ngực.

VI. THEO DÕI CÁC TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG VÀ NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ

- Tai biến của gây tê/mê. Xử trí: hồi sức và theo dõi tại phòng hồi sức.
- Máu tụ. Xử trí: băng chun sau mổ, chọc hút dịch nếu có.
- Nhiễm trùng. Xử trí: thay băng, điều trị kháng sinh, mở tháo mủ nếu cần.
- Ngực không cân đối. Xử trí: tạo hình thêm.

- Tắc mạch. Xử trí: theo thương tổn.

PHẪU THUẬT CHỈNH SỬA CÁC BIẾN CHỨNG SAU MỔ NÂNG VÚ

I. ĐẠI CƯƠNG

Nâng ngực là phẫu thuật làm tăng thể tích của vú. Biến chứng của phẫu thuật hay gặp là chảy máu, nhiễm trùng, co thắt bao xơ.

II. CHỈ ĐỊNH

Các người bệnh có biến chứng sau phẫu thuật…

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Bệnh toàn thân, tại chỗ không cho phép

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Kíp phẫu thuật: Gồm 01 Phẫu thuật viên chuyên khoa phẫu thuật tạo hình; 02 phụ phẫu thuật.
- Kíp Gây mê: 01 bác sỹ gây mê; 01 phụ mê.
- Kíp dụng cụ và chạy ngoài: 01 điều dưỡng dụng cụ; 01 điều dưỡng chạy ngoài; 01 hộ lý

2. 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, 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.

3. Phương tiện:

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ bóc tách khoang đặt túi.

4. Thời gian phẫu thuật: Từ 3-5 giờ

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: nằm ngửa

2. Vô cảm: mê NKQ/tê tại chỗ

3. Kỹ thuật:

3.1. Chảy máu:

- Kiểm tra tình trạng đông máu, kiểm soát huyết áp.
- Cầm máu, dẫn lưu, băng ép.

3.2. Nhiễm trùng:

- Kháng sinh toàn thân.
- Tháo bỏ túi, làm sạch, dẫn lưu.

3.3. Co thắt bao xơ: xảy ra muộn sau 6 tháng đến 1 năm.

- Tháo túi, cắt bỏ bao xơ.

VI. THEO DÕI CÁC TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG VÀ NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ

- Tai biến của gây tê/mê. Xử trí: hồi sức và theo dõi tại phòng hồi sức.
- Máu tụ. Xử trí: băng chun sau mổ, chọc hút dịch nếu có.

- Nhiễm trùng. Xử trí: thay băng, điều trị kháng sinh, tháo túi nếu cần.
- Lệch túi. Xử trí: băng ép điều chỉnh, đặt lại nếu cần.
- Bao xơ. Xử trí: bóc bao xơ, đặt lại túi.
- Sẹo xấu. Xử trí: chăm sóc sẹo, tạo hình khi sẹo ổn định.

PHẪU THUẬT THU NHỎ ÂM ĐẠO

I. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật cắt bỏ phần dư thừa và làm thắt chặt các cơ âm đạo

II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có cơ vòng âm đạo lỏng lẻo hay yếu do quá trình sinh con.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Bệnh toàn thân, tại chỗ không cho phép

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Kíp phẫu thuật: Gồm 01 Phẫu thuật viên chuyên khoa phẫu thuật tạo hình; 02 phụ phẫu thuật.
- Kíp Gây mê: 01 bác sỹ gây mê; 01 phụ mê.
- Kíp dụng cụ và chạy ngoài: 01 điều dưỡng dụng cụ; 01 điều dưỡng chạy ngoài; 01 hộ lý

2. 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, 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.

3. Phương tiện

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình.
- Bộ dụng cụ tạo hình âm đạo.

4. Thời gian phẫu thuật: Từ 3-5 giờ

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: nằm ngửa, tư thế sản khoa

2. Vô cảm: tê tại chỗ/tê tủy sống

3. Kỹ thuật:

- Bộc lộ khoang âm đạo, thiết kế vùng niêm mạc âm đạo dư thừa.
- Rạch niêm mạc mặt sau âm đạo theo chiều dọc.
- Bóc tách, cắt bỏ phần niêm mạc dư.
- Kiểm tra cầm máu kĩ.
- Khâu tạo hình cơ vòng âm đạo bằng chỉ tự tiêu.
- Khâu đóng niêm mạc âm đạo.

VI. THEO DÕI CÁC TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG VÀ NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ

- Tai biến của gây tê/mê. Xử trí: hồi sức và theo dõi tại phòng hồi sức.
- Chảy máu: mở qua đường rạch cũ, cầm máu kỹ, đặt dẫn lưu, băng ép.
- Nhiễm trùng. Xử trí: mở qua đường rạch cũ, bơm rửa sạch, đặt dẫn lưu, điều trị kháng sinh theo kháng sinh đồ.
- Máu tụ. Xử trí: băng chun sau mổ, chọc hút dịch nếu có.

- Tắc mạch. Xử trí: theo thương tổn.

LASER ĐIỀU TRỊ U DA

I. ĐẠI CƯƠNG

Laser (khuyếch đại ánh sáng bằng phát xạ kích thích) được phân loại dựa theo môi trường hoạt chất: rắn, lỏng, khí; Laser được sử dụng trong y học điều trị nhiều bệnh lý của da, các khối u não, gan. Các loại laser hay dùng trong y học: Laser Nd: YAG, laser He-Ne, laser CO2, laser Argon, laser màu…

Trong điều trị u da, laser CO2 thường được sử dụng nhiều nhất

II. CHỈ ĐỊNH

- Các bệnh do virut: hạt cơm (hạt cơm sùi, hạt cơm phẳng…), u mềm lây, u nhú, sùi mào gà...
- Các bệnh da có dày sừng: chai chân, sẩn cục, chàm mạn tính, viêm da mủ sùi, tổn thương cố thủ của vảy nến...
- Các tật của da, nốt ruồi nhỏ, bớt sùi bẩm sinh.
- U nang ống tuyến mồ hôi, dày sừng da dầu, đa u tuyến bã, u vàng...

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh bị dị ứng các thuốc gây tê và các tổn thương da có kích thước lớn

IV. CHUẨN BỊ

1. Người tiến hành: Bác sỹ chuyên khoa phẫu thuật tạo hình.

2. 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, 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.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế

- Người bệnh nằm, tư thế tùy thuộc tổn thương.
- Sử dụng kính bảo vệ mắt nếu cần thiết.

2. Vô cảm: Tê tại chỗ bằng Lidocain, Xylocain tiêm dưới da hoặc bôi bề mặt tổn thương.

3. Kỹ thuật

- Dùng laser CO2 với công suất và chế độ phù hợp đốt cháy tổn thương theo từng lớp.
- Bôi mỡ kháng sinh lên diện đốt sau khi kết thúc.

VI. THEO DÕI CÁC TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG VÀ NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ

1. Theo dõi

- Mạch, nhiệt độ, huyết áp, toàn trạng
- Tình trạng tại chỗ
- Các tổ chức xung quanh

2. Biến chứng và nguyên tắc xử trí

- Dị ứng thuốc tê. Xử trí: Ngừng thủ thuật, dùng thuốc chống dị ứng.
- Chảy máu. Xử trí: Cầm máu bằng đốt, băng ép.

- Tổn thương tổ chức xung quanh. Xử trí: Đắp ẩm, gửi khám chuyên khoa liên quan nếu cần.

TIÊM BOTULIUM ĐIỀU TRỊ NẾP NHĂN

I. ĐẠI CƯƠNG

Các nếp nhăn trên mặt xuất hiện là do các cơ bám da (nằm sát ngay dưới da mặt) co lại, lâu ngày gây nếp nhăn. Botulinum Toxin A là một chất protein, nó làm liệt cục bộ (tại chỗ tiêm) các sợi thần kinh chi phối các cơ bám da mặt, do vậy làm các cơ này bị liệt, không co nữa. Kết quả là nếp nhăn mờ dần rồi mất hẳn

II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh nhiều nếp nhăn "hoạt động" trên mặt (nếp nhăn tạo ra do quá trình hoạt động các cơ trên mặt)

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Bệnh toàn thân không cho phép, bệnh nhược cơ, lupus ban đỏ hệ thống, bệnh tự miễn

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

- Kíp phẫu thuật: Gồm 01 Phẫu thuật viên chuyên khoa phẫu thuật tạo hình; 02 phụ phẫu thuật.
- Kíp dụng cụ và chạy ngoài: 01 điều dưỡng dụng cụ; 01 điều dưỡng chạy ngoài; 01 hộ lý

2. 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, 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.

3. Phương tiện:

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ tiêm Botulium.
- Chất gây liệt cơ: Botulium

4. Thời gian phẫu thuật: Từ 1 -3 giờ

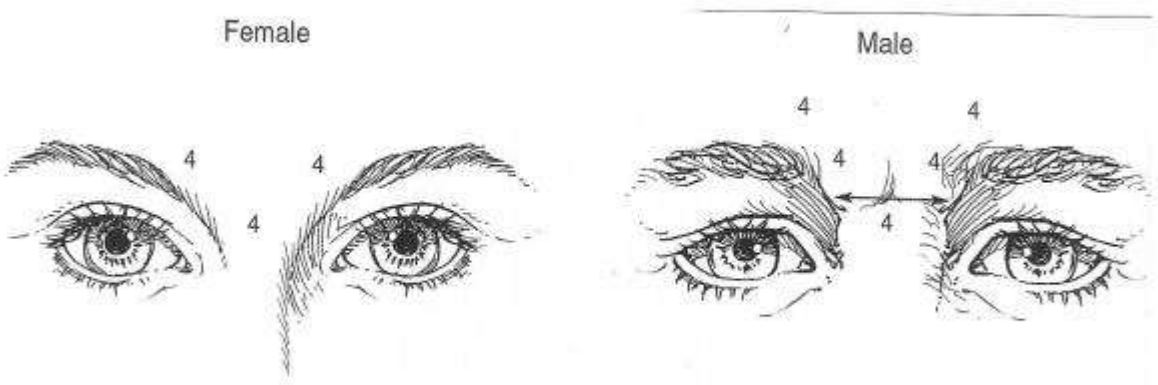
V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: người bệnh nằm đầu cao/ngồi

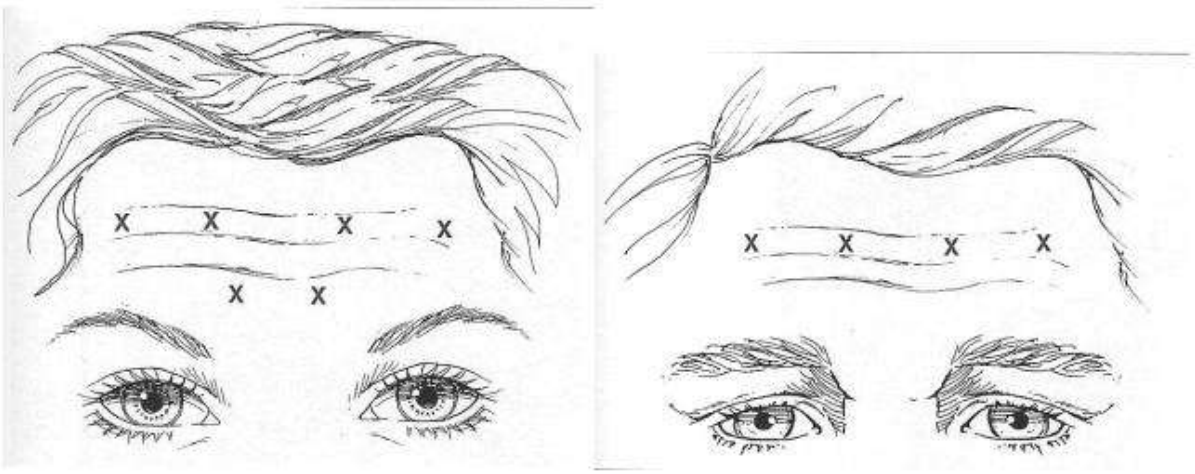
2. Vô cảm: tê tại chỗ

3. Kỹ thuật:

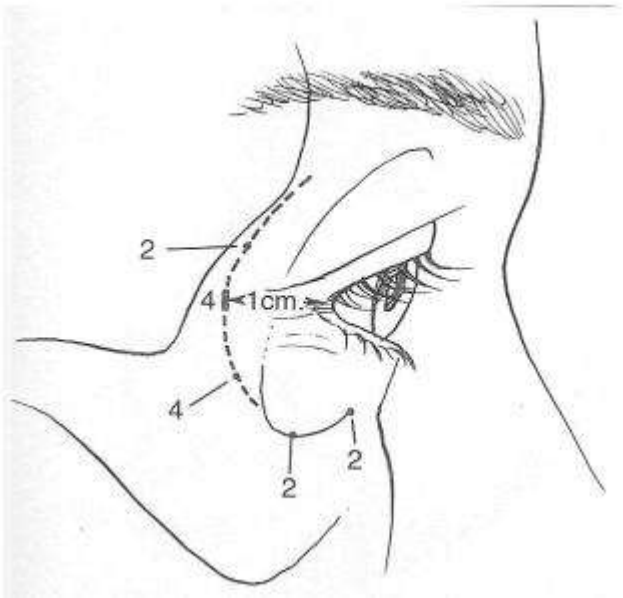
3.1. Điều trị vết nhăn giữa 2 cung lông mày: tiêm 4 UI vào mỗi cơ cau mày và 4 UI vào gốc 2 cơ vòng mắt. Cơ cau mày nam giới khỏe hơn nên có thể tiêm thêm 4 UI mỗi bên ở phía trên



3.2. Điều trị nếp nhăn trán: tiêm khoảng 4UI/2cm², không tiêm vào vùng trên cung mày 1cm



3.3. Điều trị vết chân chim ở khóe mắt, tiêm theo vị trí và liều lượng như hình sau



VI. THEO DÕI CÁC TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG VÀ NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ

- Tai biến của gây tê/mê. Xử trí: hồi sức và theo dõi tại phòng hồi sức.
- Chảy máu: mở qua đường rạch cũ, cầm máu kỹ, đặt dẫn lưu, băng ép.
- Nhiễm trùng: thay băng, rạch da giải phóng ổ mủ, đặt dẫn lưu, điều trị kháng

sinh theo kháng sinh đồ.
- Tắc mạch. Xử trí: theo thương tổn.
- Sụp mi, trễ mi, nhìn đôi (hiếm gặp). Xử trí theo thương tổn.

TIÊM CHẤT LÀM ĐẦY XÓA NẾP NHĂN

I. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật làm mất nếp nhăn bằng chất làm đầy

II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có nhu cầu xóa nếp nhăn vùng mặt

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Bệnh lý toàn thân không cho phép

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Kíp phẫu thuật: Gồm 01 Phẫu thuật viên chuyên khoa phẫu thuật tạo hình; 02 phụ phẫu thuật.
- Kíp dụng cụ và chạy ngoài: 01 điều dưỡng dụng cụ; 01 điều dưỡng chạy ngoài; 01 hộ lý

2. 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, 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.

3. Phương tiện

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình.
- Bộ dụng cụ tiêm chất làm đầy.
- Chất làm đầy hyaluronic acid

4. Thời gian phẫu thuật: Từ 1 -3 giờ

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: Nằm đầu cao

2. Vô cảm: Tê tại chỗ

3. Kỹ thuật:

- Thiết kế vùng cần xoá nếp nhăn.
- Kiểm tra kim không tiêm vào mạch máu
- Dùng kim chuyên dụng tiêm chất làm đầy vào vùng có nếp nhăn.
- Cân chỉnh sau tiêm.
- Massage nhẹ vùng tiêm.

VI. THEO DÕI CÁC TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG VÀ NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ

- Tai biến của gây tê/mê. Xử trí: hồi sức và theo dõi tại phòng hồi sức.

+ Chảy máu: mở qua đường rạch cũ, cầm máu kỹ, đặt dẫn lưu, băng ép.

+ Nhiễm trùng: mở qua đường rạch cũ, lấy bỏ chất độn, làm sạch, dẫn lưu.

- Dị ứng chất liệu: mở qua các đường nhăn da, lấy bỏ toàn bộ chất liệu.
- Tắc mạch. Xử trí: theo thương tổn.

TIÊM CHẤT LÀM ĐẦY NÂNG MŨI

I. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật thẩm mỹ nâng mũi bằng chất làm đầy

II. CHỈ ĐỊNH

Sống mũi thấp, người bệnh có nhu cầu

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH: Bệnh lý toàn thân nặng

III. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Kíp phẫu thuật: Gồm 01 Phẫu thuật viên chuyên khoa phẫu thuật tạo hình; 02 phụ phẫu thuật.
- Kíp dụng cụ và chạy ngoài: 01 điều dưỡng dụng cụ; 01 điều dưỡng chạy ngoài; 01 hộ lý.

2. 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, 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.

3. Phương tiện

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ tiêm chất làm đầy
- Chất làm đầy hyaluronic acid

4. Thời gian phẫu thuật: Từ 1 -3 giờ

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: nằm ngửa

2. Vô cảm: tê tại chỗ

3. Kỹ thuật

- Thiết kế sơ đồ tiêm vùng mũi.
- Kiểm tra kim không tiêm vào mạch máu
- Dùng kim chuyên biệt tiêm chất làm đầy nâng sống mũi.
- Cân chỉnh sau tiêm.

V. THEO DÕI CÁC TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG VÀ NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ

- Tai biến của gây tê, dị ứng chất liệu, nhiễm trùng
- Xử trí theo từng nguyên nhân

TIÊM CHẤT LÀM ĐẦY ĐỘN MÔ

I. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật làm tăng thể tích và tạo dáng mô bằng chất làm đầy

II. CHỈ ĐỊNH

Thiếu thể tích mô

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Bệnh lý toàn thân nặng

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Kíp phẫu thuật: Gồm 01 Phẫu thuật viên chuyên khoa phẫu thuật tạo hình; 02 phụ phẫu thuật.
- Kíp Gây mê: 01 bác sỹ gây mê; 01 phụ mê.
- Kíp dụng cụ và chạy ngoài: 01 điều dưỡng dụng cụ; 01 điều dưỡng chạy ngoài; 01 hộ lý

2. 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, 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.

3. Phương tiện

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ tiêm chất làm đầy
- Chất làm đầy hyaluronic acid

4. Thời gian phẫu thuật:Từ 1 -3 giờ

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: nằm ngửa

2. Vô cảm: tê tại chỗ

3. Kỹ thuật:

- Thiết kế sơ đồ tiêm ở vùng cần độn.
- Kiểm tra kim không tiêm vào mạch máu.
- Dùng kim chuyên biệt tiêm chất làm đầy độn mô.
- Kiểm tra, cân chỉnh cho cân đối.
- Massage nhẹ nhàng vùng tiêm.

VI. THEO DÕI CÁC TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG VÀ NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ

- Tai biến của gây tê/mê. Xử trí: hồi sức và theo dõi tại phòng hồi sức.

+ Chảy máu: mở qua đường rạch cũ, cầm máu kỹ, đặt dẫn lưu, băng ép.

+ Nhiễm trùng: mở qua đường rạch cũ, lấy bỏ chất độn, làm sạch, dẫn lưu.

- Dị ứng chất liệu: mở qua các đường nhăn da, lấy bỏ toàn bộ chất liệu.
- Tắc mạch. Xử trí: theo thương tổn.

CẮT U PHẦN MỀM VÙNG CỔ

I. ĐỊNH NGHĨA

Cắt u phần mềm vùng cổ là cắt u tại vùng cổ.

II. CHỈ ĐỊNH

U vùng cổ.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Các tình trạng toàn thân tại chỗ không cho phép phẫu thuật, các bệnh toàn thân…

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ chuyên khoa Phẫu thuật Tạo hình: 03
- Bác sỹ gây mê: 01
- Điều dưỡng phụ mê: 01
- Điều dưỡng dụng cụ: 01
- Điều dưỡng chạy ngoài: 01
- Bác sỹ hồi tỉnh: 01
- Điều dưỡng hồi tỉnh: 01
- Nhân viên vệ sinh: 01

2. Người bệnh

- Làm bệnh án đầy đủ theo quy định
- Làm đầy đủ các xét nghiệm cơ bản, xét nghiệm chuyên sâu, Xquang phổi, siêu âm bụng, Xquang mặt, Xquang vùng tổn thương, phim CT scanner, MRI, phim chụp mạch…
- Khám và hội chẩn liên chuyên khoa để phối hợp điều trị trước, trong và sau mổ nếu cần: Tăng đường huyết, rối loạn đông máu, cao huyết áp…
- Chuẩn bị trước mổ theo quy trình Ngoại khoa chung: Kháng sinh, nhịn ăn vệ sinh thân thể, cạo lông, tóc…
- Phẫu thuật viên gặp gỡ người bệnh và gia đình để giải thích trước mổ về tình trạng bệnh tật, kế hoạch điều trị, khả năng phẫu thuật, tỷ lệ thành công, những khó khăn, thuận lợi, tai biến, di chứng có thể gặp trong quá trình điều trị; đồng thời lắng nghe và giải đáp những thắc mắc của người bệnh và gia đình về những vấn đề liên quan đến chuyên môn (trong phạm vi cho phép).
- Sau khi nghe bác sỹ giải thích và giải đáp các thắc mắc, người bệnh và gia đình phải ký cam đoan mổ vào hồ sơ, đã hiểu và chấp nhận những nguy cơ, rủi ro có thể xảy ra trước, trong và sau mổ.

3. Phương tiện

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình, bộ dụng cụ phẫu thuật mạch máu
- Bộ dụng cụ phẫu thuật hàm mặt
- Gạc mỡ, băng chun
- Kính lúp

4. Thời gian phẫu thuật: 4 - 6 giờ

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: Người bệnh nằm ngửa, đầu thẳng hoặc nghiêng bên đối diện

2. Vô cảm: Gây tê tại chỗ hoặc gây mê nội khí quản

3. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Sát trùng trải toan
- Thiết kế đường rạch da (ngắn nhất, kín đáo, theo nếp gấp tự nhiên)
- Gây tê tại chỗ đường rạch (Lidocain và Adrenalin 1/100000)
- Rạch da theo đường thiết kế

- Phẫu tích các lớp đến u, tránh tổn thương các thành phần quan trọng (mạch máu, thần kinh, ống tuyến nước bọt…)
- Cắt một phần hoặc toàn bộ u nếu có thể
- Sinh thiết tức thì nếu nghi ngờ ác tính
- Bơm rửa, cầm máu kỹ
- Đặt dẫn lưu vết mổ
- Khâu vết mổ theo các lớp giải phẫu
- Băng ép
- Gửi giải phẫu bệnh khối u

VI. BIẾNCHỨNG, DI CHỨNG

1. Theo dõi: Dẫn lưu rút sau 48 giờ nếu ra ít

2. Biến chứng và chăm sóc

- Các dấu hiệu sinh tồn: Mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở
- Chảy máu vết mổ: Băng ép chặt hoặc mổ lại cầm máu
- Nhiễm trùng vết mổ: Kháng sinh và thay băng tại chỗ
- Tổn thương mạch máu, thần kinh
- Các tai biến liên quan đến bệnh phối hợp: tăng đường huyết, tăng huyết áp….

CẮT NƠVI SẮC TỐ VÙNG HÀM MẶT

I. ĐỊNH NGHĨA

Nơvi sắc tố là những u sắc tố bẩm sinh, đặc trưng bởi sự quá phát của tế bào có chứa melanin nằm trong lớp tế bào đáy, thường lành tính nhưng cũng có thể ác tính.

II. CHỈ ĐỊNH

Nơvi sắc tố vùng hàm mặt.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Các tình trạng toàn thân tại chỗ không cho phép phẫu thuật, các bệnh toàn thân…

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ chuyên khoa Phẫu thuật Tạo hình: 03
- Bác sỹ gây mê: 01
- Điều dưỡng phụ mê: 01
- Điều dưỡng dụng cụ: 01
- Điều dưỡng chạy ngoài: 01
- Bác sỹ hồi tỉnh: 01
- Điều dưỡng hồi tỉnh: 01
- Nhân viên vệ sinh: 01

2. Người bệnh

- Làm bệnh án đầy đủ theo quy định
- Làm đầy đủ các xét nghiệm cơ bản, xét nghiệm chuyên sâu, Xquang phổi, siêu âm bụng, Xquang mặt, Xquang vùng tổn thương, phim CT scanner, MRI, phim chụp mạch…
- Khám và hội chẩn liên chuyên khoa để phối hợp điều trị trước, trong và sau mổ nếu cần: Tăng đường huyết, rối loạn đông máu, cao huyết áp…
- Chuẩn bị trước mổ theo quy trình Ngoại khoa chung: Kháng sinh, nhịn ăn vệ sinh thân thể, cạo lông, tóc…
- Phẫu thuật viên gặp gỡ người bệnh và gia đình để giải thích trước mổ về tình trạng bệnh tật, kế hoạch điều trị, khả năng phẫu thuật, tỷ lệ thành công, những khó khăn, thuận lợi, tai biến, di chứng có thể gặp trong quá trình điều trị; đồng thời lắng nghe và giải đáp những thắc mắc của người bệnh và gia đình về những vấn đề liên quan đến chuyên môn (trong phạm vi cho phép).
- Sau khi nghe bác sỹ giải thích và giải đáp các thắc mắc, người bệnh và gia đình phải ký cam đoan mổ vào hồ sơ, đã hiểu và chấp nhận những nguy cơ, rủi ro có thể xảy ra trước, trong và sau mổ.

3. Phương tiện

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tạo hình
- Bộ dụng cụ phẫu thuật hàm mặt
- Gạc mỡ, băng chun
- Kính lúp

4. Thời gian phẫu thuật: 4 - 6 giờ

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: Người bệnh nằm ngửa, đầu thẳng hoặc nghiêng bên đối diện

2. Vô cảm: Gây tê tại chỗ hoặc gây mê nội khí quản

3. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Sát trùng trải toan

- Thiết kế đường rạch da quanh u, theo nếp gấp tự nhiên. Tùy thuộc kích thước u mà đường rạch có thể vòng quanh chu vi hoặc bao gồm một phần u
- Gây tê tại chỗ đường rạch (Lidocain và Adrenalin 1/100000)
- Rạch da theo đường thiết kế
- Sinh thiết tức thì nếu nghi ngờ ác tính
- Cắt một phần hoặc toàn bộ u nếu có thể
- Bơm rửa, cầm máu kỹ
- Khâu đóng vết mổ
- Băng ép
- Gửi giải phẫu bệnh khối u

VI. BIẾN CHỨNG, DI CHỨNG

1. Theo dõi: Thay băng, cắt chỉ

2. Biến chứng và chăm sóc

- Các dấu hiệu sinh tồn: Mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở
- Chảy máu vết mổ: Băng ép chặt hoặc mổ lại cầm máu
- Nhiễm trùng vết mổ: Kháng sinh và thay băng tại chỗ
- Tổn thương mạch máu, thần kinh
- Các tai biến liên quan đến bệnh phối hợp: tăng đường huyết, tăng huyết áp…

PHẦN 2:
UNG BƯỚU

PHẪU THUẬT CẮT U NANG VÙNG CỔ

I. ĐẠI CƯƠNG

Khối u nang vùng cổ được phân nhóm theo vị trí. Bao gồm khối u vùng cổ giữa và khối u vùng cổ bên.

* Khối u vùng cổ giữa bao gồm:

- U nang giáp móng (nang, ống giáp lưỡi) hay gặp nhất.
- U nang biểu bì: Thường nằm ở vùng dưới cằm không di động phẫu thuật dễ dàng, rạch mổ lấy nang.
- U nang tuyến ức: ít gặp hơn.

* Khối u nang vùng cổ bên:

Chủ yếu là nang khe mang nhưng hay gặp nhất dị tật xuất phát từ khe mang thứ 2 sau đó là khe mang thứ 3. Nang khe mang thứ 4 cũng đã được phỏng đoán nhưng chưa được chứng minh về phương diện lâm sàng.

Vị trí nang khe mang thứ 2 nằm dọc từ 1/3 phía trên xuống giữa cơ ức đòn chũm, nang khe mang thứ 3 nằm dọc từ giữa xuống 1/3 dưới cơ ức đòn chũm. Tại những vị trí này một đường dẫn tới xoang hoặc đường dò có lỗ bên ngoài.

* Trong bài viết này chúng tôi xin trình bày "phẫu thuật cắt u nang khe mang thứ 2 và thứ 3".

II. CHỈ ĐỊNH

Phẫu thuật cắt bỏ nang khe mang khi nang không bị nhiễm trùng.

Nếu nang bị nhiễm trùng thì dùng kháng sinh cho người bệnh và trì hoãn quá trình phẫu thuật cho đến khi nang trở lại bình thường.

Nếu nhiễm trùng, áp xe hóa thì rạch dẫn lưu trước chăm sóc đến khi lành. Siêu âm lại, theo dõi nếu tái phát sẽ mổ lấy trọn.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh già yếu, suy tim, suy thận nặng không có khả năng chịu đựng được phẫu thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Phẫu thuật viên chuyên khoa đầu cổ, có kiến thức vững vàng về giải phẫu sinh lý chức năng vùng cổ. Cần một phẫu thuật viên và một phụ mổ có kinh nghiệm.

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ phẫu thuật phần mềm
- Phương tiện vô cảm: Nội khí quản

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm: Gây mê nội khí quản.

2. Tư thế người bệnh: Người bệnh được đặt ở tư thế nằm ngửa, mặt nghiêng về bên lành, độn một gối mỏng ở vùng vai cổ bên bị bệnh để bộc lộ toàn bộ vùng cổ bên bị bệnh. Phẫu thuật viên đứng phía bên mổ. Phụ mổ đứng bên đối diện.

3. Kỹ thuật

Thì một: Đường rạch da

Thường rạch nang và định hướng vết rạch theo một nếp nhăn tự nhiên ở da.

Đường rạch dài hay ngắn phụ thuộc vào vị trí, kích thước khối u. Nếu cần rạch một lỗ bên ngoài thì nên tiến hành với một hình elíp nằm ngang.

Đường rạch qua da, tổ chức dưới da.

Thì hai: Bóc tách vạt da

Bóc tách vạt da 2 phía trên và dưới. Nếu u to thì có thể tách rộng lên trên và

xuống phía dưới. Banh rộng trường mổ bằng khâu sợi chỉ kéo lên trên và xuống phía dưới hoặc bằng banh tự động.
Cần để lộ một khoảng lớn để tạo điều kiện cho việc xác định và bảo vệ các cấu trúc mạch và thần kinh quan trọng.

Thì ba: Phẫu thuật lấy u

Thường khối u tròn hay bầu dục, ranh giới r , mật độ căng và đàn hồi nằm dưới cân cổ giữa, dọc theo bờ trước cơ ức đòn chũm, trước bó mạch cảnh, thường hay dính vào tĩnh mạch cảnh trong. Bắt đầu, nang được chuyển từ mép trước và mặt giữa của cơ ức đòn chũm. Cần hết sức chú ý để tránh gây tổn thương cho các nhánh dây thần kinh gai sống. Ở giữa nang được chuyển trong khu vực bao mạch cảnh. Phẫu tích lấy gọn u tránh làm rách vỏ bao khối u. Nếu có đường dò thì phải cắt đường dò.

Thì bốn: Phẫu thuật cắt đường dò

Phải xác định đường dò, cắt thêm về phía trên ở khu vực phân nhánh mạch cảnh. Xác định và bảo vệ dây thần kinh hạ thiệt và quai dây thần kinh cổ. Có một số tĩnh mạch ở khu vực dây thần kinh hạ thiệt, chúng phải được kiểm soát một cách chính xác. Để tạo thuận lợi cho việc cắt tại khu vực này, hãy di chuyển bụng sau của cơ nhị thân và kéo nó lên phía trên.

Sau khi đường dò được di chuyển tại khu vực chia nhánh mạch cảnh, có thể lần theo nó tới họng. Một đường dò khe thứ 2 đi qua giữa các động mạch cảnh trong và cảnh ngoài. Trên thần kinh hạ thiệt và thiệt hầu. Một đường dò khe thứ 3 nằm sau bên động mạch cảnh trong. Nó nằm ở phía trước dây thần kinh phế vị và trên dây thần kinh hạ thiệt. Sau đó đường dò nằm giữa hệ thống động mạch cảnh do nó kéo dài về phía bên xoang lê. Quá trình cắt tỉ mỉ cho phép xác định và bảo vệ các cấu trúc này khi di chuyển đường dò.

Cuối cùng trong quá trình cắt là tách đường dò khỏi phía bên của hầu. Có thể cần phải cắt một phần niêm mạc nhỏ trong hốc Amiđan (khe thứ 2) hoặc xoang lê (khe thứ 3). Đặc biệt nếu cần rạch một lỗ bên trong.

Thì năm: Cầm máu và khâu vết mổ

Cầm máu kỹ, rửa sạch vết mổ, đặt 1 sonde dẫn lưu ở vị trí sâu so với cơ da cổ. Đóng vết mổ theo các lớp giải phẫu (chỉ tự tiêu), khâu da mũi rời. Chăm sóc dẫn lưu. Rút dẫn lưu khi không còn dịch chảy ra, thông thường rút sau 72 giờ.

VI. THEO DÕI TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu: Do cầm máu không kỹ.

Xử trí: Mổ lại cầm máu.

- Nhiễm trùng vết mổ.

Xử trí: Dùng kháng sinh theo kháng sinh đồ, chăm sóc vết mổ hàng ngày.

**** Ghi chú:***

Cắt bỏ hoàn toàn nang và đường dò là việc rất cần thiết để ngăn việc chúng tái phát.

- Tránh phẫu thuật trên nang đang bị nhiễm trùng.
- Nên tránh rạch và hút dịch.

PHẪU THUẬT CẮT U VÀ RÒ CỦA NANG GIÁP MÓNG (phẫu thuật SISTRUNK)

I. ĐẠI CƯƠNG

- U nang giáp móng là những khối u bẩm sinh của ống giáp lưỡi. Thông thường, ống giáp lưỡi teo đi thành một dải xơ sau khi sinh, nhưng do sự phát triển không bình thường ống giáp lưỡi phát triển thành nang, trong chứa dịch nhầy vàng nhạt có váng mỡ hay màu trắng đục.
- Các khối u này nằm lâu không có biểu hiện gì nhưng cũng có thể viêm nhiễm làm xuất hiện một vùng sưng, nóng, đỏ, đau ở giữa, dưới xương móng. Có thể tiến triển trở lại bình thường sau khi điều trị bằng kháng sinh, nhưng có những đợt tái phát, tiếp theo đó là rò và chảy mủ. Mủ hết rồi lại có, bị rò đi rò lại, giữa các giai đoạn lỗ rò có vẻ "khô". Khám lâm sàng hay chụp Xquang có bơm thuốc cản quang có thể thấy khối u hoặc đường rò ở dưới và trên xương móng. Nếu rò thì cho que thăm có thể đến được dễ dàng. Có khi dùng gương nhỏ có thể nhìn thấy được lỗ rò nông, lõm vào ở ngang mức V lưỡi.

II. CHỈ ĐỊNH

- Theo nghiên cứu của Trufe: chỉ có phẫu thuật cắt bỏ mới cho kết quả khỏi vĩnh viễn, phải cắt bỏ được toàn bộ, nếu không sẽ bị tái phát.
- Các biện pháp khác như chọc hút, bơm thuốc, dùng thuốc đều không khỏi.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Thường không có chống chỉ định tuyệt đối

IV.CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: bác sĩ phẫu thuật đầu - cổ

2. Phương tiện: phòng phẫu thuật, gây mê hồi sức, dụng cụ phẫu thuật.

3. Người bệnh: được kiểm tra toàn thân, xét nghiệm cơ bản. Nếu đang tình trạng viêm cấp nên dùng kháng sinh trước phẫu thuật.

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm: gây mê nội khí quản, không nên gây tê vì không đủ và đau

2. Tư thế ngọời bệnh: nằm ngửa, đầu ngửa ra phía sau, cổ duỗi đến tối đa bằng cách lót 1 cái gối vào phía 2 vai và phần dưới của cổ.

3. Đường vào - Đường rạch: rạch ngang phía trước u, nếu có rò rạch vòng quanh lỗ rò và rộng hơn lỗ rò

4. Kỹ thuật

- Rạch đứt da, tổ chức mỡ dưới da, cơ bám da cổ. Bóc tách tỉ mỉ mảnh da quanh u hay viền da quanh lỗ rò, sau khi tách xong cặp nó bằng 1 cái kẹp. Dùng que thăm đưa vào trong đường rò, giúp ta kiểm tra bằng ngón tay trong quá trình bóc tách sau khi đã cắt dọc cân. Dùng kéo nhỏ, cắt và tách về phía trên theo hướng xương móng, u giáp móng hay ống dò dần dần được bóc tách và kéo ra khỏi các thớ cơ dưới móng. Tiếp tục bóc tách cho đến xương móng và chạm vào xương móng, bóc tách vòng quanh xương đó.
- Rạch theo đường thẳng đứng các cân và cơ dài 1cm trên và dưới xương. Bóc sạch xương, để đi vào ống giáp lưỡi, cắt xương bằng kéo to, bên phải hoặc bên trái đường rò, banh 2 mảnh xương tách ống giáp lưỡi ra khỏi xương, tiếp tục bóc tách vài milimét nữa.
- Dùng kẹp để giữ xương rồi lấy kéo to cắt 1 đoạn xương (thân xương móng) dài 1 cm. Lúc đó là ống giáp lưỡi được giải phóng. Tiếp tục phẫu tích, vừa làm vừa kiểm tra bằng que thăm, càng sâu càng tốt trong đáy lưỡi, trong lúc người phụ banh vết mổ bằng những banh nhỏ hai bên có mảnh xương và các cơ, cân dính vào xương.

- Phẫu thuật viên (hoặc người phụ 2) thò ngón tay vào trong miệng, ấn vào đỉnh V của lưỡi. Phải bóc tách được toàn bộ nang hay ống rò
- Nếu thấy đã cùng đường của ống giáp lưỡi, luồn một sợi chỉ lin ở đáy và cắt cuống, toàn bộ phần đã bóc tách được lấy ra.
- Cầm máu, kéo khít 2 mảnh xương móng, bằng cách luồn sát 2 vòng Catgut, hay chỉ Safil (1.0) xuyên vào các thớ cơ. Đặt 1 ống dẫn lưu nhỏ vào chổ trống của ống giáp lưỡi.
- Khâu cân theo đường thẳng đứng, khâu lớp nông theo chiều ngang. Khâu da, cố định dẫn lưu.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi mạch, huyết áp cho tới khi tỉnh rút ống nội khí quản
- Theo dõi sau phẫu thuật: nếu nhiễm trùng, cho dùng kháng sinh

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Nhiễm trùng
- Tái phát
- Chảy máu sau mổ là tai biến nặng nề vì gây khó thở nhanh vì máu tụ chèn vào đáy lưỡi gây chèn ép, khó thở cần khai khí đạo để đặt nội khí quản để gây mê cầm máu lại.

PHẪU THUẬT TOÀN BỘ TUYẾN GIÁP TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ

I. ĐẠI CƯƠNG

Trong điều trị ung thư tuyến giáp, phẫu thuật đóng vai trò then chốt. Tùy vào từng trường hợp cụ thể mà có chỉ định phẫu thuật thích hợp hoặc kèm theo điều trị bổ trợ bằng I 131 hoặc tia xạ ngoài

Phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp là chỉ định phổ biến trong điều trị ung thư tuyến giáp thể biệt hoá và tất cả các thế giải phẫu bệnh khác.

II. CHỈ ĐỊNH

Chỉ định phẫu thuật cắt bỏ tuyến giáp toàn bộ theo các yếu tố tiên lượng xấu:

- Tuổi > 40.
- Có tiền sử tiếp xúc với phóng xạ
- Kích thước khối u > 4 cm
- Bệnh lý giải phẫu: Ung thư biểu mô biệt hóa, không biệt hoá
- Sự xâm lấn: nhiều ổ ung thư trong tuyến giáp
- Di căn hạch cổ
- Di căn xa (phổi, xương…)

Người bệnh chỉ cần có một trong những yếu tố trên thì có chỉ định phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh quá già yếu, u to xâm lấn vào thực quản, khí quản, không còn khả năng cắt toàn bộ tuyến giáp.

Người bệnh suy tim, suy thận nặng không có khả năng chịu được các phẫu thuật lớn.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: phẫu thuật viên tổng quát hoặc chuyên khoa, nắm vững về giải phẫu sinh lý tuyến giáp và các bộ phận liên quan như tuyến cận giáp, dây thần kinh quặt ngược… đồng thời phải có thời gian thực hành.

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ phẫu thuật tuyến giáp hoặc dụng cụ phẫu thuật phần mềm
- Phương tiện gây mê nội khí quản.

3. Hồ sơ bệnh án: theo quy định của Bộ Y tế (chú ý các xét nghiệm về nội tiết của tuyến giáp)

V.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế người bệnh

Nằm ngửa, cổ ngửa đến tối đa bằng cách lót gối vào dưới 2 vai và phần dưới của cổ.

2. Vô cảm: gây mê nội khí quản.

3. Đường rạch: hình chữ U, đáy quay xuống dưới, cách phía trên hõm ức 2 cm, có thể kéo dài lên 2 bên 5-6 cm theo bờ ngoài cơ ức đòn chũm hoặc rạch theo nếp lằn cổ. Đường rạch qua da, tổ chức dưới da và cân cơ cổ nông, cầm máu bằng dao điện lưỡng cực.

4. Bóc tách vạt da đến bờ dưới sụn giáp. Thắt các tĩnh mạch cảnh trước, banh rộng trường mổ bằng cách khâu sợi chỉ kéo lên trên hoặc dùng banh tự động.

5. Bộc lộ tuyến giáp

Mở dọc chính giữa theo các thớ cơ của cơ ức đòn móng, tiếp theo là cơ ức giáp. Thường cơ ức giáp dính vào bao tuyến giáp, nếu u quá to có thể cắt ngang qua thớ cơ này.

Bộc lộ tuyến giáp sau các cơ dưới móng bằng banh Farabeuf. Buộc cầm máu các tĩnh mạch cổ trước. Toàn bộ tuyến giáp được bộc lộ và có thể đánh giá tổn

thương bằng tay.

6. Cắt toàn bộ thùy tuyến giáp

Cần chú ý 2 thành phần: dây thần kinh quặt ngược và tuyến cận giáp. 2 thành phần này đều có liên quan đến động mạch giáp dưới.

Thì 1: bóc tách để giải phóng cực dưới của tuyến giáp. Kéo nhẹ nhàng cực dưới bằng một sợi chỉ khâu hoặc bằng banh Farabeuf. Bóc tách cực dưới của thùy tuyến giáp tời khi nhìn thấy dây thần kinh quặt ngược đi vào dưới, trên hoặc giữa của các nhánh chia động mạch giáp dưới. Buộc các tĩnh mạch giáp dưới và những động mạch nuôi dưỡng nhu mô tuyến giáp. Cũng tại vị trí này phải chú trọng tới tuyến cận giáp dưới ngay bờ cực dưới của tuyến giáp và bóc tách chúng ra khỏi tuyến giáp. Dây thần kinh quặt ngược được thấy rất rõ, dừng lại đó để bóc tách, giải phóng cực trên tuyến giáp.

Thì 2: bóc tách cực trên tuyến giáp. Buộc riêng từng nhánh chia của động mạch giáp trên và các tĩnh mạch tiếp xúc với nhu mô tuyến giáp. Đây là biện pháp tốt nhất để tránh cắt vào thần kinh thanh quản trên. Bắt đầu buộc từ các mạch máu phía trước trong, sau đó là các mạch máu nông để có thể giải phóng được cực trên nhánh này có thể chia nhánh để nuôi tuyến cận giáp trên. Tuy nhiên, các tổn thương lan rộng không thể bóc tách để phân chia các nhánh của động mạch giáp trên thì bắt buộc phải buộc cả động mạch giáp trên. Sau đó gạt thùy tuyến giáp vào trong, lúc đó sẽ cho phép nhìn rõ và bóc tách thần kinh quặt ngược và tuyến cận giáp.

Thì 3: phẫu tích thần kinh quặt ngược.

Thì này rất quan trọng vì nó đi cùng với sự phẫu tích bảo tồn tuyến cận giáp và các mach máu nuôi dưỡng chúng.

Khi nhìn thấy dây thần kinh quặt ngược thì phẫu tích thận trọng. Bóc tách thần kinh quặt ngược bằng gạc tốt hơn là bằng dụng cụ. Dùng banh Farabeuf kéo nhẹ các thành phần của máng cảnh và tĩnh mạch cảnh trong ra phía ngoài.

* Ở bên phải, đường đi của dây thần kinh quặt ngược đi chéo từ ngoài vào trong và từ thấp lên cao, đi sát vào khí quản khi nó ở ngang mức với động mạch giáp dưới.

* Ở bên trái, thần kinh quặt ngược ở trong rãnh khí-thực quản, ở nông khi nó ở vị trí giữa các nhánh chia của động mạch giáp dưới.

Phẫu tích dây thần kinh quặt ngược cho tới khi đầu trên của nó đi vào thanh quản. Phẫu tích bằng 1 pince đầu nhỏ và tù đầu, tách thần kinh quặt ngược ra khỏi các tổ chức phía trên (chỗ đi vào thanh quản) thì không nên dùng pince mà dung mũi dao, tách nhẹ phần nhu mô tuyến giáp dính vào thần kinh và sụn giáp. Với cách này sang chấn thần kinh quặt ngược rất ít.

Phẫu tích toàn bộ thần kinh quặt ngược đôi khi rất khó khăn, đặc biệt là ở phần cao, trước khi thần kinh quặt ngược đi vào thanh quản, ở đó là nơi tiếp giáp giữa bao tuyến giáp và dây chằng Gruber.

Khi phẫu tích, cầm máu bằng dao điện lưỡng cực hoặc bằng chỉ 5.0, khi đã nhìn rõ dây thần kinh quặt ngược. Trước tiên cần phải đánh dấu vị trí các tuyến cận giáp, đặc biệt ở phía trên khi phẫu tích dây thần kinh quặt ngược, buộc tất cả các mạch máu thật sát nhu mô tuyến giáp. Thích hợp nhất là buộc các mạch máu đã chia nhánh của động mạch giáp dưới bằng chỉ 5.0 không tiêu hoặc bằng dao điện lưỡng cực để tránh nguy cơ chảy máu sau mổ.

Tiếp theo là bóc tách eo tuyến giáp ra khỏi khí quản, chú ý cắt hết cả thùy tháp của tuyến giáp, cầm máu mao mạch phía trước khí quản bằng dao điện lưỡng cực.

V. THEO DÕI TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Liệt dây thanh âm

- Liệt dây thanh âm tạm thời: người bệnh bị khan tiếng nhẹ, giọng thay đổi nhưng vẫn nói được tốt. Các triệu chwungs giảm dần và hết.
Khám: soi thanh quản gián tiếp và trực tiếp, thấy dây thanh âm bên liệt di động hạn chế.
- Liệt dây thanh âm vĩnh viễn: do cắt đứt dây thần kinh quạt ngược. Người bệnh nói khàn nặng hoặc mất tiếng hoặc có thể khó thở sau rút ống nội khí quản. Không phục hồi giọng nói trở về bình thường.
- Xử trí tai biến do đứt dây thần kinh quặt ngược khi phẫu tích, do u to xâm lấn phải tìm 2 đầu nối lại, dùng chỉ nhỏ 6-0, khâu 2 đầu vỏ bao thần kinh lại với nhau.

2. Suy tuyến cận giáp sau mổ

- Ngay ngày hậu phẫu đầu tiên có thể xuất hiện cơn Tetani do suy tuyến cận giáp.
Xử trí điều trị cơn tetani bằng Canxi Clorua 1g tiêm tĩnh mạch. Sau đó nên sử dụng ngay Vitamin D3, thông thường sử dụng Rocaltrol dùng với liều 0,25 mg. Nếu cơn Tetani không giảm sẽ tăng liều lên 0,5-0,75 mg. Các triệu chứng sẽ giảm dần, cơn thưa dần và sẽ hết. Phối hợp Rocaltrol với Canxi đường uống 1000 mg/ngày sẽ tác dụng nhanh hơn.
- Lưu ý trong khi phẫu thuật, khi không giữ được các cuống mạch nuôi tuyến cận giáp nên cấy tuyến cận giáp.
* Kỹ thuật: khi tách rời tuyến cận giáp, ngâm ngay vào dung dịch nước muối sinh lý hoặc tốt nhất là dung dịch Waymouth trong 30 phút. Cắt chúng ra làm 4 hoặc 5 mảnh, sau đó cấy các mảnh tuyến cận giáp vào cơ ngửa dài cánh tay, cơ ức đòn chũm hoặc cơ ngực lớn. Tách các thớ cơ theo chiều dọc và đưa các mảnh tuyến cận giáp vào và khâu lại bằng chỉ không tiêu.

3. Các tai biến khác: chảy máu, khó thở….
- Chảy máu: Mổ lại cầm máu
- Khó thở: Do xẹp khí quản hay đứt dây thần kinh quặt ngược phải mở khí quản.
- Xẹp khí quản: do u to chèn ép lâu ngày. Nếu lưu ống nội khí quản 2-3 ngày.
Rút và theo dõi sau đó

PHẪU THUẬT CẮT MỘT THÙY GIÁP TRẠNG

I. ĐẠI CƯƠNG

- Tuyến giáp là một tuyến nội tiết, nằm ở phần khí quản cổ, có 2 thuỳ phải và trái, nối với nhau bởi một eo tuyết giáp, có một phần tuyến giáp hình tam giác lên trên gọi là thuỳ tháp.
- Động mạch có 2 động mạch chính nuôi tuyến giáp.

+ Động mạch giáp trên: Xuất phát từ động mạch cảnh ngoài.
+ Động mạch giáp dưới xuất phát từ động mạch thân giáp cổ.

Ngoài ra có thể có động mạch giáp giữa từ thân động mạch tay đầu hay cung động mạch chủ đi lên phía trước khí quản vào eo giáp trạng.

- Tĩnh mạch tuyến giáp tạo nên đám rối ở mặt trước mỗi thuỳ, từ đó xuất phát các tĩnh mạch giáp trên và tĩnh mạch giáp giữa đổ vào tĩnh mạch cảnh trong

II. CHỈ ĐỊNH

- Bướu nhân kích thước lớn chiếm gần hết thuỳ giáp trạng hoặc bướu đa nhân trong thuỳ giáp.
- Khối u nang kích thước > 4cm hoặc bướu đa nang trong thuỳ giáp.
- Ung thư giáp trạng phát hiện sớm, kích thước nhỏ, ở những người tiên lượng tốt.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có u giáp trạng đang có dấu hiệu cường giáp, suy giáp.
- Người bệnh quá già yếu, người bệnh suy tim, suy thận nặng không có khả năng chịu đựng được phẫu thuật lớn.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: Phẫu thuật viên chuyên khoa đầu cổ, có kiến thức vững vàng về giải phẫu sinh lý chức năng tuyến giáp. Cần một phẫu thuật viên và hai phụ mổ có kinh nghiệm.

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ phẫu thuật phần mềm.
- Phương tiện vô cảm, nội khí quản.

3. Hồ sơ bệnh án

- Theo quy định của Bộ Y tế
- Chú ý mô tả khối u, kích thước, các bệnh toàn thân khác phối hợp nếu có (bệnh tim mạch, tiểu đường…).

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm: Nội khí quản.

2. Tư thế người bệnh

Người bệnh nằm ngửa, đầu ngửa ra sau, độn gối dưới vai để ưỡn cổ, đầu cao, chân thấp, mặt nhìn thẳng lên trần để đường rạch đi đúng giữa cổ, bọc tóc trong mũ.

3. Đường rạch da

- Đường rạch hình chữ "U", hoặc theo nếp lằn cổ, đáy quay xuống dưới, cách phía trên hõm ức 2cm. Hai đầu đường rạch sang tới 2 cơ ức đòn chũm kéo dài lên 2 bên 3-4 cm.
- Đường rạch qua da, tổ chức dưới da và cân cơ cổ nông.

4. Bóc tách vạt da

Bóc tách vạt da đến bờ trên sụn giáp và xuống tới hõm ức. Nếu U to thì có thể tách rộng lên cao. Banh rộng trường mổ bằng khâu sợi chỉ kéo lên trên hoặc bằng banh tự động.

5. Bộc lộ tuyến giáp

Mở dọc chính giữa theo các thớ của cơ ức đòn móng, tiếp theo là cơ ức giáp (thường cơ ức giáp dính vào bao tuyến giáp). Nếu u quá to có thể cắt ngang các thớ cơ này. Thường cắt ngang cơ dưới móng ở 1/3 trên để khỏi làm thương tổn thần kinh các cơ này. Bộc lộ tuyến giáp dưới các cơ dưới móng bằng banh Farabeuf. Buộc cầm máu các tĩnh mạch cổ trước. Toàn bộ tuyến giáp được bộc lộ và có thể đánh giá tổn thương bằng tay.

6. Cắt toàn bộ thuỳ tuyến giáp

Bất kể một phẫu thuật viên nào khi cắt toàn bộ thuỳ tuyến giáp đều phải chú ý tới hai thành phần: dây thần kinh quặt ngược và tuyến cận giáp. Hai thành phần trên đều có liên quan tới động mạch giáp dưới. Thông thường cắt thuỳ tuyến giáp chia làm 3 thì.

Thì một: Bóc tách để giải phóng cực dưới tuyến giáp. Kéo nhẹ nhàng cực dưới bằng một sợi chỉ khâu hoặc bằng 2 banh Farabeuf. Bóc tách cực dưới thuỳ tuyến giáp tới khi nhìn thấy dây quặt ngược đi vào dưới, trên hoặc giữa các nhánh của động mạch chia của động mạch giáp dưới. Buộc các tĩnh mạch giáp dưới và những động mạch nuôi dưỡng nhu mô tuyến giáp. Cũng tại vị trí này phải chú trọng tới tuyến cận giáp dưới ngay bờ cực dưới của tuyến giáp và bóc tách chúng ra khỏi tuyến giáp. Dây thần kinh quặt ngược thấy rất rõ, dừng lại ở đó để bóc tách giải phóng cực trên tuyến giáp.

Thì hai: Bóc tách cực trên tuyến giáp. Buộc riêng từng các nhánh chia của động mạch giáp trên và những tĩnh mạch tiếp xúc với nhu mô tuyến giáp. Đây biện pháp tốt nhất để tránh cắt phải thần kinh thanh quản trên. Bắt đầu buộc từ các mạch máu phía trước trong, sau đó là các mạng máu nông để có thể giải phóng được cực trên tuyến giáp. Nếu có thể, bảo tồn nhánh chia xuống dưới của động mạch giáp trên bởi vì nhánh này có thể chia nhánh để nuôi tuyến giáp trên. Tuy nhiên, các tổn thương lan rộng không thể bóc tách để phân chia các nhánh của động mạch giáp trên, lúc này bắt buộc phải buộc cả động mạch giáp trên. Sau đó gạt thuỳ tuyến giáp vào trong, lúc đó sẽ cho phép nhìn rõ bóc tách thần kinh quặt ngược và tuyến giáp cận giáp.

Thì ba: Phẫu tích dây thần kinh quặt ngược. Thì này là rất quan trọng vì nó đi cùng với sự phẫu tích bảo tồn tuyến cận giáp và các mạch máu nuôi dưỡng chúng. Khi nhìn thấy dây thần kinh quặt ngược thì phẫu tích thận trọng, nhưng thông thường là khá dễ dàng. Bóc tách thần kinh quặt ngược bằng gạc tốt hơn là bằng dụng cụ. Dùng banh Farabeuf kéo nhẹ các thành phần của máng cảnh và tĩnh mạch cảnh trong ra phía ngoài. Ở bên phải, đường đi của dây thần kinh quặt ngược đi chéo từ ngoài vào trong và từ thấp lên cao, đi sát vào khí quản khi nó ở ngang mức với động mạch giáp dưới. Ở bên trái, thần kinh quặt ngược trong khe khí thực quản, ở nông khi nó ở vị trí giữa các nhánh chia của động mạch giáp dưới.

Phẫn tích dây thần kinh quặt ngược cho tới khi đầu trên của nó đi vào thanh quản.

Phẫu tích với một pince nhỏ và tù đầu, tách thần kinh quặt ngược ra khỏi các tổ chức phía trên (chỗ đi vào thanh quản) thì không nên dùng pince mà nên dùng mũi dao, tách nhẹ phần nhu mô tuyến giáp dính vào thần kinh và sụn giáp, với cách này sang chấn với thần kinh quặt ngược là rất ít. Phẫu tích toàn bộ dây thần kinh quặt ngược đôi khi rất khó khăn, đặc biệt là ở phần cao, trước khi thần kinh quặt ngược đi vào thanh quản, đó là nơi tiếp giáp với dây chằng Gruber. Trong phẫu thuật, khi đã nhìn rõ dây thần kinh quặt ngược nên cầm máu bằng dao điện lưỡng cực hoặc chỉ 5-0. Trước tiên cần phải đánh dấu vị trí các tuyến cận giáp, đặc biệt ở phía trên khi phẫu tích dây thần kinh quặt ngược. Buộc tất cả các mạch máu đã chia nhánh của động mạch giáp dưới bằng chỉ 5-0 không tiêu hoặc bằng dao điện lưỡng cực để tránh các nguy cơ chảy máu sau mổ. Tiếp theo là bóc tách eo của tuyến giáp ra khỏi khí quản, chú ý cắt hết cả thuỳ tháp của tuyến giáp, cầm máu mao mạch phía trước khí quản bằng dao điện lưỡng cực.

- Cầm máu kỹ:
Đặt 1 Sonde dẫn lưu, đóng vết mổ theo các lớp giải phẫu. Rút dẫn lưu sau khi dịch không còn chảy ra qua dẫn lưu, thông thường rút dẫn lưu sau 72 giờ.

VI. THEO DÕI TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Chảy máu: Có thể chảy từ động mạch hoặc tĩnh mạch do khi mổ buộc cầm máu không tốt. Thường xuất hiện sau mổ trong vòng 4 - 6giờ, vết mổ nề căng ra dần, dẫn lưu ra máu đỏ tươi, máu thấm ướt đẫm băng. Nếu chảy máu nhiều chèn ép gây khó thở cấp tính.

2. ***Xử trí***: Cắt ngay chỉ khâu, lấy khối máu tụ rồi đưa ngay vào phòng mổ, đừng cố đặt ống nội khí quản vì lúc này khí quản bị đẩy lệch và có thể xẹp do khối máu tụ, mổ lại cầm máu.

3. 2. Tổn thương dây thần kinh quặt ngược: Bằng cách xem giọng nói có thay đổi không.

4. ***Xử trí***: Nếu đứt dây thần kinh quặt ngược thì mổ lại nối dây thần kinh.

CẮT ĐOẠN ĐẠI TRÀNG NGANG DO UNG THƯ VÉT HẠCH HỆ THỐNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật cắt đoạn đại tràng ngang và phần mạc treo tương ứng có thể lập lại lưu thông tiêu hóa 1 thì hoặc làm hậu môn nhân tạo tạm thời

II. CHỈ ĐỊNH

- Ung thư đoạn đại tràng ngang
- Chỉ định tương đối: U xâm lấn rộng hoặc di căn xa như di căn phúc mạc, di căn gan đa ổ

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Có bệnh phối hợp nặng hoặc tình trạng già yếu, toàn thân suy kiệt

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: Phẫu thuật viên tiêu hóa

2. Phương tiện: Bộ dụng cụ đại phẫu thuật, điều kiện cơ sở cho phép

3. Người bệnh

- Tư vấn và giải thích cho người bệnh sự cần thiết phải phẫu thuật.
- Làm các xét nghiệm cơ bản máu và nước tiểu, siêu âm bụng, chụp phổi, điện tim đồ, chụp hoặc soi đại tràng, soi dạ dày, chụp hệ tiết niệu có cản quang tĩnh mạch khi nghi ngờ xâm lấn cơ quan lân cận
- Bù dịch, đạm, máu
- Chuẩn bị đại tràng 3-5 ngày trước phẫu thuật:

+ Chế độ ăn không chất bã: sữa, nước cháo
+ Kháng sinh đường ruột: Flagyl trong 3 ngày
+ Thụt thào hàng ngày sang, chiều
+ Uống thuốc tẩy ngày hôm trước trong 2- 4 giờ 3 gói Fortrans: không dùng cho bệnh trường hợp người bệnh có hội chứng bán tắc ruột:

Trước phẫu thuật 3 ngày: nhịn ăn, truyền tĩnh mạch, thụt tháo ngày 2 lần. Có thể dùng thuốc tẩy ruột nhưng phải cân nhắc và theo dõi kỹ người bệnh

4. Hồ sơ bệnh án

- Kiểm tra thủ tục hành chính
- Kiểm tra chỉ đinh
- Hỏi chẩn tiêu bản, thong qua mổ
- Các xét nghiệm cơ bản
- Các xét nghiệm chuyên sâu

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm: Mê nội khí quản (theo quy trình kỹ thuật gây mê)

2. Kỹ thuật

- Rạch da theo đường giữa dưới rốn vòng lên trên qua rốn
- Thăm dò vị trí, kích thước, di động u, xâm lấm tạng lân cận, di căn phúc mạc, di căn tạng.
- Cắt đại tràng bắt đầu bằng việc buộc thắt 2 đầu để cô lập u , phải cắt cách xa u tối thiểu 5 cm
- Kẹp, cắt các nhánh mạch đại tràng xích-ma 1,2 sát gốc. Các mạch được buộc kỹ 2 lần.
- Cắt bỏ đại tràng ngang cùng mạc treo tương ứng và các hạch đi kèm
- Các hạch được đánh dấu theo chặng và gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh
- Lập lại lưu thông tiêu hóa kiêu tận - tận hoặc bên - bên, phải đảm bảo 2 đầu miệng nối sạch, nuôi dưỡng tốt, không căng

- Khâu nối 1 lớp hoặc 2 lớp bằng tay hoặc nối máy
- Phục hồi mạc treo
- Cầm máu kỹ
- Đặt dẫn lưu ổ bụng dưới gan hoặc dưới lách
- Kiểm tra ổ bụng
- Đóng thành bụng sau khi kiểm tra đủ gạc, mercs và dụng cụ phẫu thuật

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Mạch, huyết áp, nhịp thở 1giờ/ lần trong 24 h đầu
- Hút sonde dạ dày, theo dõi dịch dẫn lưu
- Truyền dịch, đạm , máu, dung kháng sinh từ 5 - 7 ngày phối hợp 2 kháng sinh
- Cho ăn khi có trung tiện, lỏng sau đặc dần
- Ngồi dậy, đi lại sớm 24 h sau phẫu thuật.

Theo dõi biến chứng: tắc ruột sớm do dính, nghẹt ruột điều trị nội không kết quả phải mổ lại, viêm phúc mạc do bục miệng nối phải mổ lại đưa 2 đầu ruột ra ngoài làm hậu môn nhân tạo, chảy máu trong ổ bụng phải mổ lại cầm máu. Theo dõi định kỳ sau phẫu thuật: siêu âm, chụp phổi, CEA, soi đại tràng

CẮT ĐOẠN ĐẠI TRÀNG SIGMA DO UNG THƯ CÓ VÉT HẠCH HỆ THỐNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật cắt đoạn đại tràng sigma và phần mạc treo tương ứng, lập lại ngay lưu thông tiêu hóa hoặc làm hậu môn nhân tạo tạm thời.

II. CHỈ ĐỊNH

- Ung thư đoạn đại tràng sigma hoặc phần tiếp nối giữa đại tràng sigma và trực tràng
- Chỉ định tương đối: U xâm lấn rộng hoặc di căn xa nhiều di căn phúc mạc, di căn gan đa ổ

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- U xâm lấn quá rộng vào mạch máu lớn, tiểu khung thành sau
- Có bệnh phối hợp nặng hoặc tình trạng già yếu, toàn thân suy kiệt

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: Phẫu thuật viên tiêu hóa

2. Phương tiện: Bộ dụng cụ đại phẫu thuật, điều kiện cơ sở cho phép

3. Người bệnh

- Tư vấn và giải thích cho người bệnh sự cần thiết phải phẫu thuật
- Làm các xét nghiệm cơ bản máu và nước tiểu, siêu âm bụng, chụp phổi, điện tim đồ, chụp hoặc soi đại tràng, soi dạ dày, chụp hệ tiết niệu có cản quang tĩnh mạch khi nghi ngờ xâm lấn cơ quan lân cận
- Bù dịch, đạm, máu
- Chuẩn bị đại tràng 3-5 ngày trước phẫu thuật:

+ Chế độ ăn không chất bã: sữa, nước cháo
+ Kháng sinh đường ruột: Flagyl trong 3 ngày
+ Thụt thào hàng ngày sáng, chiều
+ Uống thuốc tẩy ngày hôm trước trong 2- 4 giờ 3 gói Fortrans: không dùng cho người bệnh có biểu hiện bán tắc, tắc ruột

Trường hợp người bệnh có hội chứng bán tắc ruột:
Trước phẫu thuật 3 ngày: nhịn ăn, truyền tĩnh mạch, thụt tháo ngày 2 lần. Có thể dùng thuốc tẩy ruột nhưng phải cân nhắc và theo dõi kỹ người bệnh

4. Hồ sơ bệnh án

- Kiểm tra thủ tục hành chính
- Kiểm tra chỉ đinh
- Hỏi chẩn tiêu bản, thong qua mổ
- Các xét nghiệm cơ bản
- Các xét nghiệm chuyên sâu

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1.Vô cảm: Mê nội khí quản (theo quy trình gây mê)

2. Kỹ thuật

- Rạch da theo đường giữa dưới rốn vòng lên trên qua rốn
- Thăm dò vị trí, kích thước, di động u, xâm lấm tạng lân cận, di căn phúc mạc, di căn tạng.
- Cắt đại tràng bắt đầu bằng việc buộc thắt 2 đầu để cô lập u
- Bóc mạc treo đại tràng sigma bộc lộ niệu quản trái, di động đại tràng sigma
- Kẹp, cắt các nhánh mạch đại tràng sigma. Các mạch được buộc kỹ 2 lần.
- Cắt bỏ đại tràng xích ma cùng mạc treo tương ứng và các hạch đi kèm
- Các hạch được đánh dấu theo chặng và gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh

- Lập laị lưu thông tiêu hóa kiêu tận- tận hoặc tận - bên, phải đảm bảo 2 đầu miệng nối sạch, nuôi dưỡng tốt, không căng; trong trường hợp bán tắc trước mổ có thể làm hậu môn nhân tạo tạm thời.
- Khâu nối 1 lớp hoặc 2 lớp bằng tay hoặc nối máy
- Kiểm tra miệng nối lưu thông tốt
- Phục hồi lại mạc treo đã cắt
- Cầm máu kỹ.
- Đặt dẫn lưu ở hố chậu trái.
- Kiểm tra đủ gạc, mercs và dụng cụ phẫu thuật
- Đóng thành bụng

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Mạch, huyết áp, nhịp thở 1giờ/ lần trong 24giờ đầu
- Hút sonde dạ dày, theo dõi dịch dẫn lưu
- Truyền dịch, đạm, máu, dùng kháng sinh từ 5 - 7 ngày phối hợp 2 kháng sinh
- Cho ăn khi có trung tiện, lỏng sau đặc dần
- Ngồi dậy, đi lại sớm 24 giờ sau phẫu thuật

Theo dõi biến chứng: tắc ruột sớm do dính, nghẹt ruột điều trị nội không kết quả phải mổ lại, viêm phúc mạc do bục miệng nối phải mổ lại đưa 2 đầu ruột ra ngoài làm hậu môn nhân tạo, chảy máu trong ổ bụng phải mổ lại cầm máu.

Theo dõi định kỳ sau phẫu thuật: siêu âm, chụp phổi, CEA, soi đại tràng

CẮT NỬA ĐẠI TRÀNG PHẢI DO UNG THƯ KÈM VÉT HẠCH HỆ THỐNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật cắt bỏ 1 đoạn cm hồi tràng, manh tràng, đại tràng lên, đại tràng góc gan và ½ phải đại tràng ngang và mạc treo tương ứng.

II. CHỈ ĐỊNH

Ung thư đại tràng phải từ góc hồi manh tràng đến đại tràng góc gan có hoặc chưa xâm lấn rộng, chưa di căn nhiều vị trí.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Xâm lấn tá tràng thân P, đầu tuỵ
- Di căn xa nhiều ổ + xâm lấn rộng
- Tình trạng toàn thân không cho phép.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: Phẫu thuật viên tiêu hóa

2. Phương tiện: Bộ dụng cụ đại phẫu thuật, điều kiện cơ sở cho phép

3. Người bệnh

- Tư vấn và giải thích cho người bệnh sự cần thiết phải can thiệp phẫu thuật
- Làm các xét nghiệm cơ bản máu và nước tiểu, siêu âm bụng, chụp phổi, điện tâm đồ, chụp hoặc soi đại tràng, soi dạ dày, chụp hệ tiết niệu có cản quang tĩnh mạch khi nghi ngờ xâm lấn cơ quan lân cận
- Bù dịch, đạm, máu
- Chuẩn bị đại tràng 3-5 ngày trước phẫu thuật:

+ Chế độ ăn không chất bã: sữa, nước cháo
+ Kháng sinh đường ruột: Flagyl trong 3 ngày
+ Thụt tháo hàng ngày sáng, chiều
+ Uống thuốc tẩy ngày hôm trước trong 2- 4 giờ 3 gói Fortrans: không dùng cho người bệnh có biểu hiện bán tắc hoặc tắc ruột
+ Đặt sonde tiểu trước khi gây mê

4. Hồ sơ bệnh án

- Kiểm tra thủ tục hành chính
- Kiểm tra chỉ đinh
- Hội chẩn tiêu bản, thông qua mổ
- Các xét nghiệm cơ bản
- Các xét nghiệm chuyên sâu

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: Người bệnh nằm ngửa

2. Vô cảm: Mê nội khí quản (theo quy trình gây mê)

3. Kỹ thuật

- Rạch da theo đường giữa trên dưới rốn
- Thăm dò vị trí, kích thước, di động u, xâm lấm tạng lân cận, di căn phúc mạc, di căn tạng.
- Cắt đại tràng bắt đầu bằng việc buộc thắt 2 đầu để cô lập u
- Bóc mạc Told phải từ manh tràng đến góc gan, cắt dây chằng gan-đại tràng, di động toàn bộ đại tràng phải
- Phẫu tích các nhóm hạch theo từng bó mạch nuôi đại tràng phải và hồi tràng vét hết hạch tới sát gốc mạch

- Kẹp, cắt các nhánh mạch hồi-manh tràng, đại tràng phải trên và đại tràng giữa. Các mạch được buộc kỹ 2 lần và sát gốc.
- Cắt bỏ đại tràng phải và 1 đoạn hồi tràng cùng mạc treo tương ứng và các hạch đi kèm
- Các hạch được đánh dấu theo chặng và gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh
- Phải bộc lộ r niệu quản phải và đoạn 3 tá tràng khi phẫu tích
- Lập lại lưu thông tiêu hóa bằng miệng nối tận tận hoặc tận bên hoặc bên bên bằng chỉ tiêu chậm hoặc không tiêu hoặc nối máy 1 hay 2 lớp
- Khâu phục hồi phúc mạc, cầm máu kỹ
- Lau bụng, đặt dẫn lưu bên phải bụng dưới gan
- Xếp lại ruột
- Đóng bụng 2 lớp sau khi kiểm tra đủ mercs, gạc và dụng cụ phẫu thuật

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Mạch, huyết áp, nhịp thở 1giờ/ lần trong 24 h đầu
- Hút sonde dạ dày, theo dõi dịch dẫn lưu
- Truyền dịch, đạm, máu, dùng kháng sinh từ 5 - 7 ngày có Metronidazol
- Cho ăn khi có trung tiện, lỏng sau đặc dần
- Ngồi dậy, đi lại sớm 24 h sau phẫu thuật

Theo dõi biến chứng: tắc ruột sớm điều trị nội không kết quả phải mổ lại, viêm phúc mạc do bục miệng nối phải mổ lại đưa 2 đầu ruột ra ngoài làm hậu môn nhân tạo, chảy máu trong ổ bụng phải mổ lại cầm máu

Theo dõi định kỳ sau phẫu thuật: siêu âm, chụp phổi, CEA, soi đại tràng

CẮT NỬA ĐẠI TRÀNG TRÁI DO UNG THƯ KÈM VÉT HẠCH HỆ THỐNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật cắt bỏ 1 đoạn đại tràng bao gồm một phần trái đại tràng ngang, đại tràng xuống và toàn bộ đại tràng sigma cùng mạc treo tương ứng.

II. CHỈ ĐỊNH

Ung thư đại tràng trái từ góc lách đến đoạn nối sigma- trực tràng chưa hoặc đã xâm lấn ra xung quang; có hoặc chưa có di căn xa nhiều vị trí.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Di căn xa nhiều vị trí, xâm lấn rộng vào các tạng như tuỵ, lách, thận… tình trạng toàn thân không cho phép.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: Phẫu thuật viên tiêu hóa

2. Phương tiện: Bộ dụng cụ đại phẫu thuật, điều kiện cơ sở cho phép

3. Người bệnh

- Tư vấn và giải thích cho người bệnh sự cần thiết phải phẫu thuật.
- Làm các xét nghiệm cơ bản máu và nước tiểu, siêu âm bụng, chụp phổi, điện tim đồ, chụp hoặc soi đại tràng, soi dạ dày, chụp hệ tiết niệu có cản quang tĩnh mạch khi nghi ngờ xâm lấn cơ quan lân cận
- Bù dịch, đạm, máu
- Chuẩn bị đại tràng 3-5 ngày trước phẫu thuật:

+ Chế độ ăn không chất bã: sữa, nước cháo
+ Kháng sinh đường ruột: Flagyl trong 3 ngày
+ Thụt thào hàng ngày sang, chiều
+ Uống thuốc tẩy ngày hôm trước trong 2- 4 giờ 3 gói Fortrans: không dung cho người bệnh có biểu hiện bán tắc, tắc ruột

4. Hồ sơ bệnh án

- Kiểm tra thủ tục hành chính
- Kiểm tra chỉ đinh
- Hỏi chẩn tiêu bản, thong qua mổ
- Các xét nghiệm cơ bản
- Các xét nghiệm chuyên sâu

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: Người bệnh nằm ngửa, đặt sonde tiểu

2. Vô cảm: Mê nội khí quản (theo quy trình gây mê nội khí quản)

3. Kỹ thuật:

- Rạch da theo đường giữa trên và dưới rốn
- Thăm dò vị trí, kích thước, di động u, xâm lấm tạng lân cận, di căn phúc mạc, di căn tạng.
- Cắt đại tràng bắt đầu bằng việc buộc thắt 2 đầu để cô lập u
- Bóc mạc Told trái từ sigma đến góc lách, cắt dây chằng lách-đại tràng, vị- đại tràng di động toàn bộ đại tràng phải
- Kẹp, phẫu tích động mạch mạc treo tràng dưới sát với D2 tá tràng, phẫu tích phúc mạc và hạch dọc theo hướng đi của động mạch mạc treo tràng dưới tới tận trực tràng cao.
- Cắt bỏ đại tràng trái cùng mạc treo tương ứng và các hạch đi kèm
- Các hạch được đánh dấu theo chặng và gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh

- Phải bộc lộ rõ niệu quản trái và tránh vỡ lách
- Lập lại lưu thông tiêu hóa bằng miệng nối tận tận hoặc tận bên, giữa đại tràng ngang và trực tràng bằng chỉ tiêu chậm hoặc không tiêu hoặc nối máy. Nếu cần phải hạ đại tràng góc gan để tránh miệng nối không căng
- Khâu phục hồi phúc mạc, cầm máu kỹ
- Lau bụng, đặt dẫn lưu bên trái bụng, xếp lại ruột
- Đóng bụng 2 lớp sau khi kiểm tra đủ gạc, mercs và dụng cụ phẫu thuật

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Mạch, huyết áp, nhịp thở 1giờ/ lần trong 24 h đầu
- Hút sonde dạ dày, theo dõi dịch dẫn lưu
- Truyền dịch, đạm, máu, dùng kháng sinh từ 5 - 7 ngày có Metronidazol
- Cho ăn khi có trung tiện, lỏng sau đặc dần
- Ngồi dậy, đi lại sớm 24 h sau phẫu thuật

Theo dõi biến chứng: tắc ruột sớm điều trị nội không kết quả phải mổ lại, viêm phúc mạc do bục miệng nối phải mổ lại đưa 2 đầu ruột ra ngoài làm hậu môn nhân tạo, chảy máu trong ổ bụng phải mổ lại cầm máu

Theo dõi định kỳ sau phẫu thuật: siêu âm, chụp phổi, CEA, soi đại tràng

CẮT LẠI ĐẠI TRÀNG DO UNG THƯ

I. ĐỊNH NGHĨA

Cắt lại đại tràng do ung thư là một phẫu thuật thường được áp dụng cho điều trị ung thư đại tràng tái phát hoặc ung thư đại tràng mới xuật hiện trên người bệnh đã cắt đại tràng do ung thư trước đó, nhằm lấy bỏ đoạn đại tràng có u tái phát hoặc đoạn đại tràng còn lại chứa một khối ung thư mới, cùng toàn bộ mạc treo có chứa các hạch bạch huyết chi phối, lập lại lưu thông tiêu hóa.

II. CHỈ ĐỊNH

- Ung thư đại tràng tái phát,
- Ung thư đại tràng mới, xuất hiện ở một người bệnh đã mổ ung thư đại tràng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các bệnh toàn thân nặng, chống chỉ định tương đối khi ung thư đã di căn xa đến các tạng.
- Ung thư gây các biến chứng như thủng ruột viêm phúc mạc.
- Tắc ruột.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: Phẫu thuật viên tiêu hóa

2. Phương tiện

- Như với phẫu thuật tiêu hóa thông thường
- Nên dùng chỉ PDS 3/0 hoặc 4/0 để khâu nối nếu làm miệng nối bằng tay.
- Có thể làm miệng nối bằng máy khâu nối ruột:
- Sử dụng mắt cắt nối thẳng, làm miệng nối giữa các đoạn ruột thuộc đại tràng ngang, đại tràng xuống và đại tràng sigma,
- Với đoạn đại tràng sigma tiếp nối trực tràng, sử dụng 1 máy cắt đóng đầu dưới khối u bằng máy Contour của hãng Johnson & Johnson; làm miệng nối giữa đại tràng sigmoid với trực tràng còn lại bằng máy khâu nối tròn của JJ hoặc Tyco số 29-31.

3. Người bệnh

- Giải thích cho người bệnh về tình trạng bệnh, phương pháp điều trị phẫu thuật, những phiền phức của cuộc phẫu thuật cũng như các rủi ro có thể gặp phải khi tiến hành cuộc mổ. Cùng người bệnh và người nhà ký cam kết mổ.
- Làm sạch ruột là công việc quan trọng nhất.
- Với những người bệnh có dấu hiệu bán tắc ruột, không được thụt tháo hoặc cho uống thuốc tẩy ruột.
- Những người bệnh không tắc ruột, cho uống thuốc tẩy ruột Fortrans 3 gói vào chiều hôm trước mổ. Mỗi gói pha trong 1000 ml nước nguội, uống hết trong
vòng 1 giờ vào lúc 15 giờ, 17 giờ và 19 giờ.
- Uống thuốc an thần đêm trước mổ, sáng hôm mổ nhịn ăn uống hoàn toàn, thay quần áo, vệ sinh, băng vô khuẩn vùng mổ.

4. Hồ sơ bệnh án

Các xét nghiệm thường quy, đông máu, sinh hóa, điện tim. Với những người tuổi cao cần thiết có thể phải đánh giá chức năng tim hoặc chức năng hô hấp trước mổ.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm: gây mê toàn thân

2. Tư thế người bệnh: nằm ngửa, phẫu thuật viên đứng bên trái hoặc bên phải người bệnh tùy vị trí khối u, phụ mổ đứng đối diện phẫu thuật viên. Dụng cụ viên đứng cùng bên phẫu thuật viên.

3. Kỹ thuật

- Đường mổ: đường trắng giữa dưới rốn, hoặc các đường trắng bên.

- Thăm khám toàn bộ các cơ quan trong ổ bụng: quan sát, sờ gan, lách, tụy và toàn ổ phúc mạc nhằm phát hiện các khối di căn tại các tạng hoặc tình trạng di căn lan tràn phúc mạc của ung thư.
- Bộc lộ thương tổn: dung gạc chèn ruột bộc lộ vùng mổ.
- Đánh giá tổn thương: vị trí tại miệng nối cũ, hay vùng mổ cũ hay một khối u hoàn toàn mới xuất hiện ở vùng khác so với vị trí u lần mổ trước.
- Kích thước: so với chu vi ruột,
- Xâm lấn: thanh mạc ngoài u, xâm lấn tạng lân cận, xâm lấn hạch mạc treo
- Hạch vùng: tình trạng hạch về kích thước, mật độ, màu sắc.
- Các tình huống cắt lại đại tràng có thể gặp:
+ Cắt đại tràng phải/ người bệnh đã cắt đại tràng trái;
+ Cắt đại tràng trái/ người bệnh đã cắt đại tràng phải;
+ Cắt toàn bộ phần đại tràng còn lại, bảo tồn được trực tràng/ người bệnh đã cắt đại tràng trước đó
+ Cắt toàn bộ đại - trực tràng, cắt bỏ cả cơ tròn/ người bệnh đã cắt đại tràng trước đó.
- Làm di động đoạn đại tràng chứa khối u: phẫu tích các mạc treo và dây chằng, phẫu tích các điểm xâm lấn của khối u, bộc lộ r các bó mạch chi phối đoàn đại tràng chứa u. Cắt và thắt các cuống mạch.
- Cắt đoạn đại tràng chứa khối u với khoảng cách an toàn theo nguyên tắc diện cắt tối thiểu cách mép u 5 cm về phía trên và dưới.
- Lập lại lưu thông tiêu hóa: làm miệng nối ruột giữa đầu xa và đầu gần. Có thể khâu tay hoặc làm miệng nối bằng dụng cụ khâu nối tự động, đảm bảo nguyên tắc: miệng nối kín về mặt cơ học, tưới máu tốt, không căng, không xoắn vặn. Trong một số trường hợp, miệng nối có nguy cơ khó liền, có thể làm hậu môn trên dòng bảo vệ miệng nối, hậu môn nhân tạo này sẽ được đóng vào một thì mổ khác.
- Trong trường hợp khối u tại chố tiếp giáp đại tràng với trực tràng, thực hiện lập lại lưu thông tiêu hóa bằng làm miệng nối giữa đoạn đại tràng sigma với mỏm trực tràng còn lại. Có thể làm miệng nối bằng khâu tay hoặc bằng dụng cụ khâu nối của JJ hoặc Tyco.
- Trường hợp không bảo tồn được cơ trong hậu môn, lưu thông tiêu hóa được thực hiện bằng hậu môn nhân tạo vĩnh viễn.
- Xếp lại ruột, dẫn lưu khoang phẫu thuật. Đóng bụng 2 lớp.

V. TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tai biến trong mổ và xử trí

- Chảy máu vùng mổ: bộc lộ r vị trí chảy máu, cặp, buộc hoặc khâu vùng chảy máu.
- Cắt phải niệu quản: do u xâm lấn hoặc đè đẩy niệu quản. Khi phát hiện tổn thương niệu quản cần khâu nối lại, sau đó đặt ống dẫn lưu niệu quản bằng sond JJ hoặc sond thường số nhỏ. Rút ông sond sau 3 tuần.
- Tổn thương các tạng khác: xử trí theo nguyên tắc.

2. Biến chứng sau mổ và xử trí

- Dò miệng nối: là biến chứng nặng nề, có thể gây tử vong, t lệ gặp từ 1 -5% tùy các nghiên cứu khác nhau. Cần mổ lại, lau rửa dẫn lưu ổ bụng, làm hậu môn nhân tạo trên dòng.
- Áp xe tồn dư: ngày nay biến chứng này ít gặp, cần mổ lại dẫn lưu ổ áp xe. Nếu ổ áp xe to, ổ áp xe ≤ 5cm có thể chọc hút dưới hướng dẫn của siêu âm.
- Nhiễm trùng vết mổ: thay băng tốt, tránh đọng dịch, dùng kháng sinh theo kháng sinh đồ.
- Biến chứng toàn thân như viêm phổi, tắc mạch… cần điều trị nội khoa tích cực.
- Sau mổ 3-4 tuần cần hội chẩn điều trị hóa chất bổ trợ

CẮT U TRỰC TRÀNG ỐNG HẬU MÔN ĐƯỜNG DƯỚI

1. ĐẠI CƯƠNG

Cắt u trực tràng ống hậu môn đường dưới là một phẫu thuật triệt căn điều trị các u lành tính hoặc ác tính tại trực tràng thấp hoặc ống hậu môn qua đường hậu môn, không mở bụng.

II. CHỈ ĐỊNH

Các polýp tại trực tràng thấp hoặc ống hậu môn. Các ung thư trên nền một polýp hoặc các ung thư tại chỗ, kích thước u chưa xâm lấn hết ¼ chu vi, chưa xâm lấn qua lớp hạ niêm mạc, chưa di căn hạch vùng và độ mô học thấp ở vùng này cũng có thể mổ cắt bỏ qua hậu môn. Những người bệnh không chấp nhận mổ bụng, không chấp nhận mang hậu môn nhân tạo vĩnh viễn có thể mổ lấy u qua hậu môn sau đó điều trị bổ sung bằng xạ trị tại chỗ.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Các bệnh toàn thân nặng. Chống chỉ định khi ung thư xâm lấn đến lớp cơ,
xâm lấn quá ¼ chu vi, độ ác tính cao, di căn hạch hoặc di căn xa.

IV. CHUẨN BỊ

1. Phương tiện

Có van mở hậu môn

2. Người bệnh

Giải thích cho người bệnh về tình trạng bệnh, phương pháp điều trị phẫu thuật, những phiền phức của cuộc phẫu thuật cũng như các rủi ro có thể gặp phải khi tiến hành cuộc mổ. Cùng người bệnh và người nhà ký cam kết mổ.

Làm sạch ruột là công việc quan trọng nhất.

Cho uống Fortrans 3 gói vào chiều hôm trước mổ. Mỗi gói pha trong 1000 ml nước nguội, uông hết trong vòng 1 giờ vào lúc 15 giờ, 17 giờ và 19 giờ. Uống thuốc an thần đêm trước mổ, sáng hôm mổ nhịn ăn uống hoàn toàn, thay quần áo, vệ sinh vùng mổ.

3. Hồ sơ bệnh án

Các xét nghiệm thường quy, đông máu, sinh hóa, điện tim. Với những người tuổi cao cần thiết có thể phải đánh giá chức năng tim hoặc chức năng hô hấp trước mổ.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Trừ đau: gây mê toàn thân hoặc gây tê vùng.

Tư thế người bệnh: nằm ngửa, gác dạng 2 chân lên hai giá tư thế sản khoa.

Phẫu thuật viên ngồi ở giữa 2 chân người bệnh.

Mở hậu môn, nong cơ tròn hậu môn. Bộc lộ r u, kéo ra ngoài. Khâu cầm máu vòng quanh chân u. Cắt u vòng quanh chân u với khoảng cách an toàn. Sau khi cắt u xong, khâu hồi phục lại niêm mạc ruột. Chú ý không làm hẹp trực tràng hậu môn

VI. XỬ TRÍ TAI BIẾN

Có thể làm thủng ruột. Sau mổ người bệnh đau bụng, có dấu hiệu viêm phúc mạc, cần mổ lại khâu lỗ thủng, làm sạch ổ phúc mạc.

Có thể chảy máu sau mổ, cần mổ lại khâu cầm máu lại khi tấy máu chảu qua hậu môn nhiều.

Hẹp lòng trực tràng, gây tắc ruột hay xảy ra với các u lớn, chiếm hơn ¼ chu vi. Trong quá trình khâu phục hồi niêm mạc có thể gay hẹp lòng ruột thậm chí tắc ruột. Cần đánh giá đúng và mổ lại cắt chỉ khâu, phục hồi lại niêm mạc.

PHẪU THUẬT CẮT U MẠC TREO (không cắt ruột non)

I. ĐỊNH NGHĨA

- U mạc treo là những khối u trong phúc mạc không xuất phát từ các tạng đặc hay rỗng
- Đặc điểm (đại thể):
+ U lớn từ hậu cung mạc nối có thể dính vào cuống lách, tụy, đại tràng, dạ dày.
+ U xuất phát từ phúc mạc, phát triển lan ra mạc treo ruột, thành ruột.
+ U xuất phát từ lá thành sau phúc mạc phát triển ra ổ bụng
- Mô bệnh học:
+ Sarcôm, u trung biểu mô ác tính, GIST
+ U lympho ác tính hodgkin hoặc không hodgkin
+ U di căn của dạ dày, đại tràng, buồng trứng, tụy...
- Phẫu thuật có vai trò trong chẩn đoán và điều trị u mạc treo.

II. CHỈ ĐỊNH

U phúc mạc, u lá thành phúc mạc, được đánh giá:
- Lâm sàng: theo trình tự của chẩn đoán u bụng; bao giờ cũng phải thăm âm đạo, trực tràng, tinh hoàn (loại trừ tinh hoàn lạc chỗ)
- Cận lâm sàng: siêu âm ổ bụng, chụp CT ổ bụng. Chụp mạch nếu cần. Xét nghiệm chỉ điểm khối u.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh thể trạng quá yếu, không thể thực hiện gây mê được.
- Cơ sở thiếu các trang thiết bị cần thiết cho chẩn đoán, phẫu thuật bụng - tiêu hóa và phẫu thuật viên thiếu kinh nghiệm

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Nhóm gây mê hồi sức và phẫu thuật viên ngoại tiêu hóa - bụng có kinh nghiệm.

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ đại phẫu ổ bụng
- Máy hút, dao điện, ...

3. Người bệnh

- Các xét nghiệm cơ bản phục vụ cho phẫu thuật: công thức máu, nhóm máu, chức năng đông máu, điện tâm đồ, chụp phổi, chụp cắt lớp ổ bụng, giải phẫu bệnh (sinh thiết u, nếu có thể).
- Giải thích cho người bệnh và gia đình người bệnh hiểu, biết trước các nguy cơ bệnh tật cũng cách chăm sóc về sau và đồng ý ký giấy xin phẫu thuật.
- Kháng sinh dự phòng trước phẫu thuật.
- Chuẩn bị kỹ đại tràng trước mổ: thụt tháo, uống thuốc tẩy (Fortrans)
- Dự trù máu (với u to, nguy cơ mất máu nhiều).

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: người bệnh nằm ngửa, đầu hơi cao.

2. Vô cảm: gây mê nội khí quản.

3. Kỹ thuật

- Đường rạch: rộng rãi, bọc vết mổ cẩn thận. Đường rạch là đường trắng giữa trên và dưới rốn (có thể kéo dài khi cần, có thể mở thêm đường ngang hay dưới bờ sườn).
- Thăm dò: đây là bước đầu tiên quan trong trong mổ để đánh giá vị trí xuất phát khối u trên đại thể cũng như tình trạng xâm lấn các tạng xung quanh mà quyết định chiến

lược phẫu thuật. Phẫu thuật lấy u triệt căn, công phá u tối đa, phẫu thuật lấy u trong vỏ hay chỉ sinh thiết.
- Phẫu thuật:
+ Phẫu thuật lấy u đơn thuần
+ Phẫu thuật lấy u có hoặc không kèm theo cắt các bộ phận của đường tiêu hóa (dạ dày, đại tràng, ruột non)
- Xét nghiệm trong mổ:
+ Sinh thiết tức thì trong mổ
+ Chọc hút thăm dò khối u: u nang, u máu, nang tụy

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi

- Theo dõi người bệnh sau phẫu thuật
- Thay băng hàng ngày.
- Cho ăn trở lại với người bệnh phẫu thuật không kèm theo phẫu thuật ống tiêu hóa khi người bệnh có trung tiện. Các người bệnh mổ có liên quan.
- Chú ý: thủng tạng, nhồi máu mạc treo để kịp thời xử trí.

2. Xử trí

- Chảy máu: khâu kỹ vùng sinh thiết, vùng mổ, thận trọng với khối u lớn, nhiều mạch tăng sinh.
- Việc điều trị sau mổ như xạ trị, hóa trị phụ thuộc vào mô bệnh học sau mổ

PHẪU THUẬT CẮT TUYẾN VÚ VÉT HẠCH NÁCH

I. ĐẠI CƯƠNG

- Phẫu thuật cắt tuyến vú vét hạch nách là một phương pháp không chế khối u tại chỗ, kiểm soát vét bỏ hạch vùng đối với những người bệnh ung thư vú. Phẫu thuật cắt tuyến vú là phương pháp đầu tiên, cổ điển trong lịch sử điều trị ung thư vú.

Ngày nay với những tiến bộ trong điều trị ung thư, phẫu thuật cắt tuyến vú, vét hạch nách vẫn đóng một vai trò quan trọng trong điều trị ung thư vú.

- Kỹ thuật phẫu thuật cắt tuyến vú vét hạch nách dưới đây thực chất là phẫu thuật cắt tuyến vú cải biên (modified radical mastectomy) có bảo tồn cơ ngực bé, thần kinh ngực giữa, thần kinh ngực lưng. Kỹ thuật được mô tả bởi Patey và Dyson năm 1948.

II. CHỈ ĐỊNH

Chỉ định của phẫu thuật cắt tuyến vú vét hạch nách được thay đổi rất nhiều. Dù sao phẫu thuật cắt tuyến vú vét hạch nách là một phương pháp khống chế khối u tại chỗ, kiểm soát hạch vùng với những ung thư vú ở giai đoạn 0, I, II. Phẫu thuật cắt tuyến vú vét hạch nách cũng quan trọng như điều trị tia xạ hay hoá chất bổ trợ cho những người bệnh ung thư vú giai đoạn III và IV do khả năng kiểm soát khối u tại chỗ nhưng không nên coi việc đó là phương pháp chủ yếu. Phẫu thuật được chỉ định trong những trường hợp cụ thể sau:

- Ung thư vú giai đoạn 0, I với những người bệnh nhiều tuổi không có nhu cầu bảo tồn vú hoặc u ở vị trí trung tâm.
- Ung thư vú giai đoạn II, IIIA, IIIB.
- Ung thư vú giai đoạn IIIB, IV sau điều trị tân hỗ trợ.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Ung thư vú giai đoạn IIIB, IV chưa điều trị tân hỗ trợ.
- Ung thư vú thể viêm
- Người bệnh đang mắc các bệnh nội khoa như đái tháo đường, huyết áp cao, tim mạch…, có chống chỉ định với gây mê hồi sức.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 1 phẫu thuật viên ung thư
- 1 đến 2 trợ thủ viên
- 1 kỹ thuật viên dụng cụ

2. Phương tiện: bao gồm những dụng cụ dùng trong ngoại khoa chung như dao thường, dao điện, kéo phẫu tích, kẹp cầm máu, kẹp phẫu tích, Farabeuf… có thể chuẩn bị thêm một số clip cản quan để đánh dấu.

3. Người bệnh

- Được chuẩn bị đầy đủ chu đáo về tinh thần, giải thích cho người bệnh hiểu được cách thức tiến hành phẫu thuật.
- Vệ sinh sạch sẽ, cạo lông nách (nếu có)

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

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. **Người bệnh:** được gây mê nội khí quản là tốt nhất, cũng có thể gây mê bằng đường tĩnh mạch.

2. Tư thế

- Người bệnh nằm ngửa, cánh tay cùng bên dang rộng bằng vai, hạn chế việc thay đổi vị trí.

- Một đệm nhỏ được đặt dọc dưới vai người bệnh để nâng vùng nách khỏi bàn phẫu thuật. Sát trùng toàn bộ vú và cánh tay cùng bên. Nếu có kế hoạch tạo hình vú một thì, diện phẫu thuật phải bao gồm cả vú đối bên để phẫu thuật viên thẩm mĩ có thể so sánh sự đối xứng giữa hai bên vú.
- Cánh tay cùng bên phải được quấn biệt lập với trường phẫu thuật, khi cần phẫu thuật viên có thể nâng cánh tay lên để vét hạch nách hoặc kiểm soát chảy máu.

3. Đường rạch

- Thông thường một đường rạch da hình múi cam nằm ngang bao quanh chu vi vú sẽ đưa lại kết quả tốt nhất về mặt thẩm mĩ.
- Rạch da hình elip, đường rạch bao gồm cả vết mổ lấy u cũ khi làm sinh thiết hoặc vị trí chọc hút tế bào cùng với núm vú.

4. Kỹ thuật

4.1. Cắt tuyến vú

- Hai vạt da được bóc tách bằng dao điện lên phía trên, phía dưới và xung quanh giới hạn. Mặc dù việc bóc tách vạt da càng mỏng càng tốt nhưng vấn đề bảo tồn các mạch máu nuôi dưỡng những vạt da là cực kỳ cần thiết. Mặt phẳng phẫu tích khoảng 5mm dưới vạt da là hợp lý.
- Bóc tách thận trọng không đi vào vùng nhu mô đã lấy đi khi làm sinh thiết.
- Tuyến vú sau đó được bóc tách tới tận cân cơ ngực lớn. Nếu khối u ở sâu dính, có thể lấy bỏ một phần cơ ngực lớn cùng với khối u và tuyến vú thành một khối. Nếu khối u không dính vào cơ ngực, việc để lại cân cơ ngực lớn giúp cho việc tạo hình vú sau này được thuận lợi hơn.
- Bóc tách, lật bỏ tuyến vú ra khỏi cơ ngực được đi từ phía trong ra ngoài sau khi phẫu tích vạt da phía trên, dưới, trong và ngoài. Khi tuyến vú được phẫu tích đến bờ ngoài cơ ngực lớn phần đuôi nách, bước vào thì thứ 2 vét hạch nách.

4.2. Vét hạch nách

- Bộc lộ bờ ngoài cơ lưng to, phẫu tích sát bờ ngoài cơ lưng to vào hố nách, phía ngoài phẫu tích dọc theo dải gân cơ lưng to đến khi nhìn thấy r tĩnh mạch nách.

Mở cân của nách nằm ngay giữa bờ trước của cơ lưng to để bộc lộ bó mạch ngực lưng. Cắt bỏ lá cân ở mặt bên thân ngực lưng để cho mạch và thần kinh ngực lưng lộ ra ngoài khi kéo bệnh phẩm vào trong. Một nhánh vuông góc xuất phát từ bờ trong của các mạch ngực lưng thường chỉ vào vị trí của thần kinh ngực dài. Rạch cân ở phía trước thần kinh ngực dài cho phép kéo thêm bệnh phẩm vào phía trong.

- Nhận biết than ngực lưng và thần kinh ngực dài để nếu xảy ra biến chứng chảy máu thì có thể lấy bỏ bệnh phẩm mà không làm tổn hại đến các thành phần quan trọng này.
- Sau khi bệnh phẩm được lấy bỏ khỏi mặt bên của cơ ngực lớn, bộc lộ cơ ngực bé nằm ở dưới. Rạch bao cân cơ ngực lớn, thận trọng để tránh làm tổn thương bó mạch thần kinh cơ ngực bé. Bảo tồn nhánh thần kinh đi qua bó này để đến cơ ngực lớn có thể chống được sự teo nhỏ của 1/3 bên cơ ngực lớn.
- Tổ chức bệnh phẩm hạch được lấy ra khỏi tĩnh mạch nách theo đừng từ ngoài vào trong. Phẫu tích bệnh phẩm hạch khỏi tĩnh mạch nách, từ bờ dưới của tĩnh mạch nách xuống, hạn chế mở rộng lên phía trên tránh làm tổn thương động mạch nách và đám rối thần kinh cánh tay, giảm tỉ lệ phù tay sau phẫu thuật.
- Cặp và buộc các nhánh lớn từ tĩnh mạch nách đi vào bệnh phẩm, tại mặt trong của trường phẫu thuật, dung một dụng cụ để nâng cơ ngực bé để bộc lộ chặng 2 của hệ mạch nách. Việc vét bỏ chặng 2 hiếm khi phải cắt bỏ cơ ngực bé. Cố gắng bảo tồn các nhánh thần kinh liên sườn da, nếu cần bệnh phẩm phải được chia đôi nơi các sợi thần kinh da chui vào thành ngực.

- Bệnh phẩm được lấy khỏi thành ngực để lộ ra lá cân nguyên vẹ phủ lên cơ rang trước.
- Rửa vết thương bằng nước muối sinh lý, cầm máu kỹ càng. Đặt một dẫn lưu bao gồm cả khu vực tuyến vú đã cắt và hố nách hoặc 2 dẫn lưu 1 ở hố nách, 1 ở thành ngực, đưa ra ngoài da ở phần thấp của diện phẫu tích. Không nên để ống dẫn lưu tiếp xúc trực tiếp với tĩnh mạch nách. Lưu ý các lỗ gần nhất của ống dẫn lưu không được quá gần để có thể tụt ra ngoài da gây hiện tượng rò khí. Cố định dẫn lưu, nút khâu cố định không nên quá lỏng làm cho ống dẫn lưu thò ra thụt vào gây nhiễm khuẩn.
- Đóng vạt da bằng chỉ tiêu tổng hợp 3.0 hoặc 4.0 ở lớp sâu và chỉ tiêu 4.0 hoặc 5.0 ở lớp nông bằng mũi khâu vắt hoặc mũi rời. Lưu dẫn lưu khoảng 7 ngày hoặc hơn tuỳ theo lượng dịch chảy ra.
- Đặt gạc vô trùng lên trên vết mổ và một miếng gạc 10cm x 10cm ở chân dẫn lưu có bôi một lớp mỡ chống nhiễm khuẩn.
- Không nên băng ép để tránh chèn ép các mạch nuôi dưỡng vạt da.

VI. THEO DÕI

Sau phẫu thuật, ngoài vấn đề theo dõi những tai biến sau gây mê, cần theo dõi tình trạng chảy máu, tính chất, số lượng dịch qua dẫn lưu, tình trạng nuôi dưỡng các vạt da và nhiễm khuẩn vết mổ.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

Biến chứng sớm sau phẫu thuật cắt tuyến vú theo một số tác giả nước ngoài chiếm khoảng 15 .

1. Chảy máu: do cầm máu không kỹ trong quá trình phẫu tích - có thể băng ép hoặc hút liên tục, nếu cần phải mở lấy máu đọng và cầm máu.

2. Nhiễm khuẩn: liên quan tới kỹ thuật vét hạch nách là vấn đề thường gặp nhất. Có thể khắc phục bằng thay đổi kháng sinh kịp thời và các cải tiến kỹ thuật vét hạch nách.

3. Hoại tử vạt da, thiểu dưỡng: do phẫu tích quá mỏng hoặc tổn thương nhiều mạch nuôi dưỡng.

4. Đọng dịch: thường ở vị trí thành ngực hay hố nách. Khắc phục điều này bằng những bài tập tay tối thiểu ngay khi rút dẫn lưu hay thậm chí sau phẫu thuật 4 tuần, nếu cần thiết vẫn phải lưu ống thông.

5. Biến chứng muộn thường gặp nhất là phù tay sau vét hạch nách: Tỉ lệ này theo một số tác giả khoảng 10 đối với những người bệnh đã được vét hạch nách nhóm I, II. Nhưng nói chung có thể khắc phục bằng cách nâng cao tay khi ngủ. Những yếu tố liên quan đến phù tay là biến chứng của vết mổ đọng dịch, tia xạ sau phẫu thuật và vét hạch quá sâu.

CẮT MỘT PHẦN TUYẾN VÚ, VÉT HẠCH NÁCH

I. ĐẠI CƯƠNG

- Khái niệm cắt một phần tuyến vú trong ung thư vú bao gồm cắt bỏ u rộng rãi cùng với vùng mô lành từ 1 - 2 cm quanh khối u, tuỳ theo từng trường hợp cụ thể phẫu thuật cắt bỏ u rộng rãi và cắt ¼ tuyến vú được gọi một từ chung là phẫu thuật bảo tồn vú.
- Hiện nay, phẫu thuật bảo tồn vú kết hợp với điều trị tia xạ (khống chế khối u tại chỗ, tại vùng) thậm chí cả với điều trị hoá chất tuỳ từng trường hợp đối với ung thư vú giai đoạn sớm là một lựa chọn được chấp nhận rộng rãi ở các nước phát triển.
- Phương pháp cắt một phần tuyến vú, vét hạch nách lần đầu tiên được tiến hành ở Châu âu và Canada vào những năm 30 và 40 của Thế kỉ XX. Tuy nhiên cho đến những năm 80 của thế kỉ này phương pháp điều trị phẫu thuật bảo tồn mới được áp dụng rộng rãi qua nghiên cứu thử nghiệm lâm sang của viện nghiên cứu ung thư Hoa Kì và Italia trên một số lượng người bệnh cho thấy tỉ lệ tái phát và thời gian sống thêm là tương đương nhau giữa 2 nhóm phẫu thuật bảo tồn và phẫu thuật Patey.

II. CHỈ ĐỊNH

Những người bệnh nữ được chẩn đoán là ung thư vú trên thăm khám lâm sàng, xét nghiệm tế bào, phim chụp vú, có khẳng định bằng mô bệnh học.

- Kích thước u ≤ 3cm
- Một ổ
- Hạch vùng được đánh giá là N0, N1
- Chưa có di căn xa (theo phân loại TNM của UICC2002).
- Canxi hoá khu trú trên phim chụp vú.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chống chỉ định tuyệt đối

- Có nhiều u (đa ổ)
- Canxi hoá lan toả trên phim chụp vú
- U ở vị trí trung tâm hoặc sát với quầng vú
- Có tiền sử chiếu xạ vào vùng vú
- Có thai

2. Chống chỉ định tương đối

- U vú lớn trên tuyến vú nhỏ
- Vú lớn th ng xuống quá nhiều sẽ gây khó khăn cho xạ trị
- Có tiến sử bệnh collagen mạch máu vì có thể phải biến chứng xơ hoá và hoại tử mô

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 1 phẫu thuật viên ung thư
- 1 đến 2 trợ thủ viên
- 1 kỹ thuật viên dụng cụ

2. Phương tiện

Bao gồm những dụng cụ dung trong ngoại khoa chung như: dao, dao điện, kéo phẫu tích, kẹp cầm máu, kẹp phẫu tích, Farabenf… Có thể chuẩn bị thêm một số chụp cản quang để đánh dấu nếu cần.

3. Người bệnh

- Được chuẩn bị chu đáo, đầy đủ về tinh thần, giải thích cho người bệnh hiểu về cách thức tiến hành phẫu thuật.
- Thụt tháo, an thần.
- Vệ sinh sạch sẽ vùng mổ, cạo lông nách (nếu có).

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Người bệnh: được gây mê nội khí quản hoặc mass khí quản theo chỉ định của bác sĩ gây mê hồi sức.

2. Tư thế

- Người bệnh nằm ngửa, cánh tay vùng bệnh dang rộng bằng vai, hạn chế việc thay đổi vị trí.
- Một đệm nhỏ được đặt dưới vai người bệnh để nâng vùng nách khỏi bàn phẫu thuật.
- Sát trùng toàn bộ vú và 1/3 trên cánh tay cùng bên. Nếu có kế hoạch tạo hình vú che lấp khuyết hổng sau phẫu thuật rộng u thì diện phẫu thuật phải bao gồm cả vú đối bên để phẫu thuật viên có thể dễ dàng so sánh cân đối giữa 2 vú.
- Cánh tay cùng bên được quấn biệt lập với trường phẫu thuật, khi cần phẫu thuật viên có thể nâng cánh tay lên để vét hạch nách hoặc kiểm soát chảy máu

3. Đường rạch: Có thể là:

- Một đường rạch cùng với đường mổ rộng để vét hạch nách nếu vị trí u ở ¼ trên ngoài của tuyến vú
- Nếu vị trí của u nằm xa với vị trí của hố nách thường đường rạch lấy u và đường rạch vét hạch nách riêng biệt nhau
- Ở những người bệnh đã lấy u hoặc đã làm thủ thuật sinh thiết đường rạch phải bao gồm cả vị trí lấy u hoặc sinh thiết cũ

4. Kỹ thuật

4.1. Lấy bỏ rộng tổn thương

- Định vị tổn thương trên lâm sang để quyết định đường rạch da
- Bóc tách 2 vạt da bằng dao điện. Cắt u kèm theo mô lành xung quanh khoảng 2cm cùng một khối. Không nên lấy quá nhiều tuyến vú lành vì cũng không làm tăng tỉ lệ sống thêm mà còn ảnh hưởng tới thẩm mĩ
- Đối với những khối u đã được lấy sinh thiết chẩn đoán bằng kim sinh thiết hoặc sinh thiết mở, đường rạch da phải bao trùm đường rạch sinh thiết từ 1 - 2cm
- Phẫu thuật viên nên định hướng cho nhà giải phẫu bệnh xét nghiệm từng phía của bệnh phẩm và yêu cầu kiểm tra bằng sinh thiết tức thì các diện cắt để đảm bảo đã lấy hết tổn thương ung thư.
- Trong những trường hợp tiếp cận nên đặt các clip đánh dấu vị trí u giúp cho việc xạ trị sau mổ.
- Kiểm tra cầm máu kĩ sau khi lấy bỏ rộng tổn thương
- Việc che lấp khuyết hổng có thể dùng những vạt da tại chỗ hoặc vùng lân cận với tuyến vú. Sự tư vấn của bác sĩ phẫu thuật nữ và sự tính toán kĩ rất hữu ích trước khi cắt một phần tuyến vú

Tóm lại việc lấy rộng u một cách đảm bảo kết hợp với tính thẩm mĩ phải được cân nhắc và lựa chọn kĩ càng.

4.2. Vét hạch nách

- Bộc lộ bờ ngoài cơ lưng to, phẫu tích sát bờ ngoài cơ lưng to váo hố nách, phía ngoài phẫu tích dọc theo dải gân cơ lưng to đến khi nhìn thấy r tĩnh mạch nách.

Mở cân của nách nằm ngay giữa bờ trước của cơ lưng to để bộc lộ bó mạch ngực lưng. Cắt bỏ lá cân ở mặt bên thân ngực lưng để cho mạch và thần kinh ngực lưng lộ ra ngoài khi kéo bệnh phẩm vào trong. Một nhánh vuông góc xuất phát từ bờ trong của các mạch ngực lưng thường chỉ vào vị trí của thần kinh ngực dài. Rạch cân ở phía trước thần kinh ngực dài cho phép kéo them bệnh phẩm vào phía trong.

- Nhận biết thân ngực lưng và thần kinh ngực dài để nếu xảy ra biến chứng chảy máu thì có thể lấy bỏ bệnh phẩm mà không làm tổn hại đến các thành phần quan trọng này.

- Sau khi bệnh phẩm được lấy bỏ khỏi mặt bên của cơ ngực lớn, bộc lộ cơ ngực bé nằm ở dưới. Rạch bao cân cơ ngực lớn, thận trọng để tránh làm tổn thương bó mạch thần kinh cơ ngực bé. Bảo tồn nhánh thần kinh đi qua bó này để đến cơ ngực lớn có thể chống được sự teo nhỏ của 1/3 bên cơ ngực lớn.
- Tổ chức bệnh phẩm hạch được lấy ra khỏi tĩnh mạch nách theo hướng từ ngoài vào trong. Phẫu tích bệnh phẩm hạch khỏi tĩnh mạch nách từ bờ dưới của tĩnh mạch nách xuống, hạn chế mở rộng lên phía trên của tĩnh mạch để tránh làm tổn thương động mạch nách và đám rối thần kinh cánh tay, giảm tỉ lệ phù tay sau phẫu thuật.
- Cặp và buộc các nhánh lớn từ tĩnh mạch nách đi vào bệnh phẩm bằng chỉ 3/0. Tại mặt trong của trường phẫu thuật, dùng một dụng cụ nâng cơ ngực bé để bộc lộ chặng 2 của hệ mạch nách. Việc vét bỏ hạch chặng 2 hiếm khi cần phải cắt cơ ngực bé. Cố gắng bảo tồn bất kỳ nhánh thần kinh liên sườn da. Nếu cần bệnh phẩm phải được chia đôi nơi các sợi thần kinh da chui vào thành ngực.
- Bệnh phẩm được lấy khỏi thành ngực để lộ ra lá cân nguyên vẹn phủ lên cơ rang trước.
- Rửa vết thương bằng nước muối sinh lý, cầm kỹ càng. Đặt một dẫn lưu bao gồm cả khu vực tuyến vú đã cắt và hố nách hoặc 2 dẫn lưu 1 ở hố nách, 1 ở thành ngực, đưa ra ngoài da ở phần thấp của diện phẫu tích. Không nên để ống dẫn lưu tiếp xúc trực tiếp với tĩnh mạch nách. Lưu ý các lỗ gần nhất của ống dẫn lưu không được quá gần để có thể tụt ra ngoài da gây hiện tượng rò khí. Cố định dẫn lưu, nút khâu cố định không nên quá lỏng làm cho ống dẫn lưu thò ra thụt vào gây nhiễm khuẩn.
- Đóng vạt da bằng chỉ tiêu tổng hợp 3.0 hoặc 4.0 ở lớp sâu và chỉ tiêu 4.0 hoặc 5.0 ở lớp nông bằng mũi khâu vắt hoặc mũi rời. Lưu dẫn lưu khoảng 7 ngày hoặc hơn tuy theo lượng dịch chảy ra.
- Đặt gạc vô trùng lên trên vết mổ và một miếng gạc 10cm x 10cm ở chân dẫn lưu có bôi một lớp mỡ chống nhiễm khuẩn.
- Không nên băng ép để tránh chèn ép các mạch nuôi dưỡng vạt da.

VI. THEO DÕI

Sau phẫu thuật, ngoài vấn đề theo dõi những tai biến sau gây mê, cần theo dõi tình trạng chảy máu, tính chất, số lượng dịch qua dẫn lưu, tình trạng nuôi dưỡng các vạt da và nhiễm khuẩn vết mổ.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Chảy máu: do cầm máu không kỹ trong quá trình phẫu tích - có thể băng ép hoặc hút liên tục, nếu cần phải mở lấy máu đọng và cầm máu.

2. Nhiễm khuẩn: liên quan tới kỹ thuật vét hạch nách là vấn đề thường gặp nhất. Có thể khắc phục bằng thay đổi kháng sinh kịp thời và các cải tiến kỹ thuật vét hạch nách.

3. Hoại tử vạt da, thiểu dưỡng: do phẫu tích quá mỏng hoặc tổn thương nhiều mạch nuôi dưỡng.

4. Đọng dịch: thường ở vị trí thành ngực hay hố nách. Khắc phục điều này bằng những bài tập tay tối thiểu ngay khi rút dẫn lưu hay thậm chí sau phẫu thuật 4 tuần, nếu cần thiết vẫn phải lưu ống thông.

5. Biến chứng muộn thường gặp nhất là phù tay sau vét hạch nách. Tỉ lệ này theo một số tác giả khoảng 10 đối với những người bệnh đã được vét hạch nách nhóm I, II. Nhưng nói chung có thể khắc phục bằng cách nâng cao tay khi ngủ.

Những yếu tố liên quan đến phù tay là biến chứng của vết mổ đọng dịch, tia xạ sau phẫu thuật và vét hạch quá sâu.

PHẪU THUẬT U XƠ TUYẾN VÚ

I. ĐỊNH NGHĨA

U xơ tuyến vú là u đặc lành tính. Hay gặp nhất ở những phụ nữ trẻ tuổi, bắt đầu từ khi có kinh lần đầu đến khoảng 40 tuổi.

U xơ tuyến có nguồn gốc từ thùy tuyến, bao gồm 2 thành phần chủ yếu: tế bào biểu mô và tổ chức liên kết, theo 1 số giả thuyết thì nó được tạo ra khi bị loạn sản bởi 1 hoặc nhiều thùy tuyến vú.

Hay gặp hơn với nhóm người thuộc chủng tộc da đen. U xơ tuyến vú thường tiến triển chậm nhưng có thể phát triển thành u rất lớn. Có thể là 1 u hoặc nhiều u được gọi là bệnh đa u xơ tuyến.

Phẫu thuật lấy u là lựa chọn chính để điều trị u xơ tuyến vú. Bệnh phẩm gửi làm xét nghiệm giải phẫu bệnh là bắt buộc đối với mọi u xơ.

II. CHỈ ĐỊNH

Phẫu thuật khi có chẩn đoán xác định là u xơ tuyến vú: dựa vào

- Lâm sàng
- Chẩn đoán hình ảnh: siêu âm, chụp vú…
- Chọc hút tế bào

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Khi có ít nhất một trong ba yếu tố nghi ngờ ung thư: lâm sàng và/hoặc chẩn đoán hình ảnh và/hoặc chọc hút tế bào.
- Đang mắc các bệnh cấp tính khác hoặc mắc các bệnh rối loạn các yếu tố đông máu…
- Dị ứng với các thuốc gây tê, gây mê…
- Làm nặng thêm các bệnh cũ hoặc đe dọa tính mạng của người bệnh…

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Một bác sĩ ngoại khoa chuyên khoa
- Một bác sĩ phụ mổ
- Một điều dưỡng dụng cụ

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ tiểu phẫu chuyên khoa
- Săng, toan vô trùng
- Dụng cụ sát khuẩn
- Thuốc sát khuẩn, thuốc tê
- Găng tay vô trùng, áo mổ mũ khẩu trang vô trùng
- Đèn mổ, bàn mổ

Được thực hiện tại phòng mổ có hệ thống cấp cứu tại chỗ

3. Người bệnh: như chuẩn bị cho người bệnh làm tiểu phẫu thuật

Kí giấy cam kết mổ, làm hồ sơ bệnh án, làm các xét nghiệm cơ bản đánh giá toàn trạng cũng như loại trừ các bệnh phối hợp.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Đặt người bệnh nằm ngửa, 2 tay xuôi theo cơ thể hoặc 2 tay đưa ngang
- Thầy thuốc đứng và sát trùng rộng bên cần phẫu thuật
- Trải săng, toan vô trùng
- Gây tê tại chỗ bằng lidocain 1 hoặc novocain 3
- Đường rạch da: theo đường quầng vú hoặc nếp lằn vú, tùy theo vị trí của khối u xơ
- Dùng kéo phẫu tích để bộc lộ u xơ tuyến vú, bác sĩ phụ mổ kéo farabeuf để bộc lộ rõ u hơn

- Lấy gọn u xơ (cả vỏ)
- Cầm máu thật kĩ bằng dao điện hoặc buộc chỉ hoặc khâu cầm máu
- Khâu phục hồi tuyến vú bằng chỉ tự tiêu 3.0 hoặc 4.0
- Nếu diện bóc tách tuyến vú rộng có thể đặt dẫn lưu cho thoát dịch.
- Khâu da: khâu mũi rời hoặc luồn trong da bằng chỉ không tiêu 6.0 đảm bảo thẩm mỹ, cắt chỉ sau 1 tuần.

VI. XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Lo lắng hốt hoảng

- Giải thích kĩ trước khi làm thủ thuật
- Động viên, trấn an, nói chuyện…

2. Chảy máu sau mổ

- Mở lại vết mổ và cầm máu lại
- Băng ép sau khi kết thúc phẫu thuật

3. Đau, choáng do đau

Dùng giảm đau đường tiêm truyền perfalgan 1g x 2 lọ cho người bệnh. Nếu không hết đau, có thể dùng tiền mê bằng dolargan, thở oxy…

4. Sốc do thuốc tê: xử trí như sốc phản vệ

PHẦN 3:
CHẤN THƯƠNG CHỈNH HÌNH

RÚT ĐINH/ THÁO PHƯƠNG TIỆN KẾT HỢP XƯƠNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Tháo phương tiện kết hợp xương là tháo ra các phương tiện cố định diện gãy xương khi tình trạng xương đã liền, hay do tình trạng nhiễm trùng sau phẫu thuật phải lấy bỏ.

II. CHỈ ĐỊNH

- Các phương tiện kết hợp xương tạm thời(như K- wires hay phương tiện cố định ngoài)
- Các trường hợp phương tiện kết hợp xương có nguy cơ của sự ăn mòn, phản ứng dị ứng, tiêu xương
- Các tiêu chuẩn xuất phát từ phẫu thuật: gãy phương tiện kết hợp xương, nhiễm khuẩn, hoại tử vô khuẩn, tổn thương nội khớp, viêm gân hay đứt gân
- Theo nhu cầu của người bệnh không hài lòng khi có di vật trong người

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh không có nhu cầu phẫu thuật
- Xương chưa liền, cal xương chưa vững chắc

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

- Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình, người phụ
- 2 PTV phụ mổ.

2. Người bệnh:

- Được giải thích về tình trạng bệnh tật, lợi ích, rủ ro và các biến chứng có thể xẩy ra
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính và xét nghiệm

3. Phương tiện: Bộ dụng cụ kết hợp xương thông thường

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 40phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm:

- Gây tê đám rối cánh tay hoặc tủy sống
- Gây mê nội khí quản

2. Kỹ thuật:

Bước 1: Sát trùng toàn bộ chi bằng Bêtadin hoặc cồn 70°
Bước 2: Ga rô cầm máu đối với những vị trí có thể được
Bước 3: Rạch da theo đường mổ cũ
Bước 4: Bộc lộ và tháo phương tiện kết hợp xương
Bước 5: Đục bỏ xương chồi
Bước 6: Dẫn lưu

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi

- Theo dõi mạch, huyết áp, nhiệt độ, dẫn lưu, vận động cảm giác chi thể…để phát hiện các biến chứng sau mổ
- Hướng dẫn tập phục hồi chức năng sau mổ

2. Tai biến và xử trí

- Chảy máu: Băng ép cầm máu nếu không được thì mổ lại cầm máu
- Nhiễm trùng: Thay kháng sinh, điều tri theo kháng sinh đồ, bù nước và điện giải cho người bệnh
- Xương gãy lại: Mổ kết hợp xương

PHẪU THUẬT LÀM MỎM CỤT NGÓN VÀ ĐỐT BÀN NGÓN

I. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ ngón tay đến gốc ngón tay, cắt bỏ xương đốt bàn ngón tay, giữ lại hệ thống xương khối tụ cốt.

Trong trường hợp tháo bỏ toàn bộ xương bàn ngón tay, toàn bộ chức năng bàn ngón tay mất hết, cần giải thích kỹ người bệnh và gia đình trước khi tiến hành phẫu thuật.

II. CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý mạch máu chi: tắc mạch, loét do đái tháo đường.
- Cụt chấn thương, dập nát các ngón không có khả năng bảo tồn.
- Bỏng làm hoại tử ngón.
- Nhiễm trùng làm hoại tử tổ chức các ngón.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tổn thương dập nát, hoại tử cấp máu kém, xâm lấn đến khối tụ cốt bàn tay.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình, phụ phẫu thuật.

2. Người bệnh:

Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh, hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính.

3. Phương tiện:

Bộ dụng cụ phẫu thuật bàn tay.

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: Người bệnh nằm ngửa, tay phẫu thuật để trên bàn phẫu thuật.

2. Vô cảm: tê gốc ngón, tê đám rối cánh tay hoặc gây mê.

3. Kỹ thuật:

- Garo gốc ngón hoặc garo cánh tay bằng garo hơi hoặc garo chun.
- Sát trùng vùng mổ bằng betadine hoặc cồn 700.
- Làm mỏm cụt ngón.

+ Rạch da ngang nền đốt 1 các ngón.
+ Cắt bỏ hệ thống gân gấp, duỗi.
+ Cầm máu bó mạch bờ quay, trụ bằng dao điện hoặc khâu mũi chữ X chỉ tiêu.
+ Khi bị cụt các ngón giữa thì cần tháo bỏ đốt bàn và khâu khép 2 đốt bàn lân cận lại.
+ Bóc tách tạo hình vạt da mỏm cụt.
+ Khâu vết mổ.

- Làm mỏm cụt xương bàn ngón: Tùy theo tổn thương ngón nào mà có các cách phẫu thuật khác nhau

+ Cụt đốt bàn ngón cái: bảo tồn tối đa, giữ lại nền đốt bàn, sử dụng vạt da cơ che phủ phần mềm tốt không để lộ xương.
+ Cụt đốt bàn ngón II:

• Cắt cao xương đến nền đốt bàn.
• Tìm buộc mạch máu, tìm thần kinh buộc và cắt ngang giữa đốt bàn, giấu thần kinh vào khoảng gian cốt.
• Gân gấp thì cắt ngang và cho tự rút lên cao.
• Cầm máu, khâu ống màng xương.
• Khâu da

+ Cụt đốt bàn III, IV:

• Khâu khép 2 đốt bàn lân cận, khâu vào màng xương tại cổ các đốt bàn lân cận để che lấp.
+ Cụt đốt bàn V: bảo tồn nền đốt bàn là vị trí bám gân gấp và duỗi cổ tay trụ
• Tìm nhánh cảm giác của thần kinh trụ ở ô mô út, cắt gân duỗi riêng, duỗi chung, cắt gân gấp ngón V
• Lấy bỏ đốt bàn V, để lại nền đốt bàn.
• Khâu vết mổ.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi:

- Dấu hiệu sinh tồn, tình trạng băng vết mổ, vận động cảm giác đầu ngón không tổn thương.
- Hướng dẫn vận động, tập phục hồi chức năng sớm.
- Kháng sinh đường tiêm 3-5 ngày.

2. Xử trí tai biến:

- Chảy máu mỏm cụt: Băng ép nhẹ nhàng, không hết có thể khâu tăng cường vị trí mỏm cụt.
- Nhiễm trùng: Thay băng hàng ngày, cắt chỉ khi tụ dịch, nguy cơ nhiễm trùng sâu, lấy dịch cấy vi khuẩn làm kháng sinh đồ, thay kháng sinh khi có kháng sinh đồ.
- Hoại tử mỏm cụt: Lộ xương cần cắt cao hơn hoặc chuyển vạt che xương.

PHẪU THUẬT THƯƠNG TÍCH PHẦN MỀM CÁC CƠ QUAN VẬN ĐỘNG

I. ĐẠI CƯƠNG

- Thương tích phần mềm cơ quan vận động là một tổn thương hay gặp trong tai nạn lao động, sinh hoạt, giao thông…
- Cần phất hiện các thương tích về da, gân cơ, thần kinh, xương, mạch máu để có thái độ xử trí kịp thời, phù hợp

II. CHỈ ĐỊNH

- Phân loại theo thời gian
- Vết thương phần mềm đến sớm trong 6h đầu
- Vết thương phần mềm đến muộn sau 6h: Viêm tấy tổ chức xung quanh
- Vết thương phần mềm đến muộn sau 24h: Viêm tấy tổ chức xng quanh có thể kèm NK huyết
- Phân loại theo độ sâu VT
- Vết thương nông, nhỏ: chỉ tổn thương thượng bì
- Vết thương rách da đơn thuần
- Vết thương sâu: tổn thương gân, cơ, mạch máu thần kinh phía dưới
- Vết thương bong lóc da và phần mềm rộng

IV. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh: Tâm lý cho người bệnh, hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính và các xét nghiệm.

2. Người thực hiện: Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình và hai người phụ

3. Phương tiện trang thiết bị: Bộ dụng cụ phẫu thuật chấn thương chung

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 60 - 90 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm: Gây tê hoặc gây mê

2. Kỹ thuật:

- Đánh rửa vết thương bằng xà phòng và nước muối cho sạch,.Vệ sinh và chải xăng vô khuẩn
- Ga rô gốc chi, tốt nhất là ga rô hơi
- Cắt lọc mép vết thương 2-3 mm, riêng da mặt và da tay cắt lọc tiết kiệm
- Cắt lọc phần mềm dưới tổn thương tới tổ chức lành, tưới rửa và thay găng tay và dụng cụ
- Mở rộng vết thương, cắt lọc lại phần mềm, tưới rửa hết các ngóc ngách
- Khâu lại các lớp, đặt dẫn lưu, khâu da

VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỔ

- Thay băng vết thương
- Kháng sinh phối hợp hai loại KS, tốt nhất dùng theo KSĐ

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Nhiễm trùng nặng viêm tấy: cần điều trị tích cực, thay băng cắt chỉ, cấy dịch vết mổ làm KSĐ, thay kháng sinh
- Di chứng vận động, sẹo co kéo nếu tổn thương rộng và nặng: Cần phục hồi chức năng sớm

PHẪU THUẬT KHX GÃY MỎM KHUỶU

I. ĐẠI CƯƠNG

Gãy mỏm khuỷu là loại gãy nội khớp, thường do chấn thương trực tiếp. Mỏm khuỷu là nơi bám tận của gân cơ tam đầu cánh tay, sau chấn thương do lực co kéo nên thường gãy di lệch nhiều.

Gãy mỏm khuỷu thường phải xử trí phẫu thuật; Phẫu thuật KHX mỏm khuỷu néo ép bằng kim Kirschner/ Kwire và chỉ thép hoặc nẹp vít.

Biến chứng hàng đầu có thể gặp: Hạn chế vận động khuỷu.

II. CHỈ ĐỊNH

- Gãy mỏm khuỷu di lệch, hoặc có trật khớp khuỷu
- Điều trị bảo tồn thất bại
- Nhu cầu vận động sớm

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Đang có tình trạng nhiễm khuẩn
- Toàn trạng nặng vì đa chấn thương

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Phẫu thuật viên là bác sỹ chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình

2. Người bệnh

Được giải thích đầy đủ về cuộc phẫu thuật, các tai biến, biến chứng có thể gặp trong và sau cuộc phẫu thuật (tổn thương thần kinh quay, khớp giả, tai biến do gây tê đám rối, gây mê…).

Nhịn ăn trước 6 giờ

3. Phương tiện

- Bộ dụng cụ KHX cẳng tay
- Bộ nẹp vít xương cẳng tay
- Bộ kim Kirschner/ Kwire và chỉ thép

4. Hồ sơ bệnh án

Ghi đầy đủ chi tiết các lần thăm khám, hội chẩn, giải thích cho người bệnh và gia đình.

5. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế ngọời bệnh:

Nằm ngửa, tay đặt vuông góc với thân mình, ôm qua ngực

2. Vô cảm

Gây tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc gây mê

3. Kỹ thuật

- Đường mổ: Rạch da khoảng 10 - 20 cm (theo thương tổn phức tạp của xương) đường sau xương trụ và qua mỏm khuỷu
- Bộc lộ đầu trên xương trụ và ổ gãy mỏm khuỷu
- Làm sạch diện gãy và khớp khuỷu
- Đặt lại xương, kết hợp xương néo ép bằng kim Kirschner/ Kwire và chỉ thép hoặc đặt nẹp vít ôm mỏm khuỷu và bắt vít
- Kiểm tra ổ gãy, cầm máu, bơm rửa kỹ
- Đặt dẫn lưu nếu cần thiết, rút sau 24 – 48h
- Khâu phục hồi các lớp theo giải phẫu
- Băng vô khuẩn
- Túi treo tay hoặc nẹp bột cánh cẳng bàn tay khuỷu 90º trong 1 tuần

Chú ý:
- Phẫu tích tránh tổn thương thần kinh trụ
- Làm sạch khớp khuỷu, tránh xơ dính sau mổ

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Tụ máu, phù nề sau mổ
- Nhiễm trùng sau mổ
- Liệt thần kinh sau mổ: do chấn thương co kéo trong mổ, garo kéo dài (liệt 3 dây)
- Phục hồi chức năng sau mổ

ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN GÃY XƯƠNG ĐÒN

I. ĐẠI CƯƠNG

- Xương đòn là 1 xương dài nằm ngang, hơi chếch ở phía trước trên thành ngực 2 bên. Đầu trong bắt khớp với xương ức bởi khớp ức-đòn, đầu ngoài bắt khớp với mỏm cùng của xương bả vai bởi khớp cùng-đòn. Ở 1/3 trong có 1 trong 2 bó của cơ ức-đòn-chũm bám, nên khi xương đòn gẫy, đoạn gẫy phía trong thường bị kéo lệch lên trên, gây khó khăn trong việc nắn chỉnh.
- Gẫy xương đòn là một trong những chấn thương hay gặp nhất, gẫy xương đòn thường dễ liền, nên chủ yếu được điều trị bảo tồn.
- Cơ chế chấn thương có thể do lực tác động trực tiếp, có thể còn do ngã chống tay khi duỗi tay. Tỷ lệ khớp giả sau điều trị bảo tồn là 0,1% - 7,0%. Khi điều trị bảo tồn, mặc dù ổ gẫy di lệch thường không được nắn chỉnh và cố định trong tư thế hoàn hảo nhưng kết quả về chức năng thì rất tốt và hoàn toàn có thể chấp nhận được về mặt thẩm mỹ.

II. CHỈ ĐỊNH

Tất cả các trường hợp gẫy kín xương đòn mà không kèm theo tổn thương mạch máu và thần kinh.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Gẫy hở xương đòn.
2. Gẫy xương đòn có tổn thương mạch máu.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Chuyên khoa chấn thương: 02 người.

2. Phương tiện: không có phương tiện gì đặc biệt.

- Bàn nắn thường hoặc chỉ cần một chiếc ghế để người bệnh ngồi.
- Thuốc tê: 1 ống Xylocaine (hoặc Lidocaine) 1%, pha loãng trong 5 ml nước cất hoặc dung dịch huyết thanh mặn Natriclorua 0,9%, tiêm tại ổ gẫy.
- Băng đai số 8 tùy theo kích thước người bệnh. Nơi không có băng đai số 8, hoặc băng đai không vừa cỡ, chuẩn bị 2-3 cuộn bột, cỡ 15 cm để bó bột số 8.

3. Người bệnh

- Được thăm khám toàn diện, tránh bỏ sót tổn thương.
- Được giải thích kỹ mục đích của thủ thuật.
- Được vệ sinh sạch sẽ vùng xương gẫy, cởi áo hoàn toàn (cả áo lót).

4. Hồ sơ

- Cần ghi rõ ngày giờ bị tai nạn, ngày giờ bó bột, tình trạng thăm khám toàn thân, hướng xử trí, những điều dặn dò và hẹn khám lại.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Kỹ thuật nắn và bất động với băng số 8 theo cách của Watson-Jones:

1. Người bệnh

Được gây tê ổ gẫy, ngồi trên một ghế tròn lưng ngay ngắn, hai vai ngang, hai tay chống mạng sườn ưỡn ngực mắt nhìn thẳng, đầu ngay ngắn.

2. Người nắn

Đứng sau người bệnh đầu gối tỳ giữa hai bả vai người bệnh, bàn chân đặt trên ghế, hai tay cầm chắc vào vùng vai kéo nắn từ từ dạng ra sau tối đa. Sau đó cố định tư thế này bằng băng đai số 8 (hoặc bó bột số 8, bó bột Desault, hiện nay 2 kiểu bó bột này ít còn sử dụng). Khi bó bột số 8 cần lưu ý:

+ Bó bột số 8 bao giờ phần bột gặp nhau hình dấu X cũng về phía sau lưng.

+ Mục đích của bó bột số 8 hoặc đeo băng đai số 8 là để làm căng giãn vai và ưỡn ngực ra cho xương đòn được kéo dài ra theo trục, chứ không phải mục đích cố định vững chắc xương, nên bó bột số 8 không cần phủ kín bột trùm lên trên ổ gẫy. Nếu phủ kín bột lên ổ gẫy chưa chắc giữ xương được vững hơn, mà có thể dễ gây loét da tại ổ gẫy.
+ Vùng nách nên vê nhỏ lại để người bệnh khép nách được dễ dàng, phải che phủ kỹ lông nách, tránh lông nách dính vào bột gây đau người bệnh khi tập và khi tháo bột. Khi bó bột Desault cần lưu ý: đệm lót dầy vùng xương gẫy, vì trong gẫy xương đòn, bao giờ cũng thế, không ít thì nhiều cũng có gồ xương, dễ gây loét.
3. Thời gian bất động với người lớn, khoảng 4-5 tuần. Trong thời gian bất động:
+ Hướng dẫn người bệnh tập vẫn động sớm khớp vai 2 bên, tập nhẹ nhàng và tăng dần, không đợi xương có can mới tập dễ bị cứng khớp vai.
+ Cứ 5-7 ngày, kiểm tra xem tình trạng của băng đai, nếu lỏng cho chỉnh lại cho vừa phải. Nếu phải chỉnh, nên chỉnh bên vai tổn thương trước, bên lành sau.
+ Hướng dẫn người bệnh khi cần thay áo, nên: cởi áo thì cởi bên tay lành trước, khi mặc áo thì mặc bên tay đau trước. Mặc áo vào bình thường, việc tập vai dễ dàng hơn là người bệnh trùm áo ra bên ngoài vai.
Không cần bất động gì cả xương đòn vẫn liền tốt và không để lại bất kỳ một di chứng nào. Nhiều khi dùng băng vải hoặc băng thun băng cho trẻ theo kiểu số 8 cũng được, nhưng không có tác dụng nhiều. Công việc băng bó ấy chỉ có tác dụng động viên, có tác động xua đi sự hoang mang lo lắng của cha mẹ hoặc thân nhân của trẻ là chính.

VI. THEO DÕI

Hầu hết gẫy xương đòn theo dõi điều trị ngoại trú. Chỉ các trường hợp nặng, có nghi chấn thương ngực hoặc các tạng khác mới cần theo dõi nội trú.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Theo dõi thở, nếu khó thở cần chụp ngực ở tư thế đứng xem có bị tràn máu, tràn khí màng phổi không. Nếu có, chuyển mổ dẫn lưu màng phổi cấp cứu.
2. Theo dõi mạch quay, cảm giác, vận động của các ngón tay để phát hiện tổn thương mạch máu, thần kinh hay do bột hoặc băng đai chặt, chèn ép bó mạch thần kinh ở vùng nách.
- Nếu tổn thương mạch máu: mổ cấp cứu để XỬ TRÍ nối hoặc ghép mạch.
- Nếu tổn thương đám rối thần kinh cánh tay: chờ phục hồi sau 3-6 tháng.
- Nếu do băng đai chặt: nới băng đai, hướng dẫn người bệnh chống 2 tay để dạng 2 nách.

ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN GÃY ĐẦU DƯỚI XƯƠNG QUAY

I. ĐẠI CƯƠNG

- Gãy đầu dưới xương quay là loại gãy phổ biến nhất vùng cổ tay ở người lớn. Nguyên nhân thường do ngã chống tay. Hay gặp nhất là gãy kiểu Pouteau Colles. Còn lại là gãy các kiểu khác: các loại gãy nội khớp, gãy mỏm trâm quay, gãy kèm gãy đầu dưới xương trụ hoặc gãy mỏm trâm trụ...
- Gãy Pouteau-Colles (hoặc Colles): là gãy đầu dưới xương quay, đường gãy cách khe khớp cổ tay 2,5- 3 cm, là loại gãy ngoại khớp, có 2 kiểu di lệch điển hình là di lệch ra ngoài (tạo hình lưỡi lê) và di lệch ra sau (tạo hình dĩa).
- Trong một số ít trường hợp (khoảng 3%) đoạn gãy dưới có thể di lệch vào trong và ra trước (gãy Smiths, hoặc Goyrand).

II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN

1. Gãy kín, gãy hở độ I theo Gustilo.
2. Gãy đầu dưới xương quay ở trẻ em.
3. Tất cả các trường hợp gãy kín đầu dưới xương quay đến sớm.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Gãy hở từ độ 2 trở lên theo Gustilo.
2. Gãy xương kèm tổn thương mạch, thần kinh, hội chứng khoang bàn tay.
3. Chống chỉ định tương đối: những trường hợp sưng nề nhiều, nhiều nốt phỏng, biểu hiện của rối loạn dinh dưỡng. Các trường hợp này nên bất động tạm bằng các loại nẹp, cho gác cao tay, thuốc men...,chờ ít ngày tay bớt sưng nề sẽ nắn bó bột thực thụ.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Chuyên khoa chấn thương: 3 người (1 chính và 2 phụ).
- Chuyên khoa gây mê hồi sức: 2 người (nếu người bệnh cần gây mê).

2. Phương tiện

- 1 bàn nắn thông thường.
- 1 đai vải to bản, đủ dài để cố định tay người bệnh vào bàn làm đối lực khi nắn.
- Thuốc gây mê hoặc gây tê.
- Bột thạch cao 3-4 cuộn khổ 15 cm.

3. Người bệnh

- Được giải thích kỹ mục đích của thủ thuật, quá trình tiến hành làm thủ thuật. Với bệnh nhi cần giải thích kỹ cho bố mẹ hoặc người thân.
- Được vệ sinh sạch sẽ, cởi bỏ áo tay bên bó bột.
- Với người bệnh gây mê cần nhịn ăn uống 6 giờ, tránh nôn hoặc hiện tượng trào ngược.

4. Hồ sơ

- Cần ghi rõ ngày giờ bị tai nạn, ngày giờ bó bột, tình trạng thăm khám toàn thân, hướng xử trí, những điều dặn dò và hẹn khám lại.
- Với người bệnh gây mê cần có tờ cam kết chấp nhận thủ thuật.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Nắn chỉnh ổ gãy

1.1. Người bệnh

- Tư thế người bệnh: nằm ngửa trên bàn, dùng dây đai to bản cố định khuỷu tay vào mấu ngang ở bàn nắn làm đối lực.
- Cẳng tay, bàn tay người bệnh để sấp (nếu gãy kiểu Pouteau-Colles và các di lệch ra sau), để ngửa (nếu gãy Smiths, Goyrand và các loại gãy di lệch ra trước khác).
- Gây tê tại chỗ hoặc gây mê tùy từng trường hợp cụ thể.

1.2. Các bước tiến hành: dựa vào sự di lệch trên phim XQ để nắn xương

1.2.1. Nắn gẫy di lệch kiểu Pouteau-Colles

- Cố định khuỷu tay gấp 90o, sấp cổ bàn tay. Sau khi thuốc tê có hiệu lực:
- Người phụ 1: một tay nắm lấy ngón cái kéo theo trục của xương quay, tay kia nắm các ngón còn lại kéo theo hướng cẳng tay, kéo giãn chừng 3-5 phút.
- Người nắn chính: nắn sửa di lệch ra sau bằng 2 cách chính:

+ Cách 1: dùng các ngón tay dài của 2 tay giữ phía trước cẳng tay và cổ tay người bệnh làm đối lực, dùng 2 ngón cái đẩy mạnh vào đầu dưới xương quay để sửa di lệch ra sau. Sau đó nắn nghiêng về phía trụ để sửa di lệch ra ngoài.

+ Cách 2: dùng 1 tay giữ ở phía trước cẳng tay và cổ tay làm đối lực, tay kia dùng cả cùi gan tay (cườm gan tay) đẩy mạnh vào đầu dưới xương quay để sửa di lệch ra sau. Nắn sửa di lệch ra ngoài tương tự như cách 1.

+ Cũng có thể nắn theo cách khác: vì gẫy kiểu Pouteau-Colles, do 2 thành xương (thành sau của đoạn trên ổ gẫy và thành trước của đoạn dưới ổ gẫy) là các diện mặt phẳng tỳ lên nhau, dễ nắn, nên nắn sửa di lệch trong-ngoài xong thì mới nắn sửa di lệch trước-sau. Ngoài ra, có thể nắn bằng cách: đưa đầu dưới gập góc thêm, rồi dùng 2 ngón tay cái đẩy trượt cho 2 diện gẫy gối vào nhau rồi đột ngột duỗi cổ tay ra, xương sẽ được nắn vào tốt.

1.2.2. Nắn gẫy kiểu Smiths, Goyrand và các kiểu gẫy di lệch ra trước

- Tay người bệnh để ngửa, nắn ngược chiều với cách nắn kiểu di lệch ra sau.
- Còn có thể nắn bằng cách: sau khi kéo giãn như trên, dựng đứng cẳng bàn tay người bệnh lên, dùng 2 ngón cái đẩy đầu dưới xương quay ra sau, gẫy kiểu này đa số là gẫy chéo nội khớp, xương có thể vào dễ.

1.2.3. Nắn gẫy mỏm trâm quay, các loại gẫy khác: tùy theo di lệch mà nắn

2. Bất động: bó bột Cẳng-bàn tay.

2.1. Các bước tiến hành bó bột

- Bước 1: Quấn giấy vệ sinh hoặc bông lót, hoặc lồng bít tất jersey, đặt 1 dây rạch dọc chính giữa mặt trước cẳng bàn tay. Không đặt dây rạch dọc sang 2 bên hoặc ra sau cẳng tay. Giấy, bông hoặc jersey bao giờ cũng làm dài hơn bột.

- Bước 2: Rải nẹp bột: lấy 1 trong số những cuộn bột đã được chuẩn bị, rải lên bàn, xếp đi xếp lại hình Zích-zắc khoảng 4-6 lớp, độ dài của nẹp được đo trước (từ mỏm khuỷu đến khớp bàn-ngón), cuộn hoặc gấp nhỏ lại, ngâm nhanh trong nước, vớt ra, bóp nhẹ cho ráo nước, gỡ ra và vuốt cho phẳng, đặt nẹp bột ra sau tay theo mốc đã định, vuốt dọc nẹp bột vào sau cẳng bàn tay cho phẳng.

- Bước 3: Quấn bột: quấn vòng tròn quanh tay và nẹp bột đã đặt từ trước, quấn đều tay theo kiểu xoáy trôn ốc từ trên xuống dưới rồi từ dưới lên trên cho đến hết cuộn bột. Nếu thấy bột chưa đủ dày, vừa quấn bột vừa thả tiếp 1 cuộn bột nữa vào chậu, lưu ý là nếu ngâm bột quá lâu hoặc quá vội mà vớt lên sớm đều không tốt. Thường thấy rằng, cuộn bột ngâm khi nào vừa hết sủi tăm là tốt. Bó bột nên lăn đều tay, nhẹ nhàng, không tỳ ngón tay vào một vị trí của bột quá lâu dễ gây lõm bột, quấn đến đâu vuốt và xoa đến đấy, độ kết dính sẽ tốt hơn, bột sẽ nhẵn và đẹp. Thấy bột đã đủ dày, xoa vuốt, chỉnh trang cho bột nhẵn, đều và đẹp. Cần bộc lộ mô cái để tập sớm (trừ 1 số trường hợp đặc biệt, bột ôm cả mô cái và đốt 1 ngón cái như khi gẫy xương thuyền, xương bàn 1, đốt 1 ngón 1).

- Bước 4: Rạch dọc bột và băng giữ ngoài bột: có thể rạch bột từ trên xuống hoặc từ dưới lên. Một tay cầm đầu dây nâng cao vuông góc với mặt da, một tay rạch bột theo đường đi của dây, cẩn thận không làm đứt dây. Để dây không bị tuột, nên quặt đầu dây, quấn qua ngón 2 hoặc ngón 3. rạch từ trên xuống và rạch từ dưới lên, đến khi 2 đường rạch gần gặp nhau thì túm cả 2 đầu dây lên để rạch nốt, khi cầm dây lên xem, dây còn nguyên vẹn thì chắc chắn rằng bột đã được rạch dọc hoàn toàn. Băng giữ ngoài bột. Cuối cùng, đừng quên

lau chùi sạch các ngón tay để tiện theo dõi mầu sắc ngón tay trong quá trình
2.2. Thời gian bất động: 4-5 tuần. Trong thời gian bất động: sau 7-10 ngày cho chụp kiểm tra, thay bột tròn, nếu có di lệch thứ phát thì nắn sửa thêm.

VI. THEO DÕI

- Nhẹ thì theo dõi điều trị ngoại trú.
- Nặng hoặc gẫy di lệch, tay sưng nề thì cho vào viện theo dõi nội trú.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Hội chứng chèn ép khoang gan tay: ít gặp. Nếu có: mổ cấp cứu giải phóng thần kinh giữa và các thành phần khác trong ống cổ tay.
2. Hội chứng Sudeck, rối loạn dinh dưỡng: điều trị phục hồi chức năng.
3. Tai biến muộn: can lệch (tùy tuổi người bệnh, tùy cơ năng mà quyết định).

ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN GÃY MÂM CHÀY

I. ĐẠI CƯƠNG

- Gãy mâm chày là loại gãy xương nội khớp đầu trên xương chày.
- Là phần xương xốp nên gãy mâm chày sẽ chảy máu ổ gãy nhiều, gây sưng nề, rối loạn dinh dưỡng, có thể kèm theo các tai biến nguy hiểm như hội chứng khoang, tắc mạch.
- Là loại gãy xương dễ liền, ít khi thấy khớp giả.

II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN

1. Gãy kín.
2. Gãy mâm chày không di lệch hoặc di lệch ít (di lệch và lún dưới 5mm).
3. Gãy có di lệch, có chỉ định mổ, nhưng vì một lý do nào đó không mổ được (thể trạng già yếu, có bệnh toàn thân nặng, không có điều kiện mổ, từ chối mổ).
4. Với những trường hợp gãy nhiều mảnh phức tạp, phẫu thuật kết hợp xương khó khăn có thể điều trị bảo tồn.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Không điều trị bảo tồn những trường hợp gãy hở.
2. Gãy xương kèm tổn thương mạch máu, thần kinh, hội chứng khoang.
3. Thận trọng: những trường hợp sưng nề, nốt phỏng nhiều nên kê chân cao trên khung (có thể kéo liên tục qua xương gót), chờ khi chân bớt nề sẽ bó bột.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Chuyên khoa chấn thương: 4 người (1 chính và 3 phụ).
- Chuyên khoa gây mê hồi sức: 2 (nếu người bệnh cần gây mê).

2. Phương tiện

- Bàn nắn:

+ Trường hợp đơn giản, ít lệch: bàn nắn bình thường. Cần 1 độn gỗ để kê dưới chân người bệnh khi bó bột.

+ Trường hợp khó, phức tạp: bàn nắn chỉnh hình có hệ thống kéo và căng chỉnh (bàn Pelvie).

- Thuốc gây tê hoặc gây mê. Nếu gây tê: 2-3 ống Lidocaine (hoặc Xylocaine) 1% pha loãng trong 5-10 ml nước cất (hoặc huyết thanh mặn 0,9%).

Nếu gây mê: do bác sỹ gây mê chuẩn bị và thực hiện.

- Bột thạch cao: 4-5 cuộn khổ 20 cm, 3-4 cuộn khổ 15 cm.
- Các dụng cụ phương tiện tối thiểu khác: bông lót, bơm tiêm, dịch truyền, dây truyền dịch, dây và dao rạch dọc, cồn tiêm, dụng cụ gây mê hồi sức, nước ngâm bột, băng vải (hoặc băng thun) để quấn ngoài bột…

3. Người bệnh

- Được giải thích kỹ mục đích của thủ thuật, quá trình tiến hành làm thủ thuật. Với bệnh nhi, cần giải thích cho bố mẹ hoặc người thân.
- Được vệ sinh sạch sẽ vùng xương gẫy, cởi bỏ quần bên tổn thương .
- Với người bệnh gây mê, cần nhịn ăn uống ít nhất 5-6 giờ, tránh nôn hoặc hiện tượng trào ngược.

4. Hồ sơ

- Cần ghi rõ ngày giờ bị tai nạn, ngày giờ bó bột, tình trạng thăm khám toàn thân, hướng xử trí, những điều dặn dò và hẹn khám lại.
- Với người bệnh gây mê, cần có tờ cam kết chấp nhận thủ thuật.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH.

1. Nắn chỉnh ổ gẫy
- Tư thế người bệnh: Nằm ngửa trên bàn, tốt nhất là bàn chỉnh hình.
- Gây tê tại chỗ hoặc gây mê (nếu gây mê, do bác sỹ gây mê tiến hành).
- Sát trùng rộng vùng khớp gối, đi găng vô khuẩn hút máu tụ trong khớp gối.
- Kéo thẳng trục, giữ cho phần mềm quanh gối căng. Người nắn chính dùng 2 tay đẩy ép mảnh gẫy về vị trí.

2. Bất động: Bó bột Đùi-cẳng-bàn chân rạch dọc.

2.1. Bó bột trên bàn nắn thông thường

- Bước 1: Quấn lót chân bằng giấy vệ sinh, hoặc bông, hoặc đi bít tất vải jersey. Vùng khớp gối và cổ chân cần độn lót dầy hơn tránh đau và sự tỳ đè gây loét.

Đặt dây rạch dọc trước đùi, gối, cẳng bàn chân (cho bột cấp cứu). Dây rạch dọc nên để dài một chút cả về 2 đầu, đầu trên lên quá nếp bẹn chừng 20-30 cm, đầu dưới nên cài vào kẽ ngón 2-3, vòng quanh ngón 2 để dây khỏi tuột khi rạch bột.

- Bước 2: bó bột thì 1 (bó bột Cẳng-bàn chân): Dùng độn gỗ kê dưới khoeo người bệnh. Rải và đặt 1 nẹp bột tăng cường ở phía sau cẳng, bàn chân để tiến hành bó bột Cẳng-bàn chân. Quấn bột xuất phát điểm là từ cổ chân, quấn từ dưới lên trên rồi từ trên xuống dưới theo kiểu xoáy trôn ốc, bó đến đâu xoa và vuốt đến đó cho bột kết dính tốt hơn, khi cảm thấy bột đủ độ dày thì được. Lưu ý: 3 điểm

+ Một là: vùng trước cổ chân cũng giống như vùng trước của khuỷu tay, nếu bó không khéo thì bột sẽ bị căng như 1 dây cung, vừa xấu bột, vừa không bất động được tốt. Nên dùng bột cỡ nhỏ và nhiều khi dùng kéo cắt xẻ tà (cắt bán phần băng bột khi bó bột đến cổ chân), để XỬ TRÍ hiện tượng căng bột, bột sẽ đẹp hơn.

+ Hai là: Nơi mép trên của bột bó thì 1, nên bó mỏng dần, nếu bó dầy vuông thành sắc cạnh, khi bó bột thì 2 nối vào, bột dễ bị cộm hoặc dễ long lở, gẫy bột.

+ Ba là: nên làm nhanh tay, vì bột bó 2 thì, nếu làm chậm, bột thì 1 đã khô cứng hẳn, sẽ khó kết dính tốt với bột bó ở thì 2 (giống như thợ xây đổ bê tông 2 thì, họ cũng phải làm như vậy thì khối bê tông mới vững chắc được).

- Bước 3: bó bột thì 2 (bó tiếp bột lên đùi): Bỏ độn gỗ, 1 trợ thủ viên cầm cổ chân kéo chếch chân người bệnh lên, 1 trợ thủ viên dùng 2 tay đỡ dưới đùi người bệnh và kỹ thuật viên chính tiến hành bó bột. Rải tiếp 1 nẹp bột to bản, ngâm nhanh, vắt ráo nước và đặt phía sau đùi, đầu dưới nẹp gối lên mép bột vừa bó ở thì 1. Dùng bột khổ to quấn đè lên 1 phần bột đã bó, cũng quấn bột vòng tròn, xoáy trôn ốc từ dưới lên trên, rồi từ trên xuống dưới, đến khi thấy đủ độ dầy thì thôi, theo mốc đã định từ ban đầu. Chú ý tăng cường chỗ bột nối 2 thì để bột khỏi bị long lở.

2.2. Bó bột trên bàn chỉnh hình (Pelvie): vẫn bó 2 thì, nhưng khác là:

+Thì 1: bó ống bột trước, bột ở gần cổ chân cũng bó mỏng dần, để khi bó bột thì 2 nối vào, bột khỏi bị cộm, đẹp và không bị đau.

+Thì 2: Bó nối thêm bột ở cổ chân, bàn chân: sau khi bó xong ống bột, đỡ người bệnh khỏi bàn Pelvie, đặt nằm trên bàn thường, bó nối tiếp phần bột ở cổ, bàn chân. Nếu bột cấp cứu thì rạch dọc bột.

2.3. Bột Đùi- cẳng- bàn chân que ngang: để chống di lệch xoay, bằng cách bó đến cổ chân được 4-5 lớp thì đặt 1 que ngang dưới vùng gót (que ngang này đặt song song với mặt phẳng nằm ngang), bó tiếp bột ra ngoài, đến khi xong.

- Với gẫy rạn mâm chày, có thể bó ống bột rạch dọc.

3. Thời gian bất động bột: với người lớn: 6-8 tuần (trẻ em tùy theo tuổi).

VI. THEO DÕI

- Những trường hợp nặng, nên cho vào viện theo dõi và điều trị nội trú.

- Gẫy mâm chày là một loại gẫy cần phải theo dõi chu đáo, để phát hiện sớm các biến chứng như: chèn ép bột, hội chứng khoang. Phải theo dõi hàng giờ tình trạng của bệnh nhân
- Cần kê chân cao, theo dõi sát cảm giác đau của người bệnh, vận động, cũng như màu sắc, nhiệt độ của ngón chân (giống như với gẫy cẳng chân ở vị trí 1/3 trên).

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Với những trường hợp biến chứng mạch máu, hội chứng khoang cần phải siêu âm Doppler (hoặc chụp mạch), mổ cấp cứu để xử trí tổn thương.
- Chân sưng nề, rối loạn dinh dưỡng: nới bột rộng rãi, kê cao chân, thuốc chống sưng nề…

ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN GÃY MONTEGGIA

I. ĐẠI CƯƠNG

- Đây là loại gãy xương đặc biệt, được Monteggia mô tả vào năm 1814, là gãy thân xương trụ gập góc, di lệch và trật chỏm xương quay.
- Cần phát hiện sớm và điều trị kịp thời, nếu điều trị muộn thường để lại di chứng nặng nề.
- Theo tác giả Bado thì có 4 kiểu gãy:

* Kiểu 1: Gãy 1/3 trên xương trụ gập góc mở ra sau và trật chỏm xương quay ra trước, chiếm 60% trong gãy Monteggia.
* Kiểu 2: Gãy 1/3 trên xương trụ gập góc mở ra trước và trật chỏm xương quay ra sau, có khi gãy chỏm quay, chiếm 15% .
* Kiểu 3: Gãy xương trụ ở hành xương dưới mỏm vẹt và trật chỏm quay ra ngoài, thường gặp ở trẻ em, chiếm 20%.
* Kiểu 4: Gãy xương trụ 1/3 trên gập góc, trật chỏm xương quay ra trước kèm gãy 1/3 trên xương quay dưới lồi củ nhị đầu .

II. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN

1. Gãy kín, gãy hở độ I, đến sớm (1 tuần trở lại).
2. Gãy Monteggia ở trẻ em dưới 15 tuổi.
3. Người bệnh người lớn nhưng không có điều kiện mổ hoặc từ chối mổ.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Gãy hở độ II theo Gustilo trở lên.
2. Gãy kín nhưng đến muộn (trên 1 tuần).
3. Hội chứng chèn ép khoang, hoặc có thương tổn mạch máu, thần kinh.
4. Gãy Monteggia trong tình trạng đa chấn thương, shock, nguy cơ tử vong.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Chuyên khoa chấn thương: 4 người (1 chính và 3 phụ).
- Chuyên khoa gây mê hồi sức: 2 người (nếu người bệnh cần gây mê).

2. Phương tiện

- 1 bàn nắn thông thường.
- 1 đai vải to bản, đủ dài để cố định tay người bệnh vào bàn làm đối lực khi nắn.
- Thuốc gây mê hoặc gây tê.
- Bột thạch cao 3-4 cuộn khổ 15 cm, thêm vài cuộn cỡ 10 cm để bó vùng cổ tay.

3. Người bệnh

- Được giải thích kỹ mục đích của thủ thuật, quá trình tiến hành làm thủ thuật. Với bệnh nhi cần giải thích kỹ cho bố mẹ hoặc người thân.
- Được vệ sinh sạch sẽ, cởi bỏ áo tay bên bó bột.
- Với người bệnh gây mê cần nhịn ăn uống 6 giờ, tránh nôn hoặc hiện tượng trào ngược.

4. Hồ sơ

- Cần ghi rõ ngày giờ bị tai nạn, ngày giờ bó bột, tình trạng thăm khám toàn thân, hướng xử trí, những điều dặn dò và hẹn khám lại.
- Với người bệnh gây mê cần có tờ cam kết chấp nhận thủ thuật.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH NẮN, BẤT ĐỘNG

1. Người bệnh

- Nằm ngửa trên bàn nắn thông thường, cởi bỏ áo bên định nắn bó bột.
- Gây tê tại chỗ ổ gẫy bằng Xylocaine hoặc Lidocaine (2 ống 1% pha loãng trong 5 ml nước cất hoặc dung dịch Natriclorua 0,9%). Trường hợp nặng hoặc trẻ em: gây mê nhanh toàn thân, theo đường tĩnh mạch (do bác sỹ gây mê thực hiện).

- Vai người bệnh để dạng, đặt 1 đai vải đối lực ở trên khuỷu, cẳng bàn tay để sấp.

2. Các bước tiến hành

2.1. Nắn

Thực chất nắn chỏm quay vào khớp là quan trọng, nắn xương trụ được là tốt, nếu còn di lệch ít thì thôi, di lệch nhiều thì mổ kết hợp xương sau (mổ có chuẩn bị). Không được nắn sớm, chỏm quay trật lâu ngày nắn khó đạt kết quả, kể cả mổ đặt lại cũng rất khó khăn, thường để lại hậu quả rất xấu về cơ năng.

Tiến hành nắn:

- Trợ thủ 1: 1 tay cầm vào ngón cái, 1 tay nắm 4 ngón còn lại (hoặc 2 tay nắm cổ tay người bệnh) kéo xuống theo trục cẳng tay, vừa kéo vừa xoay cẳng tay sấp vào trong đến tối đa và gấp dần khuỷu lại (khi bó bột nhớ nhả lại, không bó ở tư thế sấp tối đa này nữa mà chỉ ở tư thế sấp nhẹ).
- Người nắn chính: sau khi trợ thủ kéo như trên đủ thời gian (3-5 phút), căn cứ cụ thể vị trí chỏm quay đã xác định qua phim điện quang, dùng ngón tay cái đẩy vào vị trí (bắt khớp với lồi cầu xương cánh tay), chỏm quay vào khớp có thể cảm thấy tiếng "khục" nhỏ, hoặc cảm giác chỏm quay vào khớp có thể truyền vào tay người nắn, nếu người nắn có kinh nghiệm. Khi nắn xong chỏm quay, nắn sửa thêm xương trụ. Với trường hợp xương trụ gẫy chéo, không cần nắn mà ổ gẫy vẫn tự vào với nhau, vì một khi chỏm quay đã vào khớp sẽ có tác dụng giữ đủ độ dài cho xương trụ.

2.2. Bó bột: bó Bột Cánh-cẳng-bàn tay. Lưu ý:

- Sau khi nắn xong, tháo bỏ đai vải, trợ thủ 1 đỡ tay cho người nắn chính tiến hành bó bột. Trợ thủ 2 và 3: giúp việc (quấn giấy hoặc bông lót, đỡ tay, ngâm bột, vớt bột, vắt bột, đặt dây rạch dọc, chạy ngoài...
- Nhớ rạch dọc bột hoàn toàn.
- Luôn luôn chú ý giữ sao cho chỏm quay không bị trật lại bằng cách cho khuỷu gấp quá 90o, bột cũng bó ở tư thế khuỷu gấp quá 90o.

2.3. Thời gian bất động: với người lớn trung bình 8-10 tuần. Trong thời gian mang bột:

Sau 7-10 ngày chụp kiểm tra, nếu chỏm quay trật lại hoặc xương trụ di lệch: mổ đặt lại khớp và kết hợp xương. Nếu kết quả chụp kiểm tra tốt: thay bột tròn ở tư thế cơ năng, thay bột xong vẫn cần chụp kiểm tra lần nữa xem chỏm quay có bị trật hoặc xương trụ có bị di lệch do quá trình thay bột hay không.

VI. THEO DÕI

Thường theo dõi điều trị ngoại trú, chỉ cần điều trị theo dõi nội trú với các trường hợp có tổn thương phối hợp hoặc có sưng nề, rối loạn dinh dưỡng.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Tai biến mạch máu ít gặp.
- Tai biến thần kinh cũng ít, nếu có, chủ yếu gặp liệt thần kinh quay (thường do căng giãn do chỏm quay khi trật đã co kéo thần kinh quay căng giãn theo. Với tổn thương này, không cần mổ, theo dõi, thần kinh quay thường hồi phục sau vài tháng, có trường hợp sau 6 tháng mới phục hồi hoàn toàn. Không phục hồi sẽ mổ chuyển gân sau.
- Bỏ sót trật lại chỏm quay: nắn tốt nhưng việc theo dõi không tốt, chỏm quay trật lại mà không biết, không XỬ TRÍ sớm, chỏm quay trật lâu ngày không nắn được. Việc mổ đặt lại khớp và tái tạo dây chằng rất khó khăn, nhiều khi phải bất đắc dĩ mổ cắt bỏ chỏm quay.

PHẪU THUẬT KHX GÃY ĐẦU DƯỚI XƯƠNG QUAY

I. ĐẠI CƯƠNG

Gãy đầu dưới xương quay rất phổ biến, chiếm 16% tất cả gãy xương điều trị ở phòng cấp cứu và chiếm 75% tất cả gãy xương cẳng tay.

Có thể điều trị bảo tồn nắn bột hoặc nắn kín rồi cố định diện gãy bằng kim Kirschner chéo diện gãy hay kỹ thuật Kapandji. Phẫu thuật KHX nẹp vít giúp bệnh nhân vận động được sớm và phục hồi cơ năng tốt.

Biến chứng hay gặp là can lệch và tổn thương thần kinh giữa.

II. CHỈ ĐỊNH

- Gãy di lệch hoặc điều trị bảo tồn thất bại
- Có biến chứng như can lệch, tổn thương thần kinh quay...

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tại chỗ bị rối loạn dinh dưỡng, phỏng nước.
- Toàn thân: Tình trạng nhiễm khuẩn, sốc vì đa chấn thương.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Phẫu thuật viên là bác sĩ chuyên khoa chấn thương chỉnh hình.

2. Người bệnh

Được giải thích đầy đủ về cuộc phẫu thuật, các tai biến, biến chứng có thể gặp trong và sau cuộc phẫu thuật (tổn thương thần kinh quay, hạn chế vận động khuỷu, tai biến do gây tê đám rối...).

Nhịn ăn trước 6 giờ.

3. Phương tiện

- Bộ dụng cụ kết hợp xương cho xương cẳng tay.
- Bộ nẹp vít cho gãy đầu dưới xương quay.

4. Hồ sơ bệnh án

Ghi đầy đủ, chi tiết các lần thăm khám, hội chẩn, giải thích cho người bệnh và gia đình.

5. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế người bệnh

Nằm ngửa, cánh tay dạng, cẳng tay ngửa.

2. Vô cảm

Gây tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc gây mê.

3. Kỹ thuật

- Đặt Garo.
- Đường mổ: Rạch da theo đường Henry dài khoảng 10cm.
- Vào khoảng giữa gân gấp cổ tay quay và bó mạch quay bộc lộ gân gấp các ngón, sau đó vén sang bên bộc lộ cơ sấp vuông.
- Bộc lộ cơ sấp vuông và vén vào trong để vào đầu dưới xương quay.
- Bộc lộ rõ diện khớp và phía trung tâm đủ để đặt nẹp, làm sạch đầu xương.
- Đặt lại xương, ốp nẹp và cố định bằng kìm kẹp xương giữ nẹp.
- Bắt vít để cố định nẹp, ít nhất 3 vít ở đầu trung tâm.
- Rửa vùng mổ, kiểm tra cầm máu.
- Khâu phục hồi các lớp cân cơ, da theo giải phẫu.
- Băng vô khuẩn.
- Nẹp bột cẳng bàn tay, treo tay để trong 2-3 tuần.

V. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Tụ máu, phù nề sau mổ.
2. Nhiễm khuẩn sau mổ.
3. Tổn thương động mạch quay hoặc thần kinh giữa.

PHẪU THUẬT KHX GÃY TRÊN LỒI CẦU XƯƠNG ĐÙI

I. ĐẠI CƯƠNG

Gãy trên lồi cầu xương đùi thường gặp ở người trẻ do chấn thương, ở người già do ngã. Loại gãy này có đường gãy chéo xuống dưới và ra trước trên chỗ bám của cơ sinh đôi. Cơ này kéo gục đầu dưới ra sau, chọc vào hõm khoeo gây tổn thương bó mạch khoeo. Đầu trên thúc vào ngách túi hoạt dịch và cơ tứ đầu. Ở người già mổ kết hợp xương với nẹp vít có khó khăn do loãng xương.

II. CHỈ ĐỊNH

- Gãy trên lồi cầu đùi di lệch

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Đang có tình trạng nhiễm khuẩn
- Toàn trạng nặng vì đa chấn thương

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện Phẫu thuật viên là bác sỹ chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình

2. Người bệnh

Được giải thích đầy đủ về cuộc phẫu thuật, các tai biến, biến chứng có thể gặp trong và sau cuộc phẫu thuật (nhiễm trùng, mất máu, khớp giả, hạn chế biên độ khớp gối, tai biến do gây tê đám rối, gây mê…).

Nhịn ăn trước 6 giờ

3. Phương tiện

- Bộ dụng cụ kết hợp xương đùi
- Bộ nẹp vít xương đùi, nẹp ốp lồi cầu, nẹp DCS, đinh nội tủy có chốt

4. Hồ sơ bệnh án

Ghi đầy đủ chi tiết các lần thăm khám, hội chẩn, giải thích cho người bệnh và gia đình

5. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế người bệnh

Nằm ngửa, có kê gối độn dưới mông bên chi gãy

2. Vô cảm: Gây tê tủy sống.

3. Kỹ thuật

- Đường mổ: Sử dụng đường ngoài với mốc mấu chuyển lớn và phía ngoài khớp gối dọc theo trục xương đùi, rạch da khoảng 15 - 20 cm (theo thương tổn phức tạp của xương).
- Rạch cân cơ căng mạc đùi, tách và vén cơ rộng ngoài, cầm máu các nhánh mạch xiên băng đốt điện hoặc thắt
- Bộc lộ diện gãy, xác định các mảnh rời.
- Làm sạch diện gãy, lấy máu cục
- Đặt lại xương, kết hợp xương bằng các phương pháp sẵn có: nẹp vít, nẹp DCS, nẹp ốp lầu cầu, đinh nội tủy có chốt ngang.
- Kiểm tra ổ gãy, cầm máu, bơm rửa kỹ
- Đặt dẫn lưu nếu cần thiết, rút sau 24 – 48h
- Khâu phục hồi các lớp theo giải phẫu
- Băng vô khuẩn

Chú ý:

- Qua trình nâng hai đầu xương tránh làm tổn thương động, tĩnh mạch đùi.
- Làm sạch khớp gối, tránh xơ dính sau mổ

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Tụ máu, phù nề sau mổ
- Nhiễm trùng sau mổ
- Phục hồi chức năng sau mổ

PHẪU THUẬT KHX GÃY LỒI CẦU TRONG XƯƠNG ĐÙI

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật kết hợp xương diện gãy lồi cầu trong xương đùi là phẫu thuật nắn chỉnh diện gãy lồi cầu trong xương đùi và cố định diện gãy bằng phương tiện kết hợp xương.

II. CHỈ ĐỊNH

– Gãy lồi cầu trong xương đùi di lệch.

– Gãy lồi cầu trong xương đùi ở người trưởng thành.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

– Gãy lồi cầu trong ở không di lệch ở trẻ em.

– Gãy hở lồi cầu trong xương đùi nhiễm trùng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình.

2. Người bệnh:

– Chuẩn bị vệ sinh thân thể trước mổ.

– Vệ sinh vùng mổ, cạo lông vùng mổ nếu nhiều lông.

3. Phương tiện:

– Bộ dụng cụ kết hợp xương đùi.

– Nẹp vít, vít AO dành cho gãy đầu xa xương đùi, trong trường hợp không có nẹp chuyên dụng có thể sử dụng nẹp vít thông thường.

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 60 – 90 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế người bệnh:

Người bệnh nằm ngửa, kê mông bên phẫu thuật.

2. Vô cảm:

Gây tê tủy sống, tê ngoài màng cứng hoặc gây mê toàn thân.

3. Kỹ thuật:

– Dồn máu, ga rô gốc chi.

– Rạch da đường trước trong.

– Tách cân cơ, bộc lộ diện gãy lồi cầu trong xương đùi.

– Nắn chỉnh diện gãy xương lồi cầu trong về vị trí giải phẫu, chú ý một số trường hợp gãy lún diện sụn khớp của xương đùi, cần nâng xương lún và đặt lại giải phẫu lồi cầu trong xương đùi.

– Cố định diện gãy xương bằng phương tiện kết hợp xương, thông thường sử dụng vít xương xốp tự do, có thể dùng kim Kirschner để cố định, hiếm khi phải dùng nẹp vít để cố định diện gãy lồi cầu trong đơn thuần.

– Bơm rửa sạch ổ khớp gối, chú ý các mảnh xương vụn.

– Cầm máu kỹ, cân nhắc việc đặt dẫn lưu.

– Khâu phục hồi phần mềm theo giải phẫu.

VI. THEO DÕI XỬ TRÍ TAI BIẾN

– Biến chứng mạch máu, thần kinh: Thường do phẫu tích thô bạo gây nên. Trong quá trình phẫu thuật cần phẫu tích nhẹ nhàng. Nếu nghi ngờ có tổn thương có thể mở rộng để kiểm tra ngay trong mổ. Sau mổ cần theo dõi sát các dấu hiệu lâm
sàng để xử trí kịp thời.

PHẪU THUẬT KHX GÃY LỒI CẦU NGOÀI XƯƠNG ĐÙI

I. ĐẠI CƯƠNG

Gãy lồi cầu ngoài xương đùi đơn thuần là loại gãy hiếm gặp, tuy nhiên thường liên quan đến sự vững chắc của khớp gối do hệ thống dây chằng bên ngoài bám vào lồi cầu ngoài xương đùi. Là loại gãy nội khớp nên thường chỉ định phẫu thuật.

I. CHỈ ĐỊNH

- Gãy lồi cầu ngoài đùi di lệch

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Đang có tình trạng nhiễm khuẩn
- Toàn trạng nặng vì đa chấn thương

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Phẫu thuật viên là bác sỹ chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình

2. Người bệnh

Được giải thích đầy đủ về cuộc phẫu thuật, các tai biến, biến chứng có thể gặp trong và sau cuộc phẫu thuật (nhiễm trùng, mất máu, khớp giả, hạn chế biên độ khớp gối, tai biến do gây tê đám rối, gây mê…).

Nhịn ăn trước 6 giờ

3. Phương tiện

- Bộ dụng cụ kết hợp xương đùi
- Bộ nẹp vít xương đùi, nẹp ốp lồi cầu, vít xốp

4. Hồ sơ bệnh án

Ghi đầy đủ chi tiết các lần thăm khám, hội chẩn, giải thích cho người bệnh và gia đình

5. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 120 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế người bệnh

Nằm ngửa, có kê gối độn dưới mông bên chi gãy

2. Vô cảm Gây tê tủy sống.

3. Kỹ thuật

- Đường mổ: Sử dụng đường ngoài với mốc mấu chuyển lớn và phía ngoài khớp gối dọc theo trục xương đùi. Rạch da khoảng 15 - 20 cm cong về phía lồi củ chày
- Rạch cân cơ căng mạc đùi, tách và vén cơ rộng ngoài, cầm máu các nhánh mạch xiên bằng đốt điện hoặc thắt
- Bộc lộ diện gãy, tránh bóc tách rộng rãi gây tổn thương dây chằng bên ngoài
- Làm sạch diện gãy, lấy máu cục khớp gối
- Đặt lại xương, kiểm tra diện khớp cố định tạm thời bằng kim Kirschner và kết hợp xương bằng các phương pháp sẵn có: Nẹp vít, nẹp ốp lầu cầu, vít xốp đường kính 6,5mm.
- Kiểm tra ổ gãy, vận động gối, cầm máu, bơm rửa kỹ
- Đặt dẫn lưu nếu cần thiết, rút sau 24 – 48h
- Khâu phục hồi các lớp theo giải phẫu
- Băng vô khuẩn
- Bó bột tăng cường

Chú ý: - Làm sạch khớp gối, tránh xơ dính sau mổ

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Tụ máu, phù nề sau mổ
- Nhiễm trùng sau mổ
- Phục hồi chức năng sau mổ

PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG ỐNG CỔ TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

Hội chứng ống cổ tay: Là hiện tượng dây thần kinh giữa ở ống cổ tay bị chèn ép. Dây thần kinh giữa truyền cảm giác từ bề mặt gan bàn tay của các ngón tay (trừ ngón tay út) và điều khiển các cơ vận động ngón tay cái. Ống cổ tay được hình thành bởi xương cổ tay và dây chằng ngang cổ tay. Ống cổ tay là một "đường ống" hẹp chứa thần kinh giữa và gân vận động các ngón tay. Nếu các bộ phận ở gần hoặc trong ống cổ tay bị sưng hoặc dày lên có thể chèn ép dây thần kinh giữa, dẫn đến đau, tê và làm yếu bàn tay và ngón cái.

II. CHỈ ĐỊNH

NB có chẩn đoán xác định bị hội chứng ống cổ tay:

- Triệu chứng cơ năng gồm những triệu chứng về cảm giác vùng da do thần kinh giữa chi phối ở bàn tay: Dị cảm, giảm cảm giác, đau, tê cứng.
- Triệu chứng thực thể gồm: Dấu hiệu Tinel dương tính, nghiệm pháp Phalen dương tính, giảm hoặc mất cảm giác châm chích vùng da thần kinh giữa chi phối.
- Test dẫn truyền thần kinh cho thấy có sự rối loạn chức năng thần kinh giữa vùng ống cổ tay.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- NB có bệnh lý kèm theo chống chỉ định phẫu thuật: Tim mạch, ĐTĐ …

IV. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh: Tâm lý cho người bệnh, hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính và các xét nghiệm.

2. Người thực hiện: Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình và hai người phụ

3. Phương tiện trang thiết bị: Bộ dụng cụ phẫu thuật bàn tay

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 30 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Vô cảm: Tê ĐRCT bên chi phẫu thuật
- Sát khuẩn, trải toan
- Rạch da cổ tay khoảng 1cm theo nếp gấp cổ tay
- Bộc lộ ống cổ tay dưới chỗ rạch da
- Dùng kéo luồn và cắt ống cổ tay mặt trước dọc theo trục chi. Rạch sao cho hết chiều dài ống cổ tay.
- Kiểm tra lại thần kinh giữa.
- Đóng vết mổ theo giải phẫu

VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỔ

- Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, tại chỗ vết mổ
- Kháng sinh 3 – 5 ngày
- Tập PHCN sau mổ

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu: Băng ép cầm máu hoặc khâu cầm máu
- Nhiễm trùng: Tách chỉ, thay kháng sinh

PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG CHÈN ÉP THẦN KINH TRỤ

I. ĐẠI CƯƠNG

Thần kinh trụ có thể bị chèn ép tại rãnh thần kinh trụ ở khuỷu tay hoặc tại kênh Guyon ở cổ tay. Bệnh lý chèn ép thần kinh trụ ở khuỷu tay là bệnh lý thần kinh ngoại biên do đè ép phổ biến thứ 2, chỉ sau hội chứng ống cổ tay. Khi đi qua rãnh thần kinh trụ ở khuỷu tay, thần kinh trụ đi rất nông và không có cơ che phủ nên rất dễ bị tổn thương. Những nguyên nhân như bất thường các cấu trúc giải phẫu, gãy xương cũ hoặc mới, bệnh lý khớp viêm tại vùng khuỷu có thể dẫn đến thần kinh trụ bị chèn ép. Duy trì tư thế gấp khuỷu trong thời gian dài hoặc lặp đi lặp lại động tác gấp/duỗi khuỷu có thể gây tổn thương thần kinh trụ. Trong khi đó, những người làm nghề đòi hỏi vận động cổ tay nhiều là đối tượng nguy cơ của bệnh lý chèn ép thần kinh trụ ở kênh Guyon vùng cổ tay.

II. CHỈ ĐỊNH

NB có chẩn đoán xác định bị hội chứng chèn ép thần kinh trụ, không đáp ứng với điều trị bảo tồn:

- Biến dạng "bàn tay vuốt trụ"
- Mất động tác giạng và khép các ngón, khép ngón cái, gấp đốt xa ngón 4-5
- Mất cảm giác ở ngón tay út, mô út và 1/2 ngón nhẫn.
- Mất phản xạ trụ sấp
- Kết quả khảo sát chẩn đoán điện phù hợp với tổn thương thần kinh trụ.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- NB có bệnh lý kèm theo chống chỉ định phẫu thuật: Tim mạch, ĐTĐ …

IV. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh: Tâm lý cho người bệnh, hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính và các xét nghiệm.

2. Người thực hiện: Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình và hai người phụ

3. Phương tiện trang thiết bị: Bộ dụng cụ phẫu thuật bàn tay

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 30 phút

VIII. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm: Tê ĐRCT bên chi phẫu thuật

2. Kỹ thuật:

- Sát khuẩn, trải toan
- Đối với thần kinh trụ bị chèn ép ở khuỷu: phẫu thuật chuyển vị trí thần kinh trụ ra trước
- Đối với thần kinh trụ bị chèn ép ở ống Guyon: phẫu thuật cắt bỏ mỏm móc của xương móc kết hợp với giải phóng thần kinh trụ bị chèn ép. Trường hợp người bệnh có u bao hoạt dịch hay một tổ chức gì khác ở trong hay gần kênh Guyon gây chèn ép thần kinh trụ thì cũng cần phải phẫu thuật
- Đóng vết mổ theo giải phẫu.

V. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỔ

- Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, tại chỗ vết mổ
- Kháng sinh 3 – 5 ngày
- Tập PHCN sau mổ

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu: Băng ép cầm máu hoặc khâu cầm máu
- Nhiễm trùng: Tách chỉ, thay kháng sinh

PHẪU THUẬT KHX GÃY XƯƠNG ĐỐT BÀN VÀ ĐỐT NGÓN CHÂN

I. ĐẠI CƯƠNG

- Gãy đốt bàn chân hay gặp do chấn thương trực tiếp.
- Với cấu trúc 3 trụ chịu lực tại bàn chân nên cần xem xét kỹ thương tổn đưa ra phương pháp điều trị thích hợp.

II. CHỈ ĐỊNH

- Gãy đốt bàn di lệch.
- Gãy hở.
- Gãy cả 5 xương.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Khi tình trạng phần mềm bàn chân chưa ổn định

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: Phẫu thuật viên chuyên ngành chấn thương chỉnh hình.
2. Người bệnh: Chuẩn bị tâm lý, hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính.
3. Phương tiện: Bộ dụng cụ KHX bàn chân
4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: Người bệnh nằm ngửa, duỗi cẳng chân.
2. Vô cảm: Tê tủy sống hoặc mê khí quản.
3. Kỹ thuật

- Garo gốc chi bằng garo hơi hoặc garo chun
- Sát trùng chi chấn thương.
- Rạch da mặt mu chân.
- Đặt lại diện gãy.
- KHX bằng K.Wire hoặc nẹp vis.
- Làm sạch.
- Đóng da.
- Tháo garo.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi

- 3 ngày đầu sau mổ: Dấu hiệu sinh tồn, vận động cảm giác chi thể, tình trạng vết thương
- Những ngày sau: Tình trạng nhiễm trùng, rối loạn dinh dưỡng

2. Xử trí tai biến

- Chảy máu vết mổ: băng ép hoặc khâu tăng cường.
- Nhiễm trùng: phân biệt NT nông hay sâu để xử trí.
- Rối loạn dinh dưỡng: gác cao chân, chườm lạnh, thuốc chống phù nề.

PHẪU THUẬT TỔN THƯƠNG GÂN DUỖI DÀI NGÓN MỘT

I. ĐẠI CƯƠNG

- Tổn thương gân cơ duỗi dài ngón một chủ yếu gặp trong các vết thương vùng bàn chân, cổ chân và phần dưới cẳng chân.
- Là một trong các cơ quan trọng giúp ngón 1 gấp về phía mu chân nên phẫu thuật cần khâu nối phục hồi gân theo đúng giải phẫu, vững chắcđảm bảo phục hồi chức năng tốt nhất cho người bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH

- Vết thương vùng bàn chân giữa, cổ chân và 1/3 dưới cẳng chân.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tình trạng toàn thân của người bệnh nặng không cho phép phẫu thuật.
- Vùng chi dưới dập nát không có khả năng bảo tồn hoặc cấp máu kém.
- Cứng khớp hoặc dập nát không có khả năng bảo tồn ngón I bàn chân.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

- Phẫu thuật viện chuyên khoa chấn thương chỉnh hình.
- 2 PTV phụ mổ.

2. Người bệnh:

- Chuẩn bị tâm lý, cần được giải thích trước mổ về quá trình phẫu thuật, hậu phẫu và tập phục hồi chức năng sau mổ. Chuẩn bị hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính và các xét nghiệm cần thiết.
- Chuẩn bị người bệnh trước mổ: nhịn ăn, vệ sinh vùng mổ, kháng sinh dự phòng.

3. Phương tiện, trang thiết bị:

- Bộ dụng cụ mổ chấn thương chung.
- Thực hiện tại các cơ sở có chuyên khoa chấn thương chỉnh hình.

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 40phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: Người bệnh nằm ngửa.

2. Vô cảm:

- Người bệnh được dùng kháng sinh dự phòng.
- Vô cảm người bệnh bằng gây tê tủy sống hoặc gây mê.

3. Kỹ thuật:

Bước 1: Sát khuẩn vùng mổ bằng dung dịch Betadine hoặc cồn 70 độ.
Bước 2: Dùng garo hơi trong mổ với áp lực 350-400 mmHg hoặc garo chun.
Bước 3: Đánh rửa, cắt lọc, làm sạch vết thương.
Bước 4: Rạch da theo đường đi của gân tùy theo vị trí đứt (nền đốt 2 ngón 1 qua mặt trước mu chân và khớp cổ chân đến sát phía ngoài mào chày ở 1/3 dưới cẳng chân).
Bước 5: Tiến hành khâu nối gân kiểu tận tận (Kessler, Kessler cải tiến hoặc Kessler – Tajima) bằng chỉ nylon đơn sợi 2/0 hoặc 3/0.
Bước 6: Cầm máu, làm sạch vết mổ và đặt dẫn lưu nếu cần.
Bước 7: Đóng da hai lớp (dưới da và khâu da).
Bước 8: Nẹp bột cẳng bàn chân tư thế cơ năng.

VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỔ

1. Theo dõi

- Theo dõi tình trạng chi thể: Màu sắc da, vận động, cảm giác đầu chi, mạch đầu chi.
- Hướng dẫn tập phục hồi chức năng sau mổ.

- Kháng sinh đường tiêm dùng 5-7 ngày sau mổ.
- Giảm đau sau mổ đường tiêm hoặc uống.

2. Tai biến và xử trí

- Chảy máu vết mổ: Băng chun ép cầm máu, có thể phải mở vết mổ cầm máu nếu cần.
- Nhiễm trùng vết mổ: Tách chỉ vết mổ, thay băng làm sạch vết mổ hàng ngày, dùng thuốc theo kháng sinh đồ.

PHẪU THUẬT TỔN THƯƠNG GÂN CƠ CHÀY SAU

I. ĐẠI CƯƠNG

- Tổn thương gân cơ chày sau chủ yếu gặp trong các vết thương vùng gan chân, cổ chân đoạn ống gót và mặt sau cẳng chân.
- Là một trong các cơ quan trọng giúp bàn chân gấp về phía gan chânvà xoay trong nên cần khâu nối gân theo đúng giải phẫu, vững chắcđảm bảo phục hồi chức năng tốt nhất cho người bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH

- Vết thương có tổn thương gân vùng bàn chân sau mặt gan chân, cổ chân đoạn ống gót và mặt sau cẳng chân.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tình trạng toàn thân của người bệnh nặng không cho phép phẫu thuật.
- Vùng chi dưới dập nát không có khả năng bảo tồn hoặc cấp máu kém.
- Cứng khớp cổ chân.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

- Phẫu thuật viện chuyên khoa chấn thương chỉnh hình
- 2 PTV phụ mổ.

2. Người bệnh:

- Chuẩn bị tâm lý, cần được giải thích trước mổ về quá trình phẫu thuật, hậu phẫu và tập phục hồi chức năng sau mổ. Chuẩn bị hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính và các xét nghiệm cần thiết.
- Chuẩn bị người bệnh trước mổ: nhịn ăn, vệ sinh vùng mổ, kháng sinh dự phòng.

3. Phương tiện, trang thiết bị:

- Bộ dụng cụ mổ chấn thương chung.
- Thực hiện tại các cơ sở có chuyên khoa chấn thương chỉnh hình.

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 40phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: Người bệnh nằm ngửa.

2. Vô cảm:

- Người bệnh được dùng kháng sinh dự phòng.
- Vô cảm người bệnh bằng gây tê tủy sống hoặc gây mê.

3. Kỹ thuật:

Bước 1:Sát khuẩn vùng mổ bằng dung dịch Betadine hoặc cồn 70 độ.
Bước 2: Dùng garo hơi trong mổ với áp lực 350-400 mmHg hoặc garo chun.
Bước 3: Đánh rửa, cắt lọc, làm sạch vết thương.
Bước 4: Rạch da theo đường đi của gân tùy theo vị trí đứt (nền đốt bàn ngón Imặt gan chân, đi vào ống gót vùng mặt trong khớp cổ chân đến sát phía sau mắt cá trong và mặt sau cẳng chân).
Bước 5: Tiến hành khâu nối gân kiểu tận tận (Kessler, Kessler cải tiến hoặc Kessler – Tajima) bằng chỉ nylon đơn sợi 2/0 hoặc 3/0.
Bước 6: Cầm máu, làm sạch vết mổ và đặt dẫn lưu nếu cần.
Bước 7: Đóng da hai lớp (dưới da và khâu da).
Bước 8: Nẹp bột cẳng bàn chân tư thế cơ năng.

VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỔ

1. Theo dõi:

- Theo dõi tình trạng chi thể: Màu sắc da, vận động, cảm giác đầu chi, mạch đầu chi.

- Hướng dẫn tập phục hồi chức năng sau mổ.
- Kháng sinh đường tiêm dùng 5-7 ngày sau mổ.
- Giảm đau sau mổ đường tiêm hoặc uống.

2. Tai biến và xử trí:

- Chảy máu vết mổ: Băng chun ép cầm máu, có thể phải mở vết mổ cầm máu nếu cần.
- Nhiễm trùng vết mổ: Tách chỉ vết mổ, thay băng làm sạch vết mổ hàng ngày, dùng thuốc theo kháng sinh đồ.

PHẪU THUẬT ĐẶT LẠI KHỚP, GĂM KIM TRONG GÃY TRẬT CỔ XƯƠNG CÁNH TAY (CHƯA BAO GỒM KIM CỐ ĐỊNH)

I. ĐẠI CƯƠNG

Khớp vai là khớp dễ trật nhất trong cơ thể thường gặp ở người trẻ Gãy cổ xương cánh tay chiếm khoảng 80% là điều trị bảo tồn, nếu kèm theo trật khớp vai thì chủ yếu điều trị phẫu thuật

Nguyên nhân và cơ chế thường thấy nhất do ngã chống tay hoặc chống khuỷu trong tư thế tay dạng, đưa ra sau và xoay ngoài

II. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người già, có bệnh mạn tính kèm theo
- Điều trị bảo tồn cho kết quả tốt

III. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

- Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình, người phụ
- 2 PTV phụ mổ.

2. Người bệnh:

- Được giải thích về tình trạng bệnh tật, lợi ích, rủ ro và các biến chứng có thể xẩy ra
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính và xét nghiệm

3. Phương tiện: Bộ dụng cụ kết hợp xương chi trên thông thường

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 40phút

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế:

Người bệnh nằm ngửa, tay dạng và đặt trên bàn con Kê gối dưới vai bên phẫu thuật

2. Vô cảm:

- Gây tê đám rối cánh tay
- Gây mê nội khí quản

3. Kỹ thuật:

Bước 1: Sát trùng toàn bộ chi bằng Bêtadin hoặc cồn 70°

Bước 2: Rạch da theo đường delta ngực kéo xuống dưới theo bờ ngoài cơ nhị đầu

Bước 3: Phẫu tích vào ổ gãy và khớp vai

Bước 4: Đặt lại xương găm kim cố định

Bước 5: Đặt lại khớp vai

Bước 6: Khâu phục hồi bao khớp và phần mềm theo giải phẫu

V. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi

- Theo dõi mạch, huyết áp, nhiệt độ, dẫn lưu, vận động cảm giác chi thể…để phát hiện các biến chứng sau mổ
- Hướng dẫn tập phục hồi chức năng sau mổ

2. Tai biến và xử trí

- Chảy máu: Băng ép cầm máu nếu không được thì mổ lại cầm máu
- Nhiễm trùng: Thay kháng sinh, điều trị theo kháng sinh đồ, bù nước và điện giải cho người bệnh
- Trật khớp: Mổ đặt lại khớp
- Khớp giả: Mổ ghép xương ổ gãy
- Hoại tử chỏm: Thay khớp

PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG ĐIỀU TRỊ GÃY THÂN XƯƠNG ĐÙI PHỨC TẠP

I. ĐẠI CƯƠNG

Xương đùi là 1 xương dài nhất cơ thể, có nhiều cơ xung quanh nên khi gãy xương đùi, thường không điều trị bảo tồn được mà phải mổ kết hợp xương.

Gãy thân xương đùi phân loại theo AO có 3 mức:

- A: Đường gãy đơn giản
- B: Gãy có mảnh rời
- C: Gãy có nhiều mảnh
- Trong đó nhóm B và C được gọi là gãy phức tạp

II. CHỈ ĐỊNH

- Gãy xương đùi di lệch

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tình trạng toàn thân không cho phép
- Gãy xương đùi ít lệch ở trẻ em
- Gãy xương hở

IV. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh: Tâm lý cho người bệnh, hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính và các xét nghiệm.

2. Người thực hiện: Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình và hai người phụ

3. Phương tiện trang thiết bị: Bộ dụng cụ phẫu thuật gãy xương đùi và phẫu thuật chấn thương chung. Dụng cụ kết hợp xương (đinh nội tuỷ, nẹp vít)

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế người bệnh: Nằm ngửa, kê độn ở dưới mông cùng bên.

2. Vô cảm: Gây mê toàn thân hoặc tê tủy sống hay ngoài màng cứng

3. Kỹ thuật:

- Sát trùng vùng mổ rộng rãi
- Rạch da theo đường định hướng từ mấu chuyển lớn đến lồi cầu ngoài xương đùi
- Bóc tách cơ vào xương theo vách gian cơ ngoài
- Dùng kìm cặp xương nâng 2 đầu xương gãy, làm sạch hai đầu xương gãy
- Đặt lại xương gãy
- Dùng chỉ thép hoặc vis rời đặt lại những mảnh gãy
- Có thể KHX bằng nẹp hoặc đinh nội tủy
- Dùng nẹp bản rộng 10 lỗ hoặc hơn tùy theo mức độ phức tạp của ổ gãy, cố gắng đảm bảo ở mỗi phía có thể bắt được 4 hoặc 5 vít.
- Khoan với mũi khoan đường kính 3.5 mm
- Dùng thước xác định chiều dài lỗ khoan
- Bắt vít với chiều dài bằng chiều dài đã đo
- Nếu dùng đinh nội tủy: Đo chiều dài đinh tương ứng, đóng đinh xuôi dòng hoặc ngược dòng tùy theo diện gãy có thể bắt vis chốt
- Bơm rửa, cầm máu
- Dẫn lưu vùng mổ
- Phục hồi phần mềm theo giải phẫu
- Băng

VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU PHẪU THUẬT

- Toàn trạng

- Mạch mu chân và chày sau, vận động và cảm giác các ngón chân
- Dẫn lưu
- Tình trạng vết mổ
- Kê chân cao, dùng kháng sinh đường tiêm 5-7 ngày

VII. XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG

- Nếu có nguy cơ chảy máu nghi do tai biến vào mạch máu trong phẫu thuật thì có thể phải mổ lại kiểm tra
- Nếu có biểu hiện nhiễm trùng thì săn sóc vết thương, tách chỉ, thay kháng sinh, …

PHẪU THUẬT CHUYỂN VẠT CHE PHỦ PHẦN MỀM CUỐNG MẠCH LIỀN

I. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật lấy một vạt tổ chức bao gồm da-cân được nuôi dưỡng bằng nguồn mạch, xoay chuyển để điều trị khuyết hổng phần mềm ở chi

Có nhiều dạng vạt:

- Vạt cơ
- Vạt da cân
- Vạt da cơ

II. CHỈ ĐỊNH

- Khuyết hổng phần mềm vùng chi lân cận vạt được chuyển

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Vết thương phần mềm còn viêm nhiễm
- Còn rối loạn dinh dưỡng như phù nề nhiều, nhiều nốt phỏng
- Lộ xương nhưng còn viêm nhiễm
- Có các bệnh toàn thân như đái tháo đường, tim mạch… cần điều trị ổn định trước khi tiến hành

IV. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh: Tâm lý cho người bệnh, hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính và các xét nghiệm.

2. Người thực hiện: Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình và hai người phụ

3. Phương tiện trang thiết bị: Bộ dụng cụ phẫu thuật chấn thương chung

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 - 120 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Kiểm tra hồ sơ đã đúng và đầy đủ theo yêu cầu chưa?
- Kiểm tra người bệnh đã đúng và đã được chuẩn bị đúng yêu cầu chưa?
- Thực hiện kỹ thuật

1. Vô cảm: Gây mê nội khí quản hoặc gây tê tủy sống

2. Kỹ thuật bóc vạt:

- Thiết kế vạt:

- Đánh dấu vị trí lấy vạt
- Vẽ đảo da và trục của vạt da,
- Cuống vạt là tổ chức cân mỡ chứa thần kinh và mạch máu
- Chiều dài của vạt da đo từ điểm xoay đến bờ xa nhất của tổn khuyết
- Chiều dài của cuống vạt: Đo từ điểm xoay tới bờ gần nhất của tổn khuyết.
- Tư thế người bệnh
- Garo 1/3 G đùi (hoặc không).

- Thì 1: Xử trí thương tổn

- Cắt lọc mép tổn thương, cắt lọc tổ chức hoại tử từ nông vào sâu đảm bảo không còn tổ chức hoại tử.
- Tưới rửa nhiều lần bằng ôxy già, nước muối, Betadin.
- Đục bạt bề mặt xương lộ nếu bị viêm.
- Cầm máu kỹ tổn thương.
- Kiểm tra lại vạt đã thiết kế xem có phù hợp với thương tổn vừa cắt lọc không. Đắp gạc ẩm vào vùng thương tổn để chuyển sang thì bóc vạt.

- Thì 2: Bóc vạt

• Phẫu tích tìm TM và TK
• Rạch da xung quanh đảo da đến hết lớp cân để lại phần nối với cuống vạt. Khâu cố định lớp cân với lớp da xung quanh đảo da để không làm bóc tách giữa chúng gây tổn thương các mạch máu từ lớp cân lên nuôi da.
• Phẫu tích cuống vạt
• Nâng vạt từ trên xuống dưới với một đảo da cân và cuống vạt thì chỉ có lớp mỡ dưới da và cân.
• Tháo garo kiểm tra tình trạng tưới máu của vạt, cầm máu kỹ, lựa chọn góc xoay vạt để không làm xoắn vặn cuống vạt.
• Tạo đường hầm hoặc rạch da để đưa vạt đến che phủ vùng khuyết hổng.
• Khâu cố định vạt vào vùng khuyết hổng, đặt dẫn lưu dưới vạt (hoặc không).
• Khâu 2 mép da dày nơi lấy cuống vạt
• Khâu khép bớt nơi cho vạt, vá da mỏng hoặc ghép da Wolf- Krause nơi cho vạt.
• Băng ép nhẹ nhàng, để hở một phần vạt da để theo dõi sát tình trạng tưới máu của vạt, kịp thời phát hiện tình trạng chèn ép cuống vạt để xử trí.
• Đặt nẹp bột

VI. THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỔ

- Điều trị kháng sinh 5-7 ngày
- Thuốc chống phù nề, chống đông
- Ghép da mỏng lên vạt nếu vạt sống tốt (thông thường sau 5
- Rút dẫn lưu sau 48h, thay băng hàng ngày, phát hiện các biến chứng chảy máu, nhiễm khuẩn

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Cắt đứt cuống vạt → ngừng cuộc mổ thay bằng kỹ thuật khác ở cuộc mổ khác
- Chảy máu: Cần tìm nguyên nhân và xử trí theo nguyên nhân
- Theo dõi vạt; Nếu vạt có màu hồng tươi chứng tỏ vạt được tưới máu tốt, nếu vạt có màu tím, phù nề là có cản trở máu tĩnh mạch, có thể cắt bớt chỉ để giảm sức căng của vạt, nếu vạt nhợt màu, khô, chứng tỏ vạt được cấp máu kém, dễ hoại tử. Nếu vạt hoại tử cần cắt lọc làm sạch và chọn kỹ thuật khác cho phù hợp

PHẪU THUẬT VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM TỔN THƯƠNG THẦN KINH QUAY, THẦN KINH TRỤ, THẦN KINH GIỮA

I. ĐẠI CƯƠNG

Tổn thương thần kinh ngoại vi tương đối thường gặp trong cấp cứu chấn thương. Việc can thiệp khâu nối thần kinh sớm thì đầu thường đem lại kết quả khả quan. Kỹ thuật khâu nối thần kinh có nhiều kỹ thuật như khâu nối bao thần kinh, bó thần kinh hay bao – bó.

Bài viết này trình bày kỹ thuật khâu nối bao thần kinh, là kỹ thuật có thể triển khai được ở trong cấp cứu ở các cơ sở có chuyên khoa chấn thương chỉnh hình.

II. CHỈ ĐỊNH

- Tổn thương thần kinh ngoại vi do vết thương

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Mất đoạn thần kinh không thể khâu nối trực tiếp được
- Dập nát thần kinh

IV.CHUẨN BỊ

1. Người bệnh: Tâm lý cho người bệnh, hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính và các xét nghiệm.

2. Người thực hiện: Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình và hai người phụ

3. Phương tiện trang thiết bị: Bộ dụng cụ phẫu thuật bàn tay, kính vi phẫu, kính lúp

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 - 120 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Gây tê vùng hoặc gây mê toàn thân
- Garo hơi áp lực 250 mmHg đối với chi trên hoặc 350mmHg đối với chi dưới
- Đường rạch da tùy theo vị trí vết thương để mở rộng vết thương về hai phía đảm bảo được việc phẫu tích thần kinh rõ ràng.
- Phẫu tích hai đầu thần kinh, đảm bảo nguyên vẹn vỏ bao dây thần kinh và không bị quá căng khi khâu nối.
- Sửa sang hai đầu diện khâu nối, đảm bảo sạch, gọn và dễ dàng cho khâu nối
- Khâu nối bao thần kinh kỹ thuật khâu vắt với chỉ nhỏ 6.0 hoặc 7.0 hay nhỏ hơn tùy theo khẩu kính của dây thần kinh.
- Bơm rửa, dẫn lưu vùng mổ nếu cần
- Đóng vết mổ theo các lớp giải phẫu
- Nẹp bột bất động đoạn chi ở tư thế cơ năng

VI. THEO DÕI

- Theo dõi tình trạng chảy máu
- Theo dõi tình trạng nhiễm trùng
- Theo dõi và đánh giá tiến triển hồi phục thần kinh bằng lâm sàng, điện sinh lý thần kinh

VII. XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG

- Mổ lại nếu có biến chứng chảy máu
- Thay kháng sinh, săn sóc vết thương nếu có nhiễm trùng
- Chuyển gân trong trường hợp thần kinh không hồi phục sau khi khâu nối.

PHẪU THUẬT LẤY XƯƠNG CHẾT NẠO VIÊM

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm tủy xương là bệnh nhiễm trùng trong xương, nhiễm trùng có thể từ đường máu hoặc có thể do chấn thương lộ xương tiếp xúc với vi khuẩn Phẫu thuật để loại bỏ tổ chức hoại tử lấy bỏ phần xương chết

II. CHỈ ĐỊNH

- Viêm xương đường máu
- Viêm xương sau chấn thương thường gặp sau gãy xương hở, sau mổ kết hợp xương

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh mắc các bệnh lý về rối loạn đông máu có thể gây chảy máu không cầm

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

- Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình, người phụ
- 2 PTV phụ mổ.

2. Người bệnh:

- Được giải thích về tình trạng bệnh tật, lợi ích, rủ ro và các biến chứng có thể xẩy ra
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính và xét nghiệm

3. Phương tiện: Bộ dụng cụ kết hợp xương thông thường

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 40phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm:

- Gây tê đám rối cánh tay hoặc tủy sống
- Gây mê nội khí quản

2. Kỹ thuật:

Bước 1: Sát trùng toàn bộ chi bằng Bêtadin hoặc cồn 70°
Bước 2: Ga rô cầm máu đối với những vị trí có thể được
Bước 3: Lấy bỏ tổ chức hoại tử
Bước 4: Tháo dụng cụ kết hợp xương nếu có
Bước 5:Đục bỏ xương viêm, mở cửa sổ xương, bơm rửa ống tủy, lấy xương chết
Bước 6: Tìm các đường dò để mổ lấy hết đường dò
Bước 7: Nếu xương không vững cố định xương bằng khung cố định ngoài hoặc bột
Bước 8: Dẫn lưu

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi

- Theo dõi mạch, huyết áp, nhiệt độ, dẫn lưu, vận động cảm giác chi thể…để phát hiện các biến chứng sau mổ
- Hướng dẫn tập phục hồi chức năng sau mổ

2. Tai biến và xử trí

- Chảy máu: Băng ép cầm máu nếu không được thì mổ lại cầm máu
- Nhiễm trùng: Thay kháng sinh, điều tri theo kháng sinh đồ, bù nước và điện giải cho người bệnh
- Xương không liền: Mổ lại khi hết nhiễm trùng
- Cal lệch: Mổ chỉnh trục khi hết nhiễm trùng

PHẪU THUẬT KHX GÃY TRÊN LỒI CẦU XƯƠNG CÁNH TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

Gãy trên lồi cầu xương cánh tay là loại gãy phổ biến ở trẻ em. Đường gãy ngoài khớp, chỗ thành xương yếu. Thường gặp là cơ chế gãy duỗi, do ngã chống tay, chủ yếu gặp ở trẻ em. Ít gặp cơ chế gãy gấp, do ngã ngửa ra sau, chống khuỷu, gặp ở người lớn. Gãy trên lồi cầu trẻ em thường điều trị nắn bó bột bảo tồn. Phẫu thuật KHX trên lồi cầu bằng kim Kirschner/ Kwire hoặc nẹp vít Biến chứng hàng đầu có thể gặp: Tổn thương thần kinh, mạch máu, hạn chế vận động khuỷu

II. CHỈ ĐỊNH

- Điều trị bảo tồn thất bại
- Gãy di lệch, gãy phức tạp: Tổn thương mạch máu, thần kinh
- Gãy trên lồi cầu người lớn

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Đang có tình trạng nhiễm khuẩn
- Toàn trạng nặng vì đa chấn thương

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện Phẫu thuật viên là bác sỹ chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình

2. Người bệnh

Được giải thích đầy đủ về cuộc phẫu thuật, các tai biến, biến chứng có thể gặp trong và sau cuộc phẫu thuật (tổn thương thần kinh quay, khớp giả, tai biến do gây tê đám rối, gây mê…). Nhịn ăn trước 6 giờ

3. Phương tiện

- Bộ dụng cụ KHX cánh tay
- Bộ nẹp vít xương cánh tay
- Bộ kim Kirschner/ Kwire

4. Hồ sơ bệnh án

Ghi đầy đủ chi tiết các lần thăm khám, hội chẩn, giải thích cho người bệnh và gia đình

5. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế ngọời bệnh: Nằm ngửa, tay dạng vuông góc với thân mình và được đặt trên một bàn mổ riêng.

2. Vô cảm:

Gây tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc gây mê

3. Kỹ thuật:

- Đường mổ: Rạch da khoảng 5 - 10 cm (theo thương tổn phức tạp của xương) đường ngoài
- Phẫu tích tách qua vách gian cơ ngoài
- Bộc lộ ổ gãy trên lồi cầu
- Làm sạch diện gãy
- Đặt lại xương, kết hợp xương bằng kim Kirschner/ Kwire chéo ổ gãy hoặc đặt nẹp vít và bắt vít
- Kiểm tra ổ gãy, cầm máu, bơm rửa kỹ
- Đặt dẫn lưu nếu cần thiết, rút sau 24 – 48h
- Khâu phục hồi các lớp theo giải phẫu
- Băng vô khuẩn
- Túi treo tay hoặc nẹp bột cánh cẳng bàn tay khuỷu 90º trong 2 tuần

Chú ý:

- Phẫu tích kiểm tra và XỬ TRÍ tổn thương mạch máu, thần kinh có thể kết hợp đường mổ trong

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

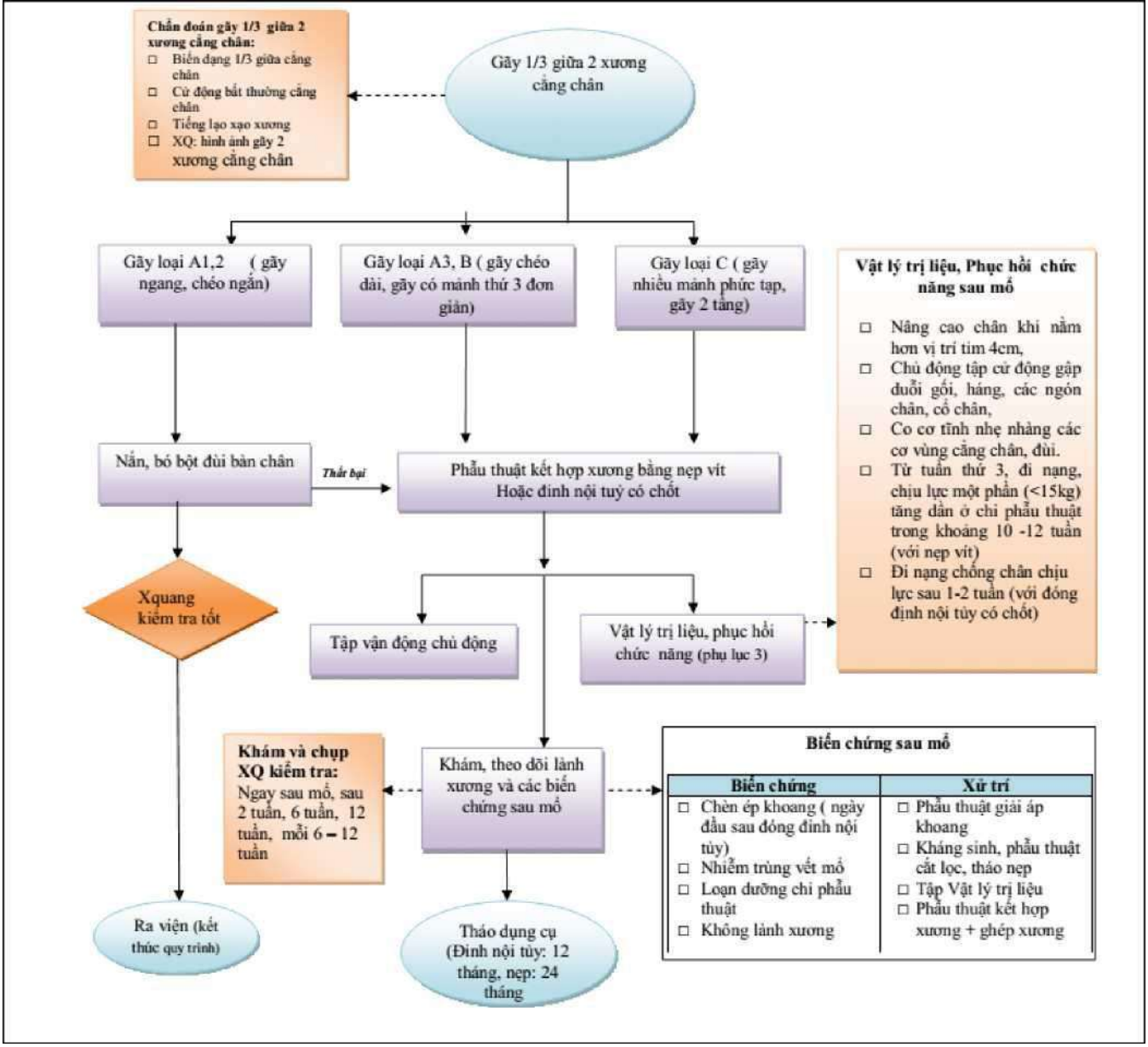
- Tụ máu, phù nề sau mổ
- Nhiễm trùng sau mổ
- Liệt thần kinh sau mổ: Do chấn thương co kéo trong mổ, garo kéo dài (liệt 3 dây) - Phục hồi chức năng sau mổ
- Hội chứng Volkmann (sau tổn thương mạch máu, thần kinh): Phục hồi chức năng, bột chỉnh duỗi dần, hoặc phẫu thuật kéo dài gân…

PHẪU THUẬT GÃY 1/3G 2 XƯƠNG CẲNG CHÂN Ở NGƯỜI LỚN

1. ĐÁNH GIÁ TRƯỚC KHI VÀO QUY TRÌNH

Tiêu chuẩn đưa vào:	☐ Gãy 1/3 giữa thân xương chày và mác ☐ Bệnh nhân > 18 tuổi	☐ Gãy kín
Tiêu chuẩn loại ra:	☐ Gãy hở ☐ Gãy xương bệnh lý	☐ Bệnh nhân là TE ☐ Tình trạng toàn thân chưa cho phép phẫu thuật
Tiền sử:	☐ Tiền sử dị ứng	Ghi rõ:……..
	☐ Can thiệp ngoại khoa	Ghi rõ:……..

2. QUY TRÌNH CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ



3. NGUYÊN TẮC CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ

Nguyên tắc điều trị

1. Nắn chỉnh phục hồi hoàn chỉnh giải phẫu
2. Cố định vững chắc, đúng kỹ thuật.
3. Tập vận động chủ động + vật lý trị liệu, Phục hồi chức năng sau mổ.
4. Theo dõi và phòng ngừa, điều trị các biến chứng.

4. CHẨN ĐOÁN VÀ PHÂN LOẠI

CHẨN ĐOÁN		
Lâm sàng	□ Biến dạng chi □ Sưng	□ Cử động bất thường □ Điểm đau chói
Cận lâm sàng	□ XQ cẳng chân Thẳng - Nghiêng: gãy 1/3 giữa 2 xương cẳng	

PHÂN LOẠI Theo AO cho các trường hợp gãy kín		
Độ A (Xương chày gãy đơn giản)	Độ B (Xương chày gãy có mảnh rời)	Độ C (Xương chày gãy phức tạp)
□ A1: Gãy ngang □ A2: Gãy chéo vát < 30 độ □ A3: Gãy chéo vát > 30 độ	□ B1: Gãy xoắn vặn có mảnh rời □ B2: Gãy có mảnh rời chéo vát □ B3: Gãy có nhiều mảnh rời nhỏ	□ C1: Gãy chéo xoắn nhiều □ C2: Gãy hai tầng □ C3: Gãy vụn cả một đoạn

5. PHÂN TẦNG NGUY CƠ

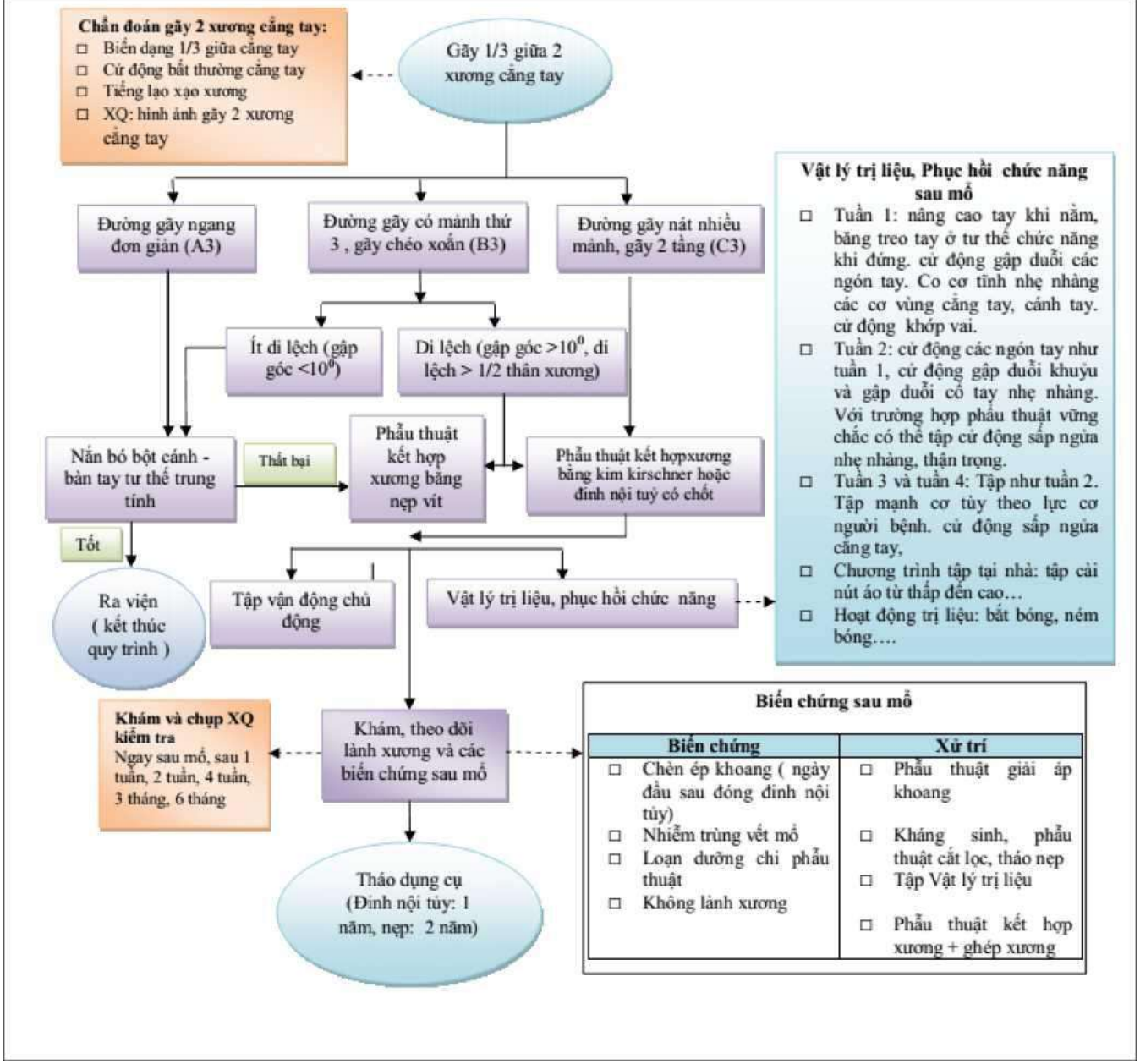
Nguy cơ thấp	Nguy cơ trung bình	Nguy cơ cao
□ Độ A	□ Độ B	□ Độ C

PHẪU THUẬT GÃY 1/3G 2 XƯƠNG CẲNG TAY Ở NGƯỜI LỚN

1. ĐÁNH GIÁ TRƯỚC KHI VÀO QUY TRÌNH

Tiêu chuẩn đưa vào:	☐ Gãy thân xương quay và xương trụ ☐ Bệnh nhân > 18 tuổi	☐ Gãy kín
Tiêu chuẩn loại ra:	☐ Gãy hở ☐ Gãy xương bệnh lý	☐ Bệnh nhân là TE ☐ Tình trạng toàn thân chưa cho phép phẫu thuật
Tiền sử:	☐ Tiền sử dị ứng	Ghi rõ:……..

2. QUY TRÌNH CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ



Nguyên tắc điều trị

1. Nắn chỉnh phục hồi hoàn chỉnh giải phẫu
2. Cố định vững chắc, đúng kỹ thuật.
3. Tập vận động chủ động + vật lý trị liệu, Phục hồi chức năng sau mổ.
4. Theo dõi và phòng ngừa, điều trị các biến chứng.

4. CHẨN ĐOÁN VÀ PHÂN LOẠI		
CHẨN ĐOÁN		
Lâm sàng	□ Biến dạng chi □ Sưng □ Tiếng lạo xạo	□ Cử động bất thường □ Điểm đau chói □ Mất cơ năng
Cận lâm sàng	□ XQ cẳng chân Thẳng - Nghiêng: gãy 1/3 giữa 2 xương cẳng	
PHÂN LOẠI GÃY 1/3 GIỮA 2 XƯƠNG CẲNG TAY Theo AO		
Loại A3 □ Gãy 2 xương đơn giản, không	Loại B3 □ Gãy 2 xương cẳng tay có	Loại C1, C2, C3 □ Gãy nhiều mảnh 2 xương cẳng

5. PHÂN TẦNG NGUY CƠ		
Nguy cơ thấp □ Loại A3	**Nguy cơ trung bình □ Loại B3**	**Nguy cơ cao □ Loại C1, C2, C3**

CỐ ĐỊNH NẸP VÍT GÃY THÂN XƯƠNG CÁNH TAY NGƯỜI LỚN

I. ĐẠI CƯƠNG

Gãy thân xương cánh tay được tính từ cổ phẫu thuật xương cánh tay trên chỗ bám cơ ngực to đến vùng trên lồi cầu xương cánh tay.

Có thể điều trị bảo tồn nắn bó bột với các di lệch ít vẫn chấp nhận được. Phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít vững chắc giúp người bệnh phục hồi cơ năng tốt.

Có hai biến chứng hàng đầu là liệt thần kinh quay và khớp giả.

II. CHỈ ĐỊNH

- Gãy thân xương cánh tay kín ít di lệch.
- Gãy thân xương cánh tay có tổn thương thần kinh quay.
- Gãy hở thân xương cánh tay có kèm theo các biến chứng khác hoặc không (tổn thương mạch máu, thần kinh,…)
- Điều trị bảo tồn không kết quả (khớp giả, can lệch,…)

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Đang có tình trạng nhiễm khuẩn.
- Sốc nặng vì đa chấn thương.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Phẫu thuật viên là bác sĩ chuyên khoa chấn thương chỉnh hình

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ kết hợp xương cho xương cánh tay.
- Bộ nẹp vít cho xương cánh tay.

3. Người bệnh

Được giải thích đầy đủ về cuộc phẫu thuật, các tai biến, biến chứng có thể gặp trong và sau cuộc phẫu thuật (tổn thương thần kinh quay, khớp giả, tai biến do gây tê đám rối…). Nhịn ăn trước 6 giờ.

4. Hồ sơ bệnh án

Ghi đầy đủ, chi tiết các lần thăm khám, hội chẩn, giải thích cho người bệnh và gia đình.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm

Gây tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc gây mê.

2. Kỹ thuật

- Tư thế người bệnh: nằm ngửa, tay gãy xuôi thân mình.
- Đường mổ: Rạch da 10 - 12 cm dọc theo đường trước ngoài 1/3 giữa, nếu gãy thấp thì theo phần rãnh nhị đầu ngoài.
- Tách vách liên cơ giữa cơ cánh tay trước và khối cơ phía sau; trên là cơ delta, dưới là cơ ngửa dài và rãnh nhị đầu ngoài.
- Tìm và bộc lộ thần kinh quay, tách rời thật nhẹ nhàng và kéo với một dây mềm. Thần kinh quay đi phía sau, từ trong ra ngoài, từ trên xuống dưới trong rãnh xoắn 1/3 giữa xương cánh tay có động mạch cánh tay sâu đi kèm.
- Bộc lộ hai đầu xương gãy đủ để đặt nẹp, làm sạch đầu xương.
- Đặt lại xương, ốp nẹp và cố định với kìm kẹp xương giữ nẹp hai bên.
- Bắt vít để cố định nẹp: ít nhất 3 vít cho mỗi đầu xương gãy (từ 6 - 8 vít cho ổ gãy).
- Rửa vùng mổ, kiểm tra cầm máu.
- Đặt một dẫn lưu 48h.
- Khâu phục hồi các lớp cơ, cân, da theo giải phẫu.

- Băng vô khuẩn.
- Túi treo tay hoặc nẹp bột cánh cẳng bàn tay khuỷu 90^o trong 10 ngày.

Chú ý:

+ Khi bộc lộ thần kinh quay: bóc tách thật nhẹ nhàng tránh gây liệt sau mổ.
+ Tránh làm tổn thương động mạch cánh tay sâu khi bộc lộ thần kinh quay.
+ Nếu thần kinh quay đã bị đứt khi gãy xương thì cố định ổ gãy với nẹp vít rồi tiến hành khâu phục hồi thần kinh.
+ Khi khâu lại các lớp tránh để thần kinh quay sát xương mà tách rời bằng đệm cơ.

V. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Tụ máu, phù nề sau mổ
2. Nhiễm khuẩn sau mổ
3. Liệt thần kinh quay: có thể do chấn thương, garo hoặc co kéo trong mổ.
4. Đứt thần kinh quay đã được khâu nối thì cần điều trị lý liệu pháp sớm tránh teo cơ và theo dõi trong ít nhất 6 tháng.

PHẪU THUẬT GÃY LỒI CẦU NGOÀI XƯƠNG CÁNH TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

Là loại gãy thường gặp ở trẻ em, khi ngã chống tay lực đẩy dọc theo xương quay làm gãy lồi cầu và nửa ngoài ròng rọc, do sự co của khối cơ bám vào mỏm trên lồi cầu ngoài làm cho mảnh gãy di lệch xoay ra ngoài. Đây là loại gãy xương phải mổ.

II. CHỈ ĐỊNH

- Gãy lồi cầu ngoài xương cánh tay di lệch ra ngoài và ra sau tới sớm.
- Gãy lồi cầu ngoài xương cánh tay đến muộn gây dính khớp và hạn chế cơ năng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Gãy lồi cầu ngoài xương cánh tay cũ di lệch gây di chứng vẹo khuỷu thì khi mổ không can thiệp vào ổ gãy cũ ngoại trừ phẫu thuật đục sửa trục hoặc chuyển thần kinh trụ ra trước do liệt trụ

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Phẫu thuật viên là bác sĩ chuyên khoa chấn thương chỉnh hình đã được đào tạo.

2. Phương tiện:

- Bộ dụng cụ kết hợp xương cho xương cánh tay.
- Vít đường kính 3.5mm các cỡ hoặc kim Kirschner các cỡ.

3. Người bệnh và gia đình

Được giải thích đầy đủ về cuộc phẫu thuật, các tai biến có thể gặp trong và sau cuộc phẫu thuật (tổn thương thần kinh trụ, nhiễm trùng, tai biến do gây tê đám rối…). Nhịn ăn trước 6 giờ.

4. Hồ sơ bệnh án

Ghi đầy đủ, chi tiết các lần thăm khám, hội chẩn, giải thích cho người bệnh và gia đình.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm: Gây tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc gây mê.

2. Kỹ thuật

- Tư thế người bệnh: nằm ngửa, tay gãy xuôi thân mình đặt trên bàn nhỏ.
- Đường mổ: Rạch da 4 - 6 cm dọc theo đường ngoài khuỷu từ sát đầu trên xương quay tới trên lồi cầu khoảng 4 cm.
- Mở cân và bao khớp trước sát mảnh gãy lồi cầu ngoài, tìm mặt gãy của lồi cầu ngoài, bộc lộ mặt sụn của lồi cầu và một phần ròng rọc. Chú ý bảo vệ chỗ bám của các cơ vào vùng trên lồi cầu ngoài, làm sạch máu tụ diện gãy và khớp khuỷu.
- Đặt lại xương: dùng kẹp săng giữ kéo mảnh gãy xuống và đưa vào vị trí giải phẫu, áp vào mặt gãy đầu dưới xương cánh tay trong tư thế khuỷu gấp 90^o và đưa cẳng tay ra ngoài để ép diện gãy.
- Cố định: găm 02 kim Kirschner 1.4 - 1.8mm song song, chếch từ ngoài vào trong, từ dưới lên trên; hoặc 1 kim chếch, 1 kim đi ngang diện khớp.
- Vít xốp nhỏ đường kính 3,5mm, chiều dài 3 - 4 cm bắt chếch qua diện gãy.
- Rửa vùng mổ, kiểm tra cầm máu.
- Đặt một dẫn lưu nhỏ 24h.
- Khâu phục hồi các lớp cơ, cân, da theo giải phẫu.
- Băng vô khuẩn.
- Túi treo tay hoặc nẹp bột cánh cẳng bàn tay khuỷu 90^o trong 10 ngày.

Chú ý: khi phẫu thuật tránh tổn thương chỗ bám của các cơ vùng trên lồi cầu ngoài. Khi đặt kim Kirschner không để lồi lên nhiều dưới da.

V. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi

- Mạch, nhịp thở, nhiệt độ.
- Tình trạng vết mổ: sưng nề, chảy máu,…
- Kháng sinh, giảm đau.
- Sau 10 ngày tháo nẹp và tập vận động khuỷu nhẹ nhàng.

2. Xử trí

2.1. Tụ máu: cắt nút chỉ lấy máu tụ.

2.2. Nhiễm khuẩn: cắt chỉ sớm, nạo viêm, làm sạch, lấy kim Kirschner nếu cần.

2.3. Tiêu lồi cầu ngoài: thường do gãy tới muộn hoặc can thiệp mạnh (vít,..), có thể ghép xương nếu cần.

PHẪU THUẬT GĂM KIM KIRSCHNER TRONG GÃY POUTEAU COLLES

I. ĐẠI CƯƠNG

Gãy Pouteau Colles là loại gãy phổ biến ở người trưởng thành, định nghĩa là loại gãy đầu dưới xương quay đường gãy cách khe khớp cổ tay 2 cm, đường gãy ngoại khớp có di lệch điển hình là đầu dưới xương quay lệch ra ngoài và lệch ra sau.

Đa số các trường hợp có thể điều trị bảo tồn nắn bó bột, hoặc phẫu thuật găm kim Kirschner cố định đều cho kết quả tốt.

Phẫu thuật phải tiến hành với màn huỳnh quang tăng sáng trong mổ.

II. CHỈ ĐỊNH

- Mỏm trâm quay di lệch lên cao, khoảng cách với mỏm trâm trụ nhỏ hơn 5mm (trên phim Xquang thẳng, bình thường khoảng cách này là 15mm).
- Đầu dưới di lệch mở góc ra sau trên 15^o.
- Nắn chỉnh kín thất bại.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Phẫu thuật viên là bác sĩ chuyên khoa chấn thương chỉnh hình đã được đào tạo.

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ kết hợp xương cho xương cẳng tay.
- Bộ kim Kirschner các cỡ, kìm cắt và kìm vặn.
- Máy Xquang có màn tăng sáng (C-arm) trong mổ.

3. Người bệnh và gia đình

Được giải thích đầy đủ về cuộc phẫu thuật, các tai biến có thể gặp trong và sau cuộc phẫu thuật (tổn thương động mạch quay, nhiễm trùng, tai biến do gây tê đám rối,…). Nhịn ăn trước 6 giờ.

4. Hồ sơ bệnh án

Ghi đầy đủ, chi tiết các lần thăm khám, hội chẩn, giải thích cho người bệnh và gia đình.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm

Gây tê tại chỗ, gây tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc gây mê.

2. Kỹ thuật

- Tư thế người bệnh: nằm ngửa, tay gãy dạng đặt trên bàn nhỏ không cản quang.
- Nắn chỉnh ổ gãy với máy C-arm: người phụ nắm ngón tay cái theo trục xương quay, tay kia kéo 4 ngón nghiêng về phía trụ, kéo ghì gấp nhẹ cổ tay. Người nắn chính nắn ấn đầu dưới ra trước vào trong, kiểm tra với C-arm nếu đạt về giải phẫu thì người phụ giữ cố định không kéo.
- Xuyên chéo hai kim Kirschner từ mỏm trâm quay qua ổ gãy găm vào vỏ xương cứng đầu trên. Bẻ cong đầu kim và cắt sát mặt da.

Có thể găm 2 hoặc 3 kim Kirschner cố định theo các cách sau:

+ Găm hai kim song song từ mỏm trâm quay chéo qua ổ gãy vào thành xương đối diện.

+ Găm hai kim chéo nhau từ sát đầu dưới chéo qua ổ gãy.

+ Găm một kim song song từ mỏm trâm quay chéo qua ổ gãy vào thành xương đối diện, một kim từ đầu dưới phía sau chéo qua ổ gãy ra phía trước.

+ Găm một kim song song từ mỏm trâm quay chéo qua ổ gãy vào thành xương đối diện, một kim từ trên mỏm trâm quay song song mặt khớp cố định khớp quay trụ dưới với những

trường hợp có mất vững khớp.
- Sát trùng và băng vô khuẩn.
- Bó bột cẳng bàn tay rạch dọc.

V. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi

2.1. Mạch, nhịp thở, nhiệt độ, toàn trạng.
2.2. Tình trạng đầu chi: sưng nề, tím tái, tê bì,…
2.3. Kháng sinh, giảm đau.
2.4. Gác tay cao, tập vận động nhẹ nhàng đầu ngón.

2. Xử trí

2.1. Chảy máu: cắt bột, cầm máu, băng ép.
2.2. Nhiễm khuẩn: nạo viêm, làm sạch, lấy kim Kirschner nếu cần.

Ghi chú:

- Với các cơ sở phẫu thuật chuyên ngành, có đủ trang thiết bị cần thiết và phẫu thuật viên có kinh nghiệm có thể tiến hành kỹ thuật, mang lại hiệu quả cao.
- Sau phẫu thuật chỉ cần đặt nẹp bột, người bệnh được vận động sớm.

KHÔNG LÀM ĐƯỢC:

- *Nắn chỉnh ổ gãy với máy C-arm(IVI -2)*

CỐ ĐỊNH NẸP VÍT GÃY THÂN HAI XƯƠNG CẲNG TAY NGƯỜI LỚN

I. ĐẠI CƯƠNG

Là loại gãy thân xương giới hạn từ trên khớp quay cổ tay 4 cm lên tới dưới lồi củ nhị đầu 2 cm.

Thường gặp sau chấn thương, ảnh hưởng nhiều tới chức năng cẳng bàn tay.

II. CHỈ ĐỊNH

- Gãy kín thân hai xương cẳng tay di lệch.
- Gãy kín thân hai xương cẳng tay nắn bó không kết quả.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Gãy kín thân hai xương cẳng tay ở trẻ em.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: Phẫu thuật viên là bác sĩ chuyên khoa chấn thương chỉnh hình đã được đào tạo.

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ kết hợp xương cho xương cẳng tay.
- Bộ nẹp vít 3.5mm các cỡ.

3. Người bệnh và gia đình

Được giải thích đầy đủ về cuộc phẫu thuật, các tai biến có thể gặp trong và sau cuộc phẫu thuật (tổn thương thần kinh quay, trụ, nhiễm trùng, tai biến do gây tê đám rối,…). Nhịn ăn trước 6 giờ.

4. Hồ sơ bệnh án

Ghi đầy đủ, chi tiết các lần thăm khám, hội chẩn, giải thích cho người bệnh và gia đình.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm: Gây tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc gây mê.

2. Kỹ thuật

2.1. Tư thế người bệnh: nằm ngửa, tay gãy dạng 90^o đặt trên bàn nhỏ.

2.2. Đường mổ với xương quay

- Gãy 1/3 trên:

Rạch đường trước ngoài (Henry).

Bộc lộ vào phần giữa cơ ngửa dài và khối cơ cánh tay quay, tránh làm thương tổn bó mạch thần kinh quay.

- Gãy 1/3 giữa: Có thể dùng đường rạch sau ngoài hoặc đường Henry, khi bộc lộ xương hướng ra trước tránh gây tụ máu. Tách gân cơ gan tay lớn và gân gấp riêng ngón 1.
- Gãy 1/3 dưới: hai đường rạch thường sử dụng là đường phía ngoài và phía sau.

2.3. Đường mổ với xương trụ

- Đường mổ phía sau theo hướng từ mỏm khuỷu tới mỏm trâm trụ.
- Bóc tách cân và cơ nhẹ nhàng.

2.4. Làm sạch máu tụ diện gãy

2.5. Đặt lại xương: dùng kẹp giữ xương nhỏ đưa hai đầu gãy vào vị trí giải phẫu, trong tư thế khuỷu duỗi với xương quay và khuỷu gấp 90^o kê ngả vào thân mình với xương trụ.

2.6. Cố định

Đặt nẹp vít bản nhỏ 6 - 8 lỗ, đảm bảo mỗi đầu gãy cố định ít nhất 3 vít đường kính 3,5mm. Chú ý kiểm tra sấp ngửa bàn tay trong mổ trường khi đặt nẹp vít chính thức.

2.7. Rửa vùng mổ, kiểm tra cầm máu.

2.8. Đặt hai dẫn lưu nhỏ 24 giờ.

2.9. Khâu phục hồi các lớp cơ, cân, da theo giải phẫu.

2.10. Băng vô khuẩn.

V. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi

- Mạch, nhịp thở, nhiệt độ.
- Tình trạng vết mổ: sưng nề, chảy máu,…
- Kháng sinh, giảm đau.
- Sau 3 ngày tập vận động nhẹ nhàng.

2. Xử trí

- Tụ máu: cắt nút chỉ lấy máu tụ.
- Nhiễm khuẩn: cắt chỉ sớm, nạo viêm, làm sạch, lấy nẹp vít nếu cần.

CỐ ĐỊNH ĐINH NỘI TỦY GÃY HAI XƯƠNG CẲNG TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

Là loại gãy thân xương giới hạn từ trên khớp quay cổ tay 4 cm lên tới dưới lồi củ nhị đầu 2 cm.

Thường gặp sau chấn thương, ảnh hưởng nhiều tới chức năng cẳng bàn tay.

II. CHỈ ĐỊNH

- Gãy kín thân hai xương cẳng tay di lệch.
- Gãy kín thân hai xương cẳng tay nắn bó không kết quả.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Gãy kín thân hai xương cẳng tay ở trẻ em (Gãy cành tươi).

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Phẫu thuật viên là bác sĩ chuyên khoa chấn thương chỉnh hình đã được đào tạo.

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ kết hợp xương cho xương cẳng tay.
- Bộ đinh nội tủy xương cẳng tay các cỡ.

3. Người bệnh và gia đình

Được giải thích đầy đủ về cuộc phẫu thuật, các tai biến có thể gặp trong và sau cuộc phẫu thuật (tổn thương thần kinh quay, trụ, nhiễm trùng, tai biến do gây tê đám rối,…). Nhịn ăn trước 6 giờ.

4. Hồ sơ bệnh án

Ghi đầy đủ, chi tiết các lần thăm khám, hội chẩn, giải thích cho người bệnh và gia đình.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm: Gây tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc gây mê.

2. Kỹ thuật

2.1. Tư thế người bệnh: nằm ngửa, tay gãy dạng 90^o đặt trên bàn nhỏ.

2.2. Đường mổ với xương quay

- Gãy 1/3 trên:

Rạch đường trước ngoài (Henry).

Bộc lộ vào phần giữa cơ ngửa dài và khối cơ cánh tay quay, tránh làm thương tổn bó mạch thần kinh quay.

- Gãy 1/3 giữa: Có thể dùng đường rạch sau ngoài hoặc đường Henry, khi bộc lộ xương hướng ra trước tránh gây tụ máu. Tách gân cơ gan tay lớn và gân gấp riêng ngón 1.
- Gãy 1/3 dưới: hai đường rạch thường sử dụng là đường phía ngoài và phía sau.

2.3. Đường mổ với xương trụ

- Đường mổ phía sau theo hướng từ mỏm khuỷu tới mỏm trâm trụ.
- Bóc tách cân và cơ nhẹ nhàng.

2.4. Làm sạch máu tụ diện gãy

2.5. Đặt lại xương: dùng kẹp giữ xương nhỏ đưa hai đầu gãy vào vị trí giải phẫu, trong tư thế khuỷu duỗi với xương quay và khuỷu gấp 90^o khi nắn xương trụ.

2.6. Cố định

- Xương quay: cẳng tay duỗi, rạch da từ mỏm trâm quay lên 1,5 cm, tách gân, dùi đóng đinh qua ổ gãy (từ diện gãy ngoại vi tới diện gãy trung tâm).
- Xương trụ: cẳng tay gấp 90^o, rạch da từ mỏm khuỷu 1,5 cm, tách gân cơ tam đầu, bộc lộ mỏm khuỷu dùi đóng đinh xuôi dòng qua ổ gãy.

2.7. Rửa vùng mổ, kiểm tra cầm máu

2.8. Đặt hai dẫn lưu nhỏ 24 giờ

2.9. Khâu phục hồi các lớp cơ, cân, da theo giải phẫu
2.10. Băng vô khuẩn
V. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN
1. Theo dõi
- Mạch, nhịp thở, nhiệt độ.
- Tình trạng vết mổ: sưng nề, chảy máu,…
- Kháng sinh, giảm đau.
- Sau 3 ngày tập vận động nhẹ nhàng.

2. Xử trí
- Tụ máu: cắt nút chỉ lấy máu tụ.
- Nhiễm khuẩn: cắt chỉ sớm, nạo viêm, làm sạch, lấy đinh nội tủy nếu cần.

CỐ ĐỊNH ĐINH NỘI TỦY GÃY MỘT XƯƠNG CẲNG TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

Là loại gãy thân xương giới hạn từ trên khớp quay cổ tay 4 cm lên tới dưới lồi củ nhị đầu 2 cm.

Thường gặp sau chấn thương, ảnh hưởng nhiều tới chức năng cẳng bàn tay.

II. CHỈ ĐỊNH

- Gãy kín thân xương quay hoặc xương trụ cẳng tay di lệch.
- Gãy kín thân xương quay hoặc xương trụ cẳng tay nắn bó không kết quả.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Gãy kín thân xương quay hoặc xương trụ cẳng tay không di lệch.
- Gãy kín thân xương quay hoặc xương trụ cẳng tay ở trẻ em.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Phẫu thuật viên là bác sĩ chuyên khoa chấn thương chỉnh hình đã được đào tạo.

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ kết hợp xương cho xương cẳng tay.
- Bộ đinh nội tủy xương cẳng tay các cỡ.

3. Người bệnh và gia đình

Được giải thích đầy đủ về cuộc phẫu thuật, các tai biến có thể gặp trong và sau cuộc phẫu thuật (tổn thương thần kinh quay, trụ, nhiễm trùng, tai biến do gây tê đám rối,…). Nhịn ăn trước 6 giờ.

4. Hồ sơ bệnh án

Ghi đầy đủ, chi tiết các lần thăm khám, hội chẩn, giải thích cho người bệnh và gia đình.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm: Gây tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc gây mê.

2. Kỹ thuật

2.1. Tư thế người bệnh: nằm ngửa, tay gãy dạng 45 độ đặt trên bàn nhỏ.

2.2. Đường mổ với xương quay:

- Gãy 1/3 trên:

Rạch đường trước ngoài (Henry).Bộc lộ vào phần giữa cơ ngửa dài và khối cơ cánh tay quay, tránh làm thương tổn bó mạch thần kinh quay.

- Gãy 1/3 giữa: Có thể dùng đường rạch sau ngoài hoặc đường Henry, khi bộc lộ xương hướng ra trước tránh gây tụ máu. Tách gân cơ gan tay lớn và gân gấp riêng ngón 1.
- Gãy 1/3 dưới: hai đường rạch thường sử dụng là đường phía ngoài và phía sau.

2.3. Đường mổ với xương trụ

- Đường mổ phía sau theo hướng từ mỏm khuỷu tới mỏm trâm trụ.
- Bóc tách cân và cơ nhẹ nhàng.

2.4. Làm sạch máu tụ diện gãy

2.5. Đặt lại xương: dùng kẹp giữ xương nhỏ đưa hai đầu gãy vào vị trí giải phẫu, trong tư thế khuỷu duỗi với xương quay và khuỷu gấp 90^o kê ngả vào thân mình với xương trụ.

2.6. Cố định

- Xương quay: cẳng tay duỗi, rạch da từ mỏm trâm quay lên 1,5 cm, tách gân, dùi đóng đinh ngược dòng qua ổ gãy.
- Xương trụ: cẳng tay gấp 90^o, rạch da từ mỏm khuỷu 1,5 cm, tách gân cơ tam đầu, bộc lộ mỏm khuỷu dùi đóng đinh xuôi dòng qua ổ gãy.

2.7. Rửa vùng mổ, kiểm tra cầm máu

2.8. Đặt hai dẫn lưu nhỏ 24 giờ
2.9. Khâu phục hồi các lớp cơ, cân, da theo giải phẫu
2.10. Băng vô khuẩn

V. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi

- Mạch, nhịp thở, nhiệt độ.
- Tình trạng vết mổ: sưng nề, chảy máu,…
- Kháng sinh, giảm đau.
- Sau 3 ngày tập vận động nhẹ nhàng.

2. Xử trí

- Tụ máu: cắt nút chỉ lấy máu tụ.
- Nhiễm khuẩn: cắt chỉ sớm, nạo viêm, làm sạch, lấy đinh nội tủy nếu cần.

PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG ĐÒN

I. ĐẠI CƯƠNG

- Gãy xương đòn chủ yếu được điều trị bảo tồn.
- Tỷ lệ liền xương cao (trên 90%).

II. CHỈ ĐỊNH PHẪU THUẬT

1. Không liền xương.
2. Gãy có biến chứng: gãy xương hở, có tổn thương thần kinh, mạch máu.
3. Gãy đầu ngoài xương đòn, di lệch như ở trật khớp cùng-đòn, điều trị bảo tồn không kết quả.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Gãy ít lệch.
2. Gãy ở người già, trẻ em.
3. Đang mắc bệnh nhiễm trùng khác

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên thành thạo trong phẫu thuật kết hợp xương đòn bằng đinh Kirschner hoặc nẹp vít.

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ phẫu thuật thông thường
- Bộ dụng cụ kết hợp xương: đinh Kirschner các cỡ, khoan tay, khoan điện, kìm giữ xương…

3. Người bệnh

- Giải thích kỹ cho người bệnh và người nhà người bệnh để hiểu rõ cuộc phẫu thuật cũng như việc tập luyện về sau
- Hồ sơ bệnh án: đầy đủ các xét nghiệm, phim X quang khớp vai, ký cam đoan mổ

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm

Gây tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc gây mê
(***Gây mê nội khí quản)***

2. Tư thế

Người bệnh nằm ngửa, độn cao vai cùng bên với gãy xương đòn, bộc lộ rõ vùng cổ, vai và xương đòn.

3. Kỹ thuật đóng đinh xương đòn

- Đường rạch: là một đường ngang, sát bờ trên xương đòn, dài khoảng 5- 8 cm.
- Bóc tách phần mềm
- Bộc lộ ổ gãy của xương.
- Dùng kìm giữ xương nâng các đầu gãy của xương đòn lên, luồn đinh Kirschner vào ống tủy và khoan thủng ra đầu ngoài. Nắn các đầu diện gãy với nhau và đóng đầu đinh ngược vào đầu trong, sâu 3 - 4 cm.
- Bẻ quặp đầu ngoài của đinh 90^o (tránh đinh chui sâu vào trong lồng ngực về sau)
- Cầm máu kỹ và phục hồi phần mềm

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1.Theo dõi

- Chảy máu: nguy hiểm nhất là tai biến vào mạch máu dưới đòn, vì thế động tác hết sức nhẹ nhàng, phẫu tích vào xương đòn luôn luôn đi sát bờ trên.
- Tràn khí màng phổi do đầu xương chọc vào màng phổi: có hội chứng tràn khí màng phổi
- Chụp Xquang kiểm tra sau mổ

- Kháng sinh 3 - 5 ngày.
- Băng Desault bất động xương đòn 2 tuần

2. Xử trí

- Cầm máu kỹ vết mổ.
- Dẫn lưu màng phổi nếu có hội chứng tràn khí màng phổi
- Chăm sóc và theo dõi nhiễm trùng vết mổ.

PHẪU THUẬT TRẬT KHỚP CÙNG VAI - ĐÒN

I. ĐẠI CƯƠNG

Trật khớp cùng vai - đòn có 7 độ. Độ 1 - 3 điều trị bảo tồn. Độ 4 - 7 đa số mổ. Phẫu thuật điều tri trật khớp cùng vai- đòn nhằm mục đích phục hồi lại các diện khớp cùng vai- đòn, khớp quạ- đòn và tái tạo dây chằng quạ - đòn

II. CHỈ ĐỊNH PHẪU THUẬT

Trật khớp độ 4 - 7.

III. CHỐNG CHỈ ĐINH

- Trật khớp độ 1 - 2
- Người già.
- Bệnh nhiễm khuẩn tiến triển

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Phẫu thuật viên thành thạo trong phẫu thuật trật khớp cùng vai - đòn

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ phẫu thuật thông thường
- Bộ dụng cụ kết hợp xương: đinh Kirschner các cỡ, khoan tay, khoan điện, kìm giữ xương, vít xốp, vít xương các loại…

3. Người bệnh

- Giải thích kỹ cho người bệnh và người nhà người bệnh để hiểu rõ cuộc phẫu thuật cũng như việc tập luyện về sau
- Hồ sơ bệnh án: đầy đủ các xét nghiệm, phim X quang khớp vai, ký cam đoan mổ

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm

Gây tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc gây mê

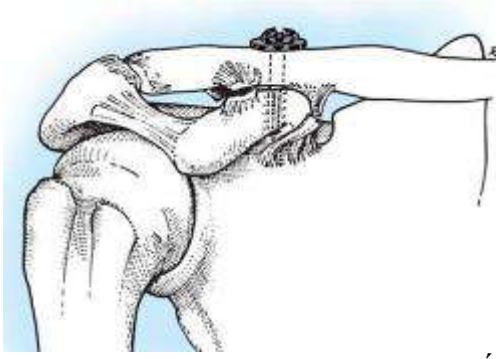
(***Gây mê nội khí quản)***

2. Tư thế

Người bệnh nằm ngửa, độn cao vai cùng bên với trật khớp, bộc lộ rõ vùng cổ, vai và xương đòn.

3. Kỹ thuật cố định khớp quạ đòn bằng vít xốp và tái tạo dây chằng quạ đòn (Kỹ thuật Bosworth cải tiến)

- Rạch da theo đường trước, đi từ đầu ngoài xương đòn đến khớp cùng vai đòn.
- Bộc lộ diện khớp cùng vai đòn và quạ đòn
- Kiểm tra các dây chằng, nhất là dây chằng quạ đòn.
- Cố định xương đòn với mỏm quạ bằng vít xốp hoặc vít xương
- Khâu lại dây chằng quạ đòn với dây chằng quạ mỏm cùng vai bằng chỉ không tiêu.
- Cầm máu kỹ và phục hồi phần mềm



Hình. Phương pháp Bosworth cải tiến

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi

- Chụp Xquang kiểm tra sau mổ
- Kháng sinh 3 - 5 ngày.
- Băng Desault bất động vai 1 - 2 tuần

2. Xử trí

- Cầm máu kỹ vết mổ.
- Chăm sóc và theo dõi nhiễm trùng vết mổ.

PHẦN 4:
THẬN TIẾT NIỆU

PHẪU THUẬT TRÀN DỊCH MÀNG TINH HOÀN

I. ĐẠI CƯƠNG

Tràn dịch màng tinh hoàn có nhiều thể bệnh:

- Tràn dịch màng tinh hoàn lưu thông với phúc mạc do còn ống phúc tinh mạc hay gặp ở trẻ sơ sinh, trẻ nhỏ, có thể phối hợp với thoát vị bẹn, tinh hoàn lạc chỗ.
- Tràn dịch ống phúc tinh mạc, do ống phúc tinh mạc không tắc hoàn toàn, còn thông cực dưới với màng tinh hoàn.
- Tràn dịch màng tinh hoàn khu trú như thành nang bọc quanh tinh hoàn.

Có nhiều kỹ thuật mổ tràn dịch màng tinh hoàn như qua đường bẹn, qua lỗ bẹn nông (đối với trẻ em trên 18 tháng nên đi qua đường này) hoặc đi trực tiếp qua đường bìu.

Có thể tiến hành cắt lộn màng tinh hoàn hoặc cắt bớt lá thành màng tinh hoàn hay lộn xếp lá thành màng tinh hoàn.

II. CHỈ ĐỊNH

Tràn dịch màng tinh hoàn lượng nhiều làm mất cân đối bìu hoặc làm người bệnh đau tức nhiều vùng bìu, ảnh hưởng cuộc sống.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có chống chỉ định phẫu thuật.
- Tràn dịch màng tinh hoàn do ung thư tinh hoàn

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

- Phẫu thuật viên (PTV) chuyên khoa Nam học – Tiết niệu – Ngoại chung.
- Kíp mổ gồm 3 người: 1 PTV chính và 2 PTV phụ

2. Người bệnh:

- Giải thích kỹ cho người bệnh và người thân về các tai biến, biến chứng có thể xảy ra khi phẫu thuật.
- Yêu cầu người bệnh tối hôm trước ăn nhẹ, sáng ngày mổ nhịn ăn.
- Chuẩn bị ruột: Thụt tháo tối trước mổ.

3. Phương tiện: Bộ dụng cụ trung phẫu

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 60 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế:

- Tư thế người bệnh, người bệnh nằm ngửa hai chân duỗi thẳng và đầu kê cao khoảng 15 độ.
- Cách bố trí phòng mổ:

+ Bác sĩ gây mê ở phía trên đầu người bệnh.
+ Phẫu thuật viên chính đứng cùng bên với bên mổ và phụ đứng ở phía đối diện.
+ Bàn dụng cụ đặt ở dưới chân người bệnh, y tá dụng cụ đứng cùng bên với phẫu thuật viên phụ.

2. Vô cảm:

Gây tê tuỷ sống hay gây tê tại chỗ ở gốc bìu bằng lidocain 1%

3. Kỹ thuật:

Bước 1: Dùng ngón tay cái và ngón trỏ bên trái kẹp đẩy dưới gốc của khối tràn dịch màng tinh hoàn ra phía ngoài da bìu. Kẹp chặt để căng da và chèn mạch máu.

Bước 2: Rạch da bìu một đường rạch khoảng 3-5 cm (tuỳ khối lượng tràn dịch). Qua đường rạch tới thẳng lớp màng tinh hoàn, qua lớp Dartos, các lớp tổ chức liên kết và một số mạch nhỏ dưới da.

Bước 3: Dùng khoảng 3-4 cái kẹp răng chuột (Allis), kẹp vào mép đường rạch và các tổ chức dính với màng tinh hoàn, tay trái vẫn giữ cho căng vết mổ, kiểm tra và cầm máu. Tách lớp Dartos ra khỏi màng tinh hoàn để có thể mở rộng rõ để giữ được tinh hoàn.
Bước 4: Mở lớp màng tinh hoàn, hút hết dịch màng tinh hoàn (làm xét nghiệm tế bào, cấy vi khuẩn,...). Đưa tinh hoàn ra ngoài lớp màng tinh hoàn.
Bước 5: Khâu lớp màng tinh hoàn: có hai cách:
- Phương pháp lộn xếp lá thành màng tinh hoàn (phẫu thuật Lord): Khâu lớp màng tinh hoàn từ mép cắt vào mặt trong (mặt phúc mạc) cách nhau một cm bằng chỉ tiêu 3/0-4/0, khâu lần lượt vòng quanh cuống tinh hoàn (6-8 mũi) để tạo những nếp gấp của mào tinh hoàn, cho đến sát tinh hoàn.
- Phương pháp khâu lộn màng tinh hoàn (phẫu thuật Jaboulay): Khâu lộn ngược màng tinh hoàn từ vùng mào tinh hoàn lên thừng tinh phía trên.
Đưa nhẹ nhàng tinh hoàn trở lại bìu như nằm trong một cái túi được tạo bởi lớp Dartos. Tháo dần các kẹp Allis và khâu thành bìu bao gồm lớp Dartos, các lớp tổ chức liên kết, để đóng kín lớp tổ chức dưới da. Tiếp tục đóng kín lớp da bìu.
Trường hợp cầm máu chưa kỹ hoặc dịch thoát ra nhiều, để đề phòng khối máu hoặc dịch tụ trong ổ mổ, có thể đặt dẫn lưu ổ mổ

VI. THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ TAI BIẾN – BIẾN CHỨNG

1. Theo dõi:

- Theo dõi các chức năng sống và tại chỗ vùng mổ - vết mổ.
- Các biến chứng phẫu thuật thông thường đều có thể gặp trong phẫu thuật tràn dịch màng tinh hoàn. Có một số bằng chứng cho thấy phẫu thuật Lord ít biến chứng hơn. Biến chứng thường gặp nhất là tụ máu (thường tụ máu trong bìu). Có thể có khối máu tụ hoặc khối dịch tụ nếu không cầm máu kỹ và không đặt dẫn lưu. - Các biến chứng khác có thể gặp nhưng ít gặp hơn nhiều, đó là nhiễm khuẩn, áp xe bìu, tràn dịch tái phát. Tràn dịch màng tinh hoàn tái phát rất hiếm gặp, vì các lớp khâu gấp lớp màng tinh hoàn được đóng kín, không để khoảng trống cho dịch xuất tiết tụ lại.

2. Xử trí tai biến:

- Khối máu tụ hoặc khối dịch tụ mức độ nhẹ thì không cần phải can thiệp phẫu thuật. Nếu ở mức độ nặng thì phẫu thuật lấy khối máu – dịch tụ.
- Nhiễm khuẩn: điều trị kháng sinh phù hợp.
- Áp xe bìu: phẫu thuật trích rạch mở áp xe
- Tràn dịch màng tinh hoàn tái phát: phẫu thuật lại

PHẪU THUẬT HỞ LẤY SỎI THẬN SỎI NIỆU QUẢN + KẾT HỢP NỘI SOI MỀM ĐỂ LẤY TOÀN BỘ SỎI

I. ĐẠI CƯƠNG

Sỏi thận niệu quản là bệnh lý tiết niệu thường gặp nhất, cần phải điều trị sớm nếu không sẽ gây tắc nghẽn làm ảnh hưởng nhanh đến chức năng thận. Hiện nay, điều trị phẫu thuật mở lấy sỏi thận niệu quản đã được thay thế bằng các phương pháp khác ít xâm lấn. Tuy nhiên, phẫu thuật mở lấy sỏi vẫn được chỉ định trong những trường hợp sỏi thận phức tạp, sỏi thận niệu quản nhiều vị trí hoặc người bệnh có chống chỉ định thực hiện các phương pháp khác. Đặc điểm di chuyển của sỏi thận niệu quản trong quá trình phẫu thuật có thể gây biến chứng hoặc sót sỏi sau mổ. Do vậy, sử dụng ống nội soi mềm phối hợp trong mổ là một giải pháp cần thiết để lấy hết sỏi và hạn chế phải mở thêm nhiều đường mổ và tổn thương thêm nhu mô thận.

II. CHỈ ĐỊNH

- Sỏi thận có chỉ định mổ mở: Sỏi san hô phức tạp hoặc nhiều viên, đi kèm hẹp bể thận niệu quản, sỏi bể thận đường kính > 2cm nằm trong xoang không có chỉ định tán sỏi qua da.
- Sỏi niệu quản có chỉ định mổ mở: Sỏi nhiều viên ở nhiều vị trí, sỏi niệu quản đi kèm hẹp niệu quản dưới sỏi, u niệu quản, lao tiết niệu, viêm xơ hóa sau phúc mạc hoặc niệu quản nằm sau tĩnh mạch chủ dưới, nằm sau động mạch chậu, được lấy sỏi kết hợp tạo hình niệu quản hẹp.
- Sỏi thận và niệu quản phối hợp nhiều vị trí.
- Sỏi thận niệu quản đi kèm dị dạng tiết niệu khác như phình to niệu quản hay trào ngược bàng quang - niệu quản.
- Sỏi thận và niệu quản có biến chứng ứ nước nhiễm trùng, ứ mủ thận.
- Trong mổ, phát hiện sỏi thận niệu quản di chuyển hoặc chưa lấy được hết sỏi.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Những trường hợp sỏi thận và niệu quản có chỉ định tán sỏi qua da, tán sỏi nội soi ngược dòng hoặc tán sỏi ngoài cơ thể.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

- Phẫu thuật viên: 1 bác sĩ ngoại tiết niệu và 2 bác sĩ phụ mổ.
- 01 bác sĩ gây mê để hồi sức, gây mê theo dõi quá trình mổ và hậu phẫu.
- 03 điều dưỡng: 1 người dụng cụ viên, 1 người chạy ngoài và 01 người phụ mê.

2. Người bệnh:

- Xét nghiệm: Làm đầy đủ xét nghiệm cơ bản và đánh giá chức năng thận 2 bên.
- Chẩn đoán hình ảnh:

+ Siêu âm, chụp niệu đồ tĩnh mạch hoặc cắt lớp vi tính đánh giá số lượng, hình dạng sỏi và mức độ ảnh hưởng của sỏi đến thận và bệnh lý tiết niệu đi kèm và chức năng thận 2 bên
+ Chụp niệu quản- bể thận ngược dòng để đánh giá nguyên nhân tắc nghẽn.
+ Xạ hình thận để đánh giá thận giảm hoặc mất chức năng.

- 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.

3. Phương tiện:

* Chuẩn bị dụng cụ phẫu thuật:

- Bàn để dụng cụ (loại to), toan mổ:10 toan lớn, 3 toan con, áo mổ: 3- 4 chiếc, găng vô khuẩn: 6 - 8 đôi.
- Chuẩn bị bộ đặt ống thông niệu đạo như mổ mở. Đặt ống thông niệu đạo được thực hiện sau khi gây mê.
- Chuẩn bị bộ dụng cụ đại phẫu bụng bao gồm:

+ Dao thường lưỡi to: 01
+ Gạc con: 20 - 40 miếng
+ Kẹp phẫu tích có răng: 02
+ Gạc to: 10 miếng
+ Pince răng chuột: 02
+ Van tự động, van cứng, van mềm
+ Pince to: 10, pince con: 10
+ Chỉ tiêu chậm 4.0 và số 1: 04
+ Kìm kẹp kim: 02
+ Chỉ khâu da tiêu nhanh 3.0: 02
+ Clamps cuống thận: 02
+ Hartmann, Farabeuf: 02

* Chuẩn bị bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi ống mềm:

- Màn hình, camera Tricam, nguồn sáng, máy bơm nước.
- Ống mềm nội soi niệu quản 7.5Fr.
- Nguồn năng lượng tán sỏi Holmium Laser 40W - 80W.
- Guide wire, rọ Dormia, sonde JJ.

3. Dự kiến thời gian phẫu thuật: Khoảng 60 đến 120 phút.

4. Hồ sơ bệnh án:

- Hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin, các phương pháp chẩn đoán sỏi thận niệu quản, đánh giá tình trạng toàn thân của người bệnh và các bệnh phối hợp. - Hồ sơ có đủ biên bản hội chẩn của khoa thống nhất chỉ định phẫu thuật mở lấy sỏi thận niệu quản kết hợp với nội soi ống mềm và có giấy đồng ý phẫu thuật được người bệnh và gia đình ký và ghi rõ ngày tháng năm.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế:

- Phẫu thuật viên và người phụ đều đứng sau người bệnh.
- Người bệnh: tư thế nằm nghiêng 90 độ sang bên đối diện, chân dưới co, chân trên duỗi, có kê gối đệm dưới thắt lưng bên đối diện.
- Dụng cụ viên trải bàn 2 lớp, chuẩn bị dụng cụ. Phẫu thuật viên sát khuẩn, trải toan, kiểm tra hệ thống nội soi.

2. Vô cảm: Gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống.

3. Kỹ thuật: Mô tả các bước thực hiện kỹ thuật:

Bước 1: + Mở bụng đường sườn thắt lưng, vào khoang sau phúc mạc, giải phóng thận niệu quản. Clamps cuống mạch nếu mở nhu thận.

+ Tùy vào vị trí sỏi mà tiến hành mở bể thận niệu quản hoặc nhu mô lấy sỏi. Bơm hút rửa bể thận và lấy mảnh sỏi nhỏ.

Bước 2: + Nhận định sỏi thận ở vị trí khác như các đài thận nhỏ và niệu quản dưới không thể lấy hết được sẽ sử dụng ống soi mềm quan sát trực tiếp bằng camera và dung năng

lượng Holmium laser tán vỡ và bơm rửa lấy sỏi.
+ Kiểm tra sự lưu thông niệu quản xuống bàng quang, đặt sonde jj số 6 hoặc số 7. Khâu lại nhu mô và bể thận bằng chỉ tiêu chậm.
+ Trong trường hợp có bệnh lý đi kèm như hẹp bể thận niệu quản hay niệu quản sau tĩnh mạch chủ thì chỉ định tạo hình lại bể thận và niệu quản.
Bước 3: + Lau ổ mổ, đặt dẫn lưu ổ mổ
+ Dụng cụ viên và phẫu thuật viên kiểm tra đếm lại gạc mổ.
+ Đóng vết mổ theo giải phẫu.
+ Băng ép vết mổ.

VI. THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

1. Theo dõi trong mổ:

- Người bệnh được theo dõi sát về: mạch, huyết áp, áp lực tĩnh mạch trung ương, nồng độ O2 và CO2.
- Lượng máu mất: tính số lượng máu mất qua máy hút, thấm gạc và lượng máu cần truyền.
- Thời gian mổ: tính theo phút, từ khi rạch da đến khi khâu da.
- Phát hiện sớm biến chứng chảy máu trong mổ từ nhu mô hay tổn thương mạch máu.

2. Theo dõi sau mổ:

- Huyết động, tình trạng toàn thân, đau sau mổ, tình trạng ổ bụng, số lượng nước tiểu và màu sắc nước tiểu, tình trạng lưu thông tiêu hóa.
- Kháng sinh: phối hợp giữa các nhóm cephalosporin và quilonon tùy trường hợp từ 5 đến 7 ngày.
- Bồi phụ máu, nước điện giải theo xét nghiệm công thức máu, sinh hóa máu
- Theo dõi chảy máu qua số lượng máu qua dẫn lưu, lượng nước tiểu và màu sắc nước tiểu, tình trạng bụng, huyết động.
- Theo dõi dẫn lưu ổ mổ: màu sắc, số lượng dịch. Rút dẫn lưu 2- 3 ngày sau mổ. Phát hiện rò nước tiểu sau mổ khi ra >50ml nước tiểu /ngày và kéo dài.
- Rút sonde tiểu sau 2 đến 3 ngày.
- Sau 5 đến 7 ngày cho ra viện, hẹn khám lại 2 đến 4 tuần để khám lâm sàng, siêu âm, chụp XQ đánh giá sự hồi phục thận và nội soi bàng quang rút sonde niệu quản.

3. Các biến chứng sau mổ có thể xảy ra

- Trong mổ: + Chảy máu do tổn thương mạch thận, mạch chủ, mạch sinh dục, nhu mô thận cần khâu cầm máu.
+ Rách phúc mạc, tổn thương tạng khác như ruột non, đại tràng cần phối hợp phẫu thuật viên tiêu hóa xử lý theo thương tổn.
- Sau mổ**:** + Chảy máu sau mổ nhiều: mổ lại kiểm tra cầm máu.
+ Tụ dịch hoặc áp xe tồn dư: Nếu khối dịch nhỏ<5cm có thể dẫn lưu dưới siêu âm, nếu ổ to thì mổ lại làm sạch và dẫn lưu.
+ Rò nước tiểu: Lưu sonde tiểu và dẫn lưu lâu 1 -2 tuần điều trị nội khoa, nếu tắc hoặc gập sonde niệu quản thì đặt lại, nếu không hết xét phẫu thuật lại xử lý rò.

LẤY SỎI BÀNG QUANG LẦN HAI

I. ĐẠI CƯƠNG

Sỏi bàng quang là bệnh lý thường gặp do sỏi đường niệu trên rơi xuống hoặc hình thành tại bàng quang trong các bệnh lý gây tắc nghẽn đường tiểu dưới (U phì đại, hẹp niệu đạo (HNĐ), bàng quang mất trương lực do bẩm sinh hay mắc phải….). Sỏi bàng quang tái lại lần hai thường hay gặp trong xơ cứng cổ bàng quang, hẹp niệu đạo, u phì đại, bàng quang mất trương lực.

II. CHỈ ĐỊNH

- Sỏi bàng quang lần hai/ HNĐ
- Sỏi bàng quang lần hai/ xơ hẹp cổ bàng quang
- Sỏi bàng quang kích thước lớn không tán sỏi được
- Sỏi bàng quang/ bàng quang thần kinh do bẩm sinh hay sau chấn thương cột sống.

III. CHỐNG CHỈ ĐINH

- Thường khồng có chống chỉ định. Người bệnh có thể chịu được cuộc mổ là có thể thực hiện
- Chống chỉ định trong các trường hợp có bệnh toàn thân nặng, không có khả năng gây tê, mê để mổ.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: 1 bác sỹ phẫu thuật, 2 người phụ mổ, một dụng cụ viên và một chạy ngoài.

2. Người bệnh: Chuẩn bị mổ như các ca phẫu thuật khác. Vệ sinh bộ phận sinh dục, cạo lông mu, sát khuẩn vùng bụng dưới rốn.

3. Phương tiện: bộ dụng cụ phẫu thuật có van tự động nhỏ, sonde Petzer để dẫn lưu bàng quang khi cần, sonde Foley, chỉ Vicryl 3.0 hay 2.0, sonde dẫn lưu khoang Retzius, chỉ 1.0 đóng cân cơ, chỉ dafilon khâu da.

4. Thời gian phẫu thuật: 30 - 60 phút.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: nằm ngửa

2. Vô cảm: tê tủy sống hay mê nội khí quản

3. Kỹ thuật:

- Sát khuẩn bụng vùng mổ từ mũi ức tới khớp mu và 1/3 trên đùi.
- Trải toan, rạch da đường giưa trên xương mu khoảng 5-10 cm theo sẹo mổ cũ qua da, cân cơ bộc lộ mặt trước bàng quang (chú ý phúc mạc phủ mặt trước BQ dính do mổ cũ); khâu treo thành trước bàng quang; mổ bàng quang.
- Lấy sỏi bàng quang, kiểm tra cổ bàng quang, tuyến tiền liệt và 2 lỗ niệu quản.
- Bơm rửa sạch bàng quang, dẫn lưu băng Petzer (nếu không dẫn lưu bàng quang phải đặt sonde niệu đạo).
- Khâu lại chỗ mở bàng quang bằng chỉ tiêu
- Dẫn lưu khoang Retzius.
- Khâu treo bàng quang vào thành bụng.
- Đóng cân cơ và da.

VI. THEO DÕI CÁC TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG VÀ NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ

1. Theo dõi sau mổ:

- Tình trạng toàn thân: Mạch nhiệt độ huyết áp
- Nước tiểu qua dẫn lưu bàng quang hay qua sonde niệu đạo (tránh gập tắc sonde)
- Dịch chảy ra dẫn lưu khoang Retzius
- Tình trạng vết mổ

2. Xử trí tai biến

- Trong mổ có thể rách phúc mạc hay thủng ruột khi bộc lộ bàng quang do dính: Khâu lại, theo dõi sau mổ
- Chảy nước tiểu qua vết mổ, dẫn lưu Retzius: chú ý tránh gập tắc dẫn lưu bàng quang, sonde tiểu. Thay băng tránh nhiễm trùng vết mổ. Bơm rửa bàng quang nếu có máu cục.
- Chảy máu tắc sonde: bơm rửa qua dẫn lưu bàng quang hay sonde niệu đạo lấy hết máu cục, cho rửa bàng quang liên tục, dùng kháng sinh toàn thân, nâng cao thể trạng.

THAY ỐNG THÔNG DẪN LƯU THẬN

I. ĐẠI CƯƠNG

Trường hợp tắc hẹp niệu quản, chưa mổ tạo hình được phải đặt dẫn lưu thận.

Thường dẫn lưu thận phải thay thường xuyên 1 tháng 1 lần để tránh đầu sonde lắng cặn sỏi. Khi để lâu không thay nhiều trường hợp phải mổ thay sonde do đầu sonde có sỏi.

II. CHỈ ĐỊNH

- Sỏi trên đầu sonde DL thận gây tắc sonde.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Thường không có chống chỉ định. Người bệnh có thể chịu được cuộc mổ là có thể thực hiện
- Chống chỉ định trong các trường hợp có bệnh toàn thân nặng, không có khả năng gây tê, mê để mổ.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: 1 bác sỹ phẫu thuật, 2 người phụ mổ, một dụng cụ viên và một chạy ngoài.

2. Người bệnh: Chuẩn bị mổ như các ca phẫu thuật khác. Vệ sinh vùng mổ (thắt lưng chỗ dẫn lưu thận cũ).

3. Phương tiện: bộ dụng cụ phẫu thuật có van tự động, sonde Foley 3 chạc hoặc 2 chạc để dẫn lưu lại thận, chỉ vicryl khâu nhu mô thận, sonde dẫn lưu ổ mổ, chỉ 1.0 đóng cân cơ, chỉ dafilon khâu da.

4. Thời gian phẫu thuật: 45 - 90 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: nằm nghiêng bên đối diện, kê gối dưới ngang thắt lưng.

2. Vô cảm: TTS hay mê

3. Kỹ thuật:

- Sát khuẩn bụng vùng mổ
- Trải toan, rạch da đường sườn lưng qua dẫn lưu thận cũ qua da, cân cơ bộc lộ thận. thường khó bộc lộ cuống thận do dính.
- Mở nhu mô thận tại chân sonde dẫn lưu thận cũ lấy sonde và sỏi dính ở đầu sonde.
- Khâu cầm máu nhu mô thận vicryl theo mép đường mở nhu mô thận.
- Bơm rửa sạch bể thận. đặt lại dẫn lưu thận sonde Foley (Có thể dùng sonde 3 chạc để rửa liên tục nếu có nguy cơ chảy máu).
- Khâu lại chỗ mở nhu mô thận bằng chỉ vicryl
- Dẫn lưu ổ mổ.
- Khâu treo thận và dẫn lưu thận vào thành bụng.
- Đóng cân cơ và da.

VI.THEO DÕI CÁC TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG VÀ NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ

1. Theo dõi sau mổ:

- Tình trạng toàn thân: mạch, nhiệt độ, huyết áp
- Nước tiểu qua dẫn lưu thận (tránh gập, tắc sonde), phát hiện chảy máu
- Dịch chảy ra dẫn lưu ổ mổ
- Tình trạng vết mổ

2. Xử trí tai biến:

- Trong mổ có thể rách phúc mạc hay thủng đại tràng khi bộc lộ thận: phải khâu lại ngay hoặc làm hậu môn nhân tạo.
- Chảy nước tiểu qua vết mổ, dẫn lưu ổ mổ: chú ý tránh gập tắc dẫn lưu thận. Thay băng tránh nhiễm trùng vết mổ.

- Chảy máu tắc sonde: bơm rửa qua dẫn lưu thận, cho rửa liên tục, dùng kháng sinh toàn thân, nâng cao thể trạng.

THAY ỐNG THÔNG DẪN LƯU BÀNG QUANG

I. ĐẠI CƯƠNG

Trường hợp không tự tiểu được sẽ phải đặt dẫn lưu bàng quang (DLBQ). Thường DLBQ phải thay thường xuyên 1 tháng 1 lần để tránh đầu sonde lắng cặn sỏi. Khi để lâu không thay nhiều trường hợp phải mổ thay sonde do đầu sonde có sỏi.

II. CHỈ ĐỊNH

Sỏi trên đầu sonde DLBQ gây tắc sonde DLBQ

III. CHỐNG CHỈ ĐINH

- Thường không có chống chỉ định. Người bệnh có thể chịu được cuộc mổ là có thể thực hiện.
- Chống chỉ định trong các trường hợp có bệnh toàn thân nặng, không có khả năng gây tê, mê để mổ.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: 1 bác sỹ phẫu thuật, 2 người phụ mổ, một dụng cụ viên và một chạy ngoài.

2. Người bệnh: Chuẩn bị mổ như các ca phẫu thuật khác. Vệ sinh bộ phận sinh dục, cạo lông mu, sát khuẩn vùng bụng dưới rốn.

3. Phương tiện: bộ dụng cụ phẫu thuật có van tự động nhỏ, sonde petzer để DLBQ, chỉ vicryl 3.0 hay 2.0, sonde dẫn lưu khoang Retzius, chỉ 1.0 đóng cân cơ, chỉ dafilon khâu da.

4. Thời gian phẫu thuật: 30-60 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: nằm ngửa

2. Vô cảm: Tê tủy sống hay mê nội khí quản

3. Kỹ thuật:

- Sát khuẩn bụng vùng mổ từ mũi ức tới khớp mu và 1/3 trên đùi
- Trải toan, rạch da đường giữa trên xương mu khoảng 5-10 cm qua vị trí sonde DLBQ cũ qua da, cân cơ bộc lộ mặt trước bàng quang (BQ).
- Mở BQ tại chân sonde DLBQ cũ lấy sonde và sỏi dính ở đầu sonde.
- Kiểm tra cổ bàng quang, tuyến tiền liệt và 2 lỗ niệu quản. Lấy sỏi và máu cục nếu có.
- Bơm rửa sạch BQ, DLBQ lại bằng Petzer. Có thể dùng sonde 3 chạc để rửa liên tục nếu có nguy cơ chảy máu).
- Khâu lại chỗ mở BQ vicryl.
- Dẫn lưu khoang Retzius.
- Khâu treo bàng quang vào thành bụng.
- Đóng cân cơ và da.

VI.THEO DÕI CÁC TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG VÀ NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ

1. Theo dõi sau mổ

- Tình trạng toàn thân: Mạch, nhiệt độ, huyết áp
- Nước tiểu qua DLBQ (tránh gập tắc sonde)
- Dịch chảy ra dẫn lưu khoang Retzius
- Tình trạng vết mổ

2. Xử trí tai biến

- Trong mổ có thể rách phúc mạc hay thủng ruột khi bộc lộ BQ phải khâu lại ngay
- Chảy nước tiểu qua vết mổ, dẫn lưu Retzius: chú ý tránh gập tắc DLBQ. Thay băng tránh nhiễm trùng vết mổ. Bơm rửa BQ nếu có máu cục BQ.
- Chảy máu tắc sonde: bơm rửa qua DLBQ lấy hết máu cục, cho rửa bàng quang liên tục, dùng kháng sinh toàn thân, nâng cao thể trạng.

DẪN LƯU NƯỚC TIỂU BÀNG QUANG

I. ĐẠI CƯƠNG

Bàng quang (BQ) là nơi chứa nước tiểu để tống ra ngoài qua đường niệu đạo.

Trường hợp bàng quang căng mà không tự tiểu được, không đặt được thông tiểu được sẽ cần phải dẫn lưu nước tiểu bàng quang ra ngoài.

II. CHỈ ĐỊNH

- Bí đái do hẹp niệu đạo
- Bí đái do chấn thương niệu đạo mà chưa thể mổ tạo hình
- Bí đái do u phì đại tiền liệt tuyến, ung thư tiền liệt tuyến
- Bí đái do xơ hẹp cổ bàng quang
- Bí đái, đái rỉ do bàng quang thần kinh bẩm sinh hay sau chấn thương cột sống.

III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH Chống chỉ định trong các trường hợp có bệnh toàn thân nặng, không có khả năng gây tê, mê để thực hiện cuộc mổ.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: 1 bác sỹ phẫu thuật, 2 người phụ mổ, một dụng cụ viên và một chạy ngoài.

2. Người bệnh: Chuẩn bị mổ như các ca phẫu thuật khác.

- Làm bilan trước mổ đánh giá**:** các bệnh lý toàn thân, chức năng thận, tình trạng thiếu máu, tình trạng rối loạn đông máu.
- Vệ sinh bộ phận sinh dục, cạo lông mu, sát khuẩn vùng bụng dưới rốn.
- Nhịn ăn uống trước mổ 6 giờ, tốt nhất nên thụt hậu môn trước mổ.
- Giải thích cho người bệnh và gia đình về chỉ định, cách thức tiến hành, các nguy cơ có thể xảy ra của phẫu thuật.

3. Phương tiện:

- Bộ dụng cụ phẫu thuật có van tự động nhỏ.
- Sonde petzer để DLBQ
- Sonde dẫn lưu khoang Retzius,
- Chỉ tiêu chậm 3.0 hay 2.0 để khâu bàng quang, chỉ tiêu chậm 1.0 đóng cân cơ, chỉ không tiêu khâu da.

4. Thời gian phẫu thuật: 30-60 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: nằm ngửa

2. Vô cảm: Gây tê tại chỗ, tê tủy sống hoặc gây mê. Lựa chọn phương pháp vô cảm nào là phụ thuộc cụ thể vào tình trạng toàn thân của người bệnh và các chống chỉ định của từng phương pháp.

3. Kỹ thuật:

- Sát khuẩn bụng vùng mổ từ mũi ức tới khớp mu và 1/3 trên đùi
- Trải toan vô khuẩn - Rạch da đường giữa trên xương mu 5-10cm
- Qua da, cân cơ bộc lộ mặt trước BQ
- Khâu treo thành trước bàng quang, mở bàng quang khoảng 2-3cm.
- Kiểm tra cổ bàng quang, tuyến tiền liệt và 2 lỗ niệu quản.
- Lấy sỏi bàng quang, bơm rửa máu cục nếu có.
- Đặt dẫn lưu bàng quang bằng sonde Petzer hoặc sonde Foley, chú ý vị trí đặt dẫn lưu thường đặt vùng vòm bàng quang, đầu sonde dẫn lưu không đặt quá sâu sát cổ bàng quang gây cảm giác kích thích cho người bệnh.
- Khâu lại chỗ mở bàng quang chỉ tiêu chậm
- Kiểm tra lưu thông dẫn lưu, độ kín của đường khâu bàng quang

- Kiểm tra cầm máu kĩ, dẫn lưu khoang Retzius bằng sonde nhựa
- Khâu treo bàng quang vào thành bụng bằng các mũi chỉ tiêu
- Đóng cân cơ và da.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi sau mổ:

- Tình trạng toàn thân: Mạch nhiệt độ huyết áp
- Nước tiểu qua dẫn lưu bàng quang, chú ý tránh gập tắc sonde
- Dịch chảy ra dẫn lưu khoang Retzius
- Tình trạng vết mổ

2. Xử trí tai biến:

- Tai biến của gây tê gây mê: xử lý tùy từng trường hợp và mức độ cụ thể
- Trong mổ có thể rách phúc mạc hay thủng ruột khi bộc lộ BQ: nếu rách phúc mạc đơn thuần thì khâu đóng phúc mạc, nếu thương tổn ruột thì khâu ruột bằng chỉ tiêu chậm, trường hợp khó thì mời bác sĩ chuyên khoa tiêu hóa phối hợp.
- Chảy nước tiểu qua vết mổ, dẫn lưu Retzius: kiểm tra tránh gập tắc dẫn lưu bàng quang, thay băng tránh nhiễm trùng vết mổ.
- Chảy máu tắc sonde: bơm rửa qua dẫn lưu bàng quang lấy hết máu cục, cho rửa bàng quang liên tục nếu còn chảy máu, dung kháng sinh toàn thân

DẪN LƯU ÁP XE KHOANG RETZIUS

I. ĐẠI CƯƠNG

Khoang Retzius là một khoang ảo nhưng do tổ chức lỏng lẻo và liên quan giải phẫu với nhiều tạng lân cận nên rất dễ bị áp xe sau chấn thương và sau phẫu thuật vùng tiểu khung. Những trường hợp đã tạo thành khối ápxe cần phải được can thiệp dẫn lưu để điều trị.

II. CHỈ ĐỊNH

Khối áp xe khoang retzius sau mổ vùng bàng quang

Khối ápxe khoang Retzius trong hội chứng Fournier, trong chấn thương bàng quang gây tụ máu nước tiểu áp xe hoá.

Ápxe khoang Retzius do túi thừa bàng quang vỡ, ung thư bàng quang vỡ cần xử lý nguyên nhân và dẫn lưu rộng rãi khoang Retzius.

III.CHỐNG CHỈ ĐINH Chống chỉ định trong các trường hợp có bệnh toàn thân nặng, không có khả năng gây tê, mê để mổ

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

– 1 bác sỹ phẫu thuật chuyên khoa tiết niệu
– 2 bác sỹ phụ mổ
– 1 dụng cụ viên
– 1 chạy ngoài
– 1 bác sỹ gây mê và 1 phụ mê

2. 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, 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.
– Dùng kháng sinh dự phòng trước mổ.
– Hồ sơ người bệnh, xét nghiệm cơ bản, phim Xquang phổi, phim Xquang hệ tiết niệu, phim niệu đồ tĩnh mạch, phim cắt lớp vi tính.
– Xét nghiệm vi khuẩn, kháng sinh đồ để điều trị nhiễm khuẩn.

3. Phương tiện:

– Bàn mổ có thể điều khiển các tư thế khi cần thiết
– Dao điện đơn cực, dao điện lưỡng cực
– Máy hút
– Dao mổ lạnh, cán dao, kìm kẹp kim đủ các loại từ kìm cặp chỉ nhỏ đến chỉ to, 1 kìm kẹp kim mạch máu, 10 pince cong, 2 pharabeuf, 2 hartman, 1 bộ van tự động, 1 van sâu, 1 van nông, 1 van maleat, 2 kéo phẫu tích gồm 1 to, 1 nhỏ, 2 kéo cắt chỉ gồm 1 dài, 1 ngắn.
– Các loại chỉ: tuỳ từng bệnh lý mà phẫu thuật cần số lượng chỉ khác nhau trung bình cần 2 sợi chỉ tiêu chậm 2/0, 2 sợi chỉ đơn sợi không tiêu 3/0, 2 sợi chỉ to tiêu chậm 1/0.
– 1 hoặc 2 ống dẫn lưu silicon
– 1 sonde Foley hoặc Petzer để dẫn lưu bàng quang khi cần thiết.
– 1 túi nước tiểu nếu có dẫn lưu bàng quang

– Nhiều dung dịch sát khuẩn bétadine, cồn, oxy già, nhiều nước muối sinh lý ấm để rửa và làm sạch khoang Retzius.

4. Thời gian phẫu thuật: 45-90 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: nằm ngửa

2. Vô cảm: tê tuỷ sống hay mê nội khí quản

3. Kỹ thuật:

– Sát khuẩn bụng vùng mổ từ mũi ức tới khớp mu và 1/3 trên đùi

– Trải toan, rạch da đường giữa trên xương mu khoảng 5-10 cm hoặc rộng hơn tùy theo thương tổn.

– Qua da, cân cơ bộc lộ mặt trước bàng quang vào khoang Retzius

– Lấy máu, mủ gửi vi sinh.

– Hút sạch mủ ổ áp xe, lau rửa làm sạch thật kỹ

– Nếu thành bàng quang viêm mủn nát, người bệnh đái khó hay ổ áp xe ăn vào bàng quang có thể dẫn lưu bàng quang.

– Nếu ápxe do viêm thủng bàng quang hay do túi thừa bàng quang vỡ cần cắt túi thừa, khâu lại chỗ vỡ và dẫn lưu bàng quang.

– Bơm rửa sạch bàng quang, dẫn lưu bàng quang bằng sonde Petzer

– Dẫn lưu khoang Retzius bằng sonde silicon to 1 hoặc 2 chiếc

– Đóng cân cơ mũi rời

– Khâu da thưa

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi sau mổ:

– Tình trạng toàn thân: Mạch nhiệt độ huyết áp

– Nước tiểu qua dẫn lưu bàng quang (tránh gập tắc sonde) nếu có

– Dịch chảy ra dẫn lưu khoang Retzius

– Tình trạng vết mổ

2. Xử trí tai biến:

– Chống nhiễm khuẩn bằng kháng sinh toàn thân

– Thay băng tránh nhiễm trùng vết mổ.

– Rò nước tiểu qua dẫn lưu ổ áp xe khi thành bàng quang mủn nát. Chăm sóc tránh tắc dẫn lưu bàng quang.

Chảy máu vào bàng quang: nếu cần phải bơm rửa bàng quang

MỞ RỘNG LỖ SÁO

I. ĐẠI CƯƠNG Mở rộng miệng sáo là phẫu thuật mở rộng làm tăng khẩu kính lỗ ngoài niệu đạo tạo điều kiện cho nước tiểu lưu thông bình thường.

II. CHỈ ĐỊNH Hẹp miệng sáo mà nong niệu đạo không kết quả.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH Chống chỉ định với các bệnh đang tiến triển như suy gan, bệnh tim mạch, tiểu đường, rối loạn đông máu…

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

- Kíp phẫu thuật: bác sĩ chuyên khoa tiết niệu, nam học hoặc bác sĩ ngoại khoa được đào tạo và 2 người phụ mổ.
- Kíp gây mê: 01 bác sĩ gây mê, 01 người phụ mê, 01 dụng cụ viên, 01 người chạy ngoài.

2. Người bệnh:

- Hồ sơ bệnh án: xét nghiệm cơ bản, Xquang phổi, Xquang niệu đạo xuôi dòng ngược dòng để đánh giá mức độ và vị trí hẹp, siêu âm hệ tiết niệu đánh giá mức độ ảnh hưởng trên hệ tiết niệu.
- 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 tháo đường… trước khi can thiệp phẫu thuật.
- Nhịn ăn, thụt tháo, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.
- Có thể dùng kháng sinh dự phòng trước mổ.

3. Phương tiện:

- Dụng cụ: 01 bộ dụng cụ phẫu thuật cơ bản.
- Chỉ khâu tiêu chậm như monosyl, vycryl 4.0 hoặc 5.0, sonde tiểu số 14Fr hoặc 16Fr, túi nước tiểu.

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 30 đến 60 phút.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: Người bệnh nằm ngửa.

2. Vô cảm: Gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống.

3. Kỹ thuật:

- Bước 1: Nong kiểm tra miệng sáo, đánh giá chính xác vị trí và mức độ hẹp.
- Bước 2: Rạch mở rộng miệng sáo vị trí 6 giờ khi dương vật dựng thẳng đến đoạn niệu đạo lành
- Bước 3: Nong thử kiểm tra niệu đạo còn lại, chắc chắn đặt được sonde tiểu 14Fr trở lên.
- Bước 4: Khâu tạo hình da với niêm mạc niệu đạo bằng chỉ tiêu chậm monosyl 4/0 hoặc vicryl 4.0, đảm bảo niêm mạc niệu đạo lộn ra ngoài.
- Bước 5: Đặt sonde tiểu và băng vết mổ.

VI. THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

1. Theo dõi:

- Theo dõi toàn trạng: mạch, nhiệt độ, huyết áp.
- Đánh giá mức độ chảy máu qua băng vết mổ.
- Kháng sinh: Quilonon hoặc và phối hợp với cephalosporin.

2. Các biến chứng sau mổ có thể xảy ra:

- Chảy máu: Băng ép lại vết mổ.Nếu chảy máu nhiều thì khâu cầm máu.

- Nhiễm khuẩn: Điều trị kháng sinh và thay băng hang ngày. - Hẹp tái phát: Nong niệu đạo, nếu hẹp nhiều thì mổ lại.

CẮT HẸP BAO QUY ĐẦU (PHIMOSIS)

I. ĐẠI CƯƠNG

Hẹp bao quy đầu là hiện tư ng dính bao quy đầu có thể hoàn toàn hoặc không hoàn toàn. Khoảng 50% trẻ trai có thể lộn bao quy đầu khi 1 tuổi, khoảng 89% trẻ trai có thể lộn bao quy đầu khi 3 tuổi. Tỷ lệ hẹp bao quy đầu khoảng 6 – 8% khi trẻ 7 -8 tuổi và khoảng 1 % khi 16 tuổi.

II. CHỈ ĐỊNH

- Phẫu thuật bảo tồn bao quy đầu hay tạo hình bao quy đầu đối với trường hợp hẹp bao quy đầu nguyên phát, dài bao quy đầu.
- Phẫu thuật cắt bao quy đầu đối với trường hợp hẹp do viêm xơ bao quy đầu thứ phát, nghẹt bao quy đầu sau khi xử trí cấp cứu và điều trị kháng sinh.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Rối loạn đông máu
- Bệnh lý toàn thân nặng
- Bệnh lỗ tiểu thấp
- Vạt da bìu dương vật
- Lún dương vật
- Đang nhiễm trùng tại chỗ

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Phẫu thuật viên nhi khoa có chứng chỉ hành nghề và có thời gian thực tập tại khoa phẫu thuật tiết niệu nhi khoa.

2. Phương tiện

Bộ dụng cụ phẫu thuật chuyên khoa, các vật tư tiêu hao, trang thiết bị cho một cuộc phẫu thuật tiết niệu.

3.Người bệnh

Xét nghiệm đầy đủ

4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án theo quy định của Bộ y tế.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra ngọời bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật cắt bao quy đầu

- Vô cảm: gây tê cùng cụt
- Người bệnh nằm ngửa, kê độn.
- Làm sạch bao quy đầu bằng dung dịch sát trùng Betadin, sau đó dùng bút đánh dấu da quy đầu tương ứng với vành quy đầu .
- Đánh dấu niêm mạc bao quy đầu ngay dưới vành quy đầu cách khoảng 0,5 cm.
- Tiến hành đường rạch da và niêm mạc quy đầu tương ứng với đường đánh dấu.
- Cắt và lấy đi da và niêm mạc quy đầu, tiến hành cầm máu.
- Khâu lại bao quy đầu vị trí 6 và 12giờ , sau đó tiếp tục khâu da với niêm mạc bao quy đầu.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu: thường gặp 2 bên hãm của dương vật và mạch máu nhỏ dưới da. Băng lại bằng gạc tẩm Adrenaline nếu không kết quả mổ lại để cầm máu.
- Khó đi tiểu: có thể do tê tủy sống hoặc người bệnh đau không dám đi tiểu. Dùng kháng sinh và giảm đau tốt.

- Nhiễm trùng, hẹp miệng sáo: sử dụng kháng sinh.
- Hẹp bao quy đâu tái phát nếu như cắt không đủ rộng, chỉ định phẫu thuật lại.
- Thẩm mỹ xấu do để lại vạt da thừa ở bụng dương vật, chỉ định phẫu thuật lại.
- Rò niệu đạo do cắt, đốt vào niệu đạo, cắt bỏ quy đầu đây là biến chứng nặng. Biến chứng này có thể tránh được nếu phẫu thuật tuân thủ quy trình phẫu thuật.

PHẦN 4:
NGOẠI TIÊU HÓA

CẮT DẠ DÀY HÌNH CHÊM

I. ĐẠI CƯƠNG

Trong điều trị phẫu thuật, không phải tổn thương nào cũng phải cắt đoạn hay toàn bộ dạ dày. Một số bệnh lý có chỉ định cắt dạ dày hình chêm làm phẫu thuật nhẹ nhàng hơn, bảo tồn được tối đa dạ dày mà không làm thay đổi kết quả phẫu thuật.

II. CHỈ ĐỊNH

Ung thư dạ dày giai đoạn sớm, tại chỗ
U dạ dày không thuộc biểu mô
Loét lành tính dạ dày

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Chống chỉ định đối với phẫu thuật nói chung
Ung thư dạ dày tiến triển

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:
- Phẫu thuật viên chính chuyên khoa tiêu hoá hoặc ngoại chung
- 02 phẫu thuật viên phụ
- 01 bác sỹ gây mê
- Kíp dụng cụ viên, chạy ngoài, phụ mê: 03 điều dưỡng

2. 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, 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
- Kháng sinh dự phòng

3. Phương tiện: Bộ dụng cụ đại phẫu, chỉ khâu, máy cắt nối…

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: người bệnh nằm ngửa

2. Vô cảm: gây mê nội khí quản. trường hợp chống chỉ định gây mê nội khí quản có thể gây tê ngoài màng cứng .

3. Kỹ thuật:
- Bước 1: mở bụng đường trắng giữa trên dưới rốn hoặc mổ nội soi
- Bước 2: đánh giá tổn thương
. Đánh giá dịch ổ bụng, tình trạng phúc mạc.
. Đánh giá cơ quan khác trong ổ bụng.
. Đánh giá tổn thương tại chỗ.
. Đánh giá di căn hạch.
- Bước 4: bộc lộ tổn thương, nếu tổn thương nằm mặt sau thì phải tách mạc nối lớn khỏi đại tràng
- Bước 5: cắt bỏ tổn thương có thể bằng echolon hoặc cắt bằng dao đơn cực xong khâu lại, đảm bảo cắt hết tổn thương

- Bước 6: cầm máu kỹ diện bóc tách, có thể đặt dẫn lưu nếu cần thiết.
- Bước 7: đóng bụng theo bình diện giải phẫu.

VI. THEO DÕI CÁC TAI BIẾN – BIẾN CHỨNG VÀ NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ

- Chảy máu: thường trong 48h đầu hoặc những ngày tiếp theo. Chảy máu đỏ tươi, số lượng nhiều qua dẫn lưu, toàn trạng thay đổi (nhợt, lo âu, mạch nhanh, huyết áp tụt) cần mổ kiểm tra lại, cầm máu.
- Theo dõi áp xe tồn dư, tình trạng bục miệng nối, nhiễm trùng vết mổ để có chỉ định can thiệp kịp thời.
- Theo dõi tình trạng chung: mạch, huyết áp, viêm phổi

Truyền dịch: tính đủ năng lượng, lượng dịch vào cho từng người bệnh cụ thể Kháng sinh: sử dụng kháng sinh dự phòng hoặc sử dụng kháng sinh điều trị khi có chỉ định, tùy thuộc hoàn cảnh cụ thể.

Cho người bệnh ăn lại khi có trung tiện

CẮT ĐOẠN DẠ DÀY

I. ĐẠI CƯƠNG

Hiện nay với sự phát triển và ứng dụng rất tốt thuốc ức chế tiết acid dịch vị đã làm thay đổi kết quả điều trị trong bệnh lý loét dạ dày tá tràng. Tỷ lệ phẫu thuật cắt đoạn dạ dày chỉ còn trong một số trường hợp nhất định, chủ yếu là trong các trường hợp nghi ngờ hoặc đã chẩn đoán là ung thư.

II. CHỈ ĐỊNH

Loét hành tá tràng có biến chứng thủng, hẹp, chảy máu, điều kiện cho phép (tại chỗ và toàn thân)

Ung thư dạ dày vùng hang môn vị gây biến chứng thủng, hẹp, chảy máu mà điều kiện toàn thân không cho phép nạo vét hạch.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Chống chỉ định đối với phẫu thuật nói chung

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

- Phẫu thuật viên chính chuyên khoa tiêu hoá hoặc ngoại chung
- 02 phẫu thuật viên phụ
- 01 bác sỹ gây mê
- Kíp dụng cụ viên, chạy ngoài, phụ mê: 03 điều dưỡng

2. 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, 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
- Kháng sinh dự phòng

3. Phương tiện: Bộ dụng cụ đại phẫu, chỉ khâu, máy cắt nối…

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 180 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: người bệnh nằm ngửa

2. Vô cảm: gây mê nội khí quản. Trường hợp nguy cơ cao khi gây mê nội khí quản có thể gây tê ngoài màng cứng và gây tê tại chỗ.

3. Kỹ thuật:

- Bước 1: đường mổ trắng giữa trên dưới rốn hoặc trên rốn
- Bước 2: đánh giá thương tổn trong mổ
- Bước 3: xác định mốc cắt dạ dày:

Dưới môn vị 2-3 cm .

Bờ cong nhỏ: chỗ động mạch vị trái gặp bờ cong nhỏ

Bờ cong lớn: chỗ gặp nhau của động mạch vị mạc nối phải và trái

- Bước 4: Đóng mỏm tá tràng kín, trong trường hợp khó đóng mỏm tá tràng nên đặt dẫn lưu mỏm tá tràng và đặt hệ thống dẫn lưu cạnh mỏm tá tràng.
- Bước 5: Lập lại lưu thông theo kiểu Billroth I (Péan), hoặc Billroth II (Polya, Frinsterer) hay Roux-en-Y tùy theo kinh nghiệm của phẫu thuật viên. Miệng nối trước

hoặc qua mạc treo đại tràng ngang.
- Bước 6: lau rửa sạch ổ bụng, đặt dẫn lưu
- Bước 7: đóng bụng theo các lớp giải phẫu.

VI. THEO DÕI CÁC TAI BIẾN – BIẾN CHỨNG VÀ NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ.

- Chảy máu: thường trong 48h đầu hoặc những ngày tiếp theo. Chảy máu đỏ tươi, số lượng nhiều qua dẫn lưu, toàn trạng thay đổi (nhợt, lo âu, mạch nhanh, huyết áp tụt) cần mổ kiểm tra lại, cầm máu.
- Theo dõi áp xe tồn dư, tình trạng bục miệng nối, nhiễm trùng vết mổ để có chỉ định can thiệp kịp thời.
- Theo dõi tình trạng chung: mạch, huyết áp, viêm phổi . Truyền dịch: tính đủ năng lượng, lượng dịch vào cho từng người bệnh cụ thể. . Kháng sinh: sử dụng kháng sinh dự phòng hoặc sử dụng kháng sinh điều trị khi có chỉ định, tùy thuộc hoàn cảnh cụ thể

MỞ BỤNG THĂM DÒ

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật thăm dò ổ bụng được sử dụng trong chấn thương bụng, vết thương bụng để phát hiện các tổn thương vỡ tạng rỗng khi không chẩn đoán loại trừ được chắc chắn trước mổ. Phẫu thuật thăm dò cũng được sử dụng trong các trường hợp ung thư các tạng trong ổ bụng để đánh giá giai đoạn u khi không chắc chắn được khả năng cắt bỏ trước mổ. Hiện nay phẫu thuật thăm dò ổ bụng thường được tiến hành qua nội soi ổ bụng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Chấn thương bụng, vết thương bụng: nghi ngờ có tổn thương tạng rỗng không loại trừ được chắc chắn trước mổ.
- Đa chấn thương có sốc: nghi ngờ chảy máu trong ổ bụng hoặc nghi ngờ vỡ tạng rỗng
- Ung thư các tạng trong ổ bụng: thăm dò khả năng cắt u (không chắc chắn cắt được u trước mổ).

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Khi chẩn đoán trước mổ đã chắc chắn.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

- 01 Phẫu thuật viên chuyên khoa tiêu hoá hoặc ngoại chung
- 02 phẫu thuật viên phụ
- 01 bác sỹ gây mê
- Kíp dụng cụ viên, chạy ngoài, phụ mê: 03 điều dưỡng

2. 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, 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 thiếu máu nhiều.
- Nhịn ăn, thụt tháo, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.
- Kháng sinh dự

3. Phương tiện: Bộ dụng cụ đại phẫu, chỉ khâu, máy cắt nối…

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 60 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: Người bệnh nằm ngửa, kê gối đệm dưới lưng ngang đốt sống lưng 12 (D12).

2. Vô cảm: gây mê toàn thân có giãn cơ

3. Kỹ thuật:

- Bước 1: Mở bụng đường trắng giữa trên dưới rốn, đánh giá tổn thương các tạng một cách có hệ thống theo thứ tự:

. Nửa bụng bên phải: đánh giá toàn bộ đại tràng phải và mạc treo tương ứng, tá tràng, hang môn vị, vùng sau phúc mạc phải, gan, cuống gan, túi mật, thăm dò cơ hoành phải.

. Tầng trên mạc treo đại tràng ngang: đánh giá mặt trước dạ dày, vùng sau mạc nối nhỏ, đại tràng ngang và mạc treo tương ứng. lỗ thực quản cơ hoành.

. Nửa bụng bên trái: đánh giá đại tràng trái và mạc treo tương ứng. lách, vùng sau phúc mạc bên trái.

. Vùng tiểu khung: đánh giá trực tràng trong phúc mạc, bàng quang, tử cung phần phụ, mạch chậu 2 bên

. Vùng giữa bụng (tầng dưới mạc treo đại tràng ngang): kiểm tra toàn bộ ruột non và mạc treo tương ứng từ góc Treizt đến góc hồi manh tràng, động mạch và tĩnh mạch chủ bụng

- Bước 2: Xử trí tổn thương tùy trường hợp, lau rửa bụng, dẫn lưu, đóng bụng

VI. THEO DÕI CÁC TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG VÀ NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ

- Chảy máu: thường trong 48h đầu hoặc những ngày tiếp theo. Chảy máu đỏ tươi, số lượng nhiều qua dẫn lưu, toàn trạng thay đổi (nhợt, lo âu, mạch nhanh, huyết áp hạ) cần mổ lại kiểm tra, cầm máu.
- Theo dõi áp xe tồn dư, theo dõi tình trạng bục miệng nối, nhiễm trùng vết mổ để có chỉ định can thiệp kịp thời.
- Theo dõi tình trạng chung: viêm phổi…
- Truyền dịch: tính đủ năng lượng, lượng dịch vào cho từng người bệnh cụ thể.
- Kháng sinh: sử dụng kháng sinh dự phòng hoặc sử dụng kháng sinh điều trị khi có chỉ định, tùy thuộc hoàn cảnh cụ thể.

MỞ BỤNG THĂM DÒ, SINH THIẾT

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật thăm dò ổ bụng, sinh thiết được sử dụng để chẩn đoán bản chất mô học của các khối u trong ổ bụng mà không có biện pháp sinh thiết u trước mổ. Hiện nay, phẫu thuật thăm dò ổ bụng, sinh thiết thường được tiến hành qua nội soi ổ bụng.

II. CHỈ ĐỊNH

Các khối u trong ổ bụng không rõ bản chất mô học.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Các khối u trong ổ bụng có thể sinh thiết qua nội soi ống tiêu hóa, dưới hướng dẫn của siêu âm hoặc chụp cắt lớp vi tính.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

- 01 Phẫu thuật viên chuyên khoa tiêu hoá hoặc ngoại chung
- 02 phẫu thuật viên phụ
- 01 bác sỹ gây mê
- Kíp dụng cụ viên, chạy ngoài, phụ mê: 03 điều dưỡng

2. 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, 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 thiếu máu nhiều.
- Nhịn ăn, thụt tháo, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.
- Kháng sinh dự phòng

3. Phương tiện: Bộ dụng cụ đại phẫu, chỉ khâu, máy cắt nối…

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 60 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: Người bệnh nằm ngửa, kê gối đệm dưới lưng ngang đốt sống lưng 12 (D12).

2. Vô cảm: gây mê toàn thân có giãn cơ

3. Kỹ thuật:

- **Bước 1:** Mở bụng đường trắng giữa trên dưới rốn, tìm và bộc lộ tạng có khối u
- **Bước 2:** Khâu cầm máu quanh vị trí dự định sinh thiết. Dùng dao nhọn khoét phần u bên trong chỗ khâu cầm máu (khoảng 1 cm), sâu vào nhu mô tạng có khối u. Gửi mẫu sinh thiết làm giải phẫu bệnh tức thì. Nếu kết quả chưa thấy tổ chức u thì làm lại sinh thiết sâu hơn vào khối u hoặc sinh thiết vị trí khác.
- **Bước 3:** Khâu cầm máu vị trí đã sinh thiết, đóng bụng.

VI. THEO DÕI CÁC TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG VÀ NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ

- Chảy máu: thường trong 48h đầu hoặc những ngày tiếp theo. Chảy máu đỏ tươi, số lượng nhiều qua dẫn lưu, toàn trạng thay đổi (nhợt, lo âu, mạch nhanh, huyết áp hạ) cần mổ lại kiểm tra, cầm máu.
- Theo dõi áp xe tồn dư, nhiễm trùng vết mổ để có chỉ định can thiệp kịp thời.
- Theo dõi tình trạng chung: viêm phổi…
- Truyền dịch: tính đủ năng lượng, lượng dịch vào cho từng người bệnh cụ thể.

- Kháng sinh: sử dụng kháng sinh dự phòng hoặc sử dụng kháng sinh điều trị khi có chỉ định, tùy thuộc hoàn cảnh cụ thể.

CẮT TÚI THỪA TÁ TRÀNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Túi thừa của ruột non là bệnh hiếm gặp. Túi thừa ruột bao gồm đủ tất cả các lớp của thành ruột và thường là bẩm sinh, có thể có ở bất kỳ đoạn nào của ruột. Túi thừa tá tràng là túi thừa mắc phải hay gặp nhất trong khi túi thừa Meckel là túi thừa bẩm sinh hay gặp nhất.
Được phát hiện lần đầu tiên bởi Chomel, bác sĩ giải phẫu bệnh của Pháp, túi thừa tá tràng tương đối hay gặp, chỉ ít hơn túi thừa đại tràng. Tỷ lệ gặp túi thừa tá tràng qua chụp đường tiêu hóa trên từ 1 đến 5%, qua mổ xác là 15 đến 20%. Túi thừa tá tràng gặp ở nữ nhiều gấp 2 lần ở nam và hay phát hiện ở tuổi dưới 40. Túi thừa tá tràng được phân loại là bẩm sinh hay mắc phải, túi thật hay túi giả, trong lòng tá tràng hay ngoài lòng tá tràng. 2/3 đến ¾ túi thừa tá tràng gặp ở vùng quanh bóng Vater (trong vòng 2 cm tính từ nhú tá tràng lớn) và phát triển từ bờ trong tá tràng.

II. CHỈ ĐỊNH

Túi thừa tá tràng có triệu chứng hoặc có biến chứng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Túi thừa tá tràng phát hiện tình cờ không có triệu chứng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

- 01 Phẫu thuật viên chuyên khoa tiêu hóa
- 02 phụ mổ
- Kíp gây mê: 01 Bác sĩ gây mê, 01 Điều dưỡng phụ gây mê
- Kíp dụng cụ: 01 Dụng cụ viên, 01 nhân viên chạy ngoài

2. Người bệnh

- Được chẩn đoán bệnh, xét nghiệm sinh học, đánh giá toàn trạng bệnh phối hợp và được điều trị, nuôi dưỡng, cân bằng đủ đảm bảo cho cuộc phẫu thuật dự kiến.
- Nâng cao thể trạng, cân bằng những rối loạn do hậu quả của bệnh hoặc do cơ địa, bệnh mãn tính, tuổi…
- 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.
- Nhịn ăn, thụt tháo, vệ sinh vùng phẫu thuật và toàn thân.

3. Phương tiện: bộ dụng cụ đại phẫu, dao siêu âm, Ligasure, máy cắt nối, chỉ phẫu thuật, thuốc

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 120 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: Người bệnh nằm ngửa, kê một gối đệm dưới lưng ngang đốt sống lưng 12 (D12).

2. Vô cảm: gây mê toàn thân có giãn cơ

3. Kỹ thuật:

- **Bước 1:** Mở bụng đường trắng giữa trên dưới rốn, làm động tác Kocher rộng
để bộc lộ toàn bộ tá tràng từ D1 đến D4, đánh giá vị trí túi thừa tá tràng.
- **Bước 2**: Cắt túi thừa:

. Với túi thừa ở bờ tự do của tá tràng, dùng kẹp kéo túi thừa căng ra khỏi thành tá tràng, cắt túi thừa quanh gốc, khâu đóng lại thành tá tràng theo chiều ngang hoặc dọc miễn là tránh không gây hẹp tá tràng.

. Với túi thừa ở bờ mạc treo tá tràng: Mở tá tràng ở bờ tự do, nhận biết túi thừa ở bờ mạc treo, tìm bóng Vater, đánh giá khoảng cách giữa túi thừa và bóng Vater. Nếu túi thừa còn xa bóng Vater thì cắt túi thừa quanh gốc, khâu lại thành tá tràng ở bờ mạc treo. Nếu túi

thừa gần bóng Vater thì luồn 1 ống sonde qua ống mật chủ xuống tá tràng để nhận biết và phẫu tích bóng Vater. Kéo căng túi thừa vào lòng tá tràng, cắt túi thừa quanh gốc tránh không cắt vào các cấu trúc của bóng Vater. Kéo ống sonde và bóng Vater vào chỗ khuyết thành tá tràng vừa cắt túi thừa, khâu lại lớp niên mạc và lớp cơ của bóng Vater vào thành tá tràng. Khâu đóng lại bờ tự do tá tràng

. Với túi thừa nằm trong nhu mô đầu tụy: Mở bờ tự do tá tràng, dùng kẹp luồn qua cổ túi thừa vào đáy túi thừa, kéo túi thừa về phía lòng tá tràng, cắt quanh gốc túi thừa, khâu lại thành tá tràng ở bờ mạc treo và bờ tự do

- **Bước 3:** Kiểm tra, đặt dẫn lưu, đóng bụng.

VI. THEO DÕI CÁC TAI BIẾN-BIẾN CHỨNG VÀ NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ

- Chảy máu tiêu hóa: thường trong 48h đầu hoặc những ngày tiếp theo. Chảy máu đỏ tươi, số lượng nhiều qua sonde dạ dày, người bệnh nôn ra máu, ỉa phân đen, toàn trạng thay đổi (nhợt, lo âu, mạch nhanh, huyết áp hạ) cần mổ lại kiểm tra, cầm máu.
- Theo dõi áp xe tồn dư, theo dõi tình trạng bục chỗ khâu thành tá tràng, nhiễm trùng vết mổ để có chỉ định can thiệp kịp thời.
- Theo dõi tình trạng chung: viêm phổi…
- Truyền dịch: tính đủ năng lượng, lượng dịch vào cho từng người bệnh cụ thể. - Kháng sinh: sử dụng kháng sinh dự phòng hoặc sử dụng kháng sinh điều trị khi có chỉ định, tùy thuộc hoàn cảnh cụ thể.
- Cho ăn lại khi người bệnh có trung tiện

LÀM HẬU MÔN NHÂN TẠO

I. ĐẠI CƯƠNG

Hậu môn nhân tạo (HMNT) là hậu môn ở đại tràng do phẫu thuật viên tạo ra để dẫn lưu một phần hay toàn bộ phân ở trong đại tràng ra ngoài ổ bụng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Thủng đại tràng do:
+ Phẫu thuật viên gây ra trong khi mổ,
+ Chấn thương hay vết thương đại tràng,
+ Bệnh lý: Ung thư, loét, bệnh Crohn, viêm loét đại trực tràng chảy máu...
- Vết thương tầng sinh môn, đứt cơ thắt do chấn thương hoặc trong sản khoa (HMNT để bảo vệ, giữ cho vết mổ bên dưới sạch)...
- Tắc ruột do u đại tràng.
- Chuẩn bị cho việc cắt bỏ đại tràng có khối u.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Thể trạng người bệnh quá yếu, cần hồi sức tích cực trước phẫu thuật.
2. Người bệnh già yếu có các bệnh phối hợp tim, phổi nặng

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: Phẫu thuật viên tiêu hoá hay ngoại chung

2. Người bệnh:

- Xét nghiệm chẩn đoán, đánh giá bệnh phối hợp, toàn trạng người bệnh...
- Người bệnh và gia đình phải 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.

3. Phương tiện: Bộ dụng cụ đại phẫu.

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế:

- Người bệnh nằm ngửa.
- Phẫu thuật viên đứng bên phải hoặc bên trái tuỳ theo thói quen hay vị trí tổn thương ở đại - trực tràng.
- Phụ mổ thứ 1 đứng đối diện phẫu thuật viên.
- Dụng cụ viên đứng bên phải phụ mổ thứ nhất.

2. Vô cảm: Gây mê nội khí quản hay tê vùng (ngoài màng cứng, tê tại chỗ).

3. Kỹ thuật:

a. Đường vào ổ bụng: Đường giữa hoặc bờ ngoài cơ thẳng.

b. Kiểm tra vị trí khối u, tìm đại tràng trên u (thường là đại tràng ngang hoặc đại tràng xích ma) đoạn di động nhất để đưa ra thành bụng. Không nên để HMNT ngay tại vết mổ bụng hoặc sát ngay cạnh vết mổ vì dễ làm nhiễm trùng vết mổ và toác vết mổ. Nếu tách thớ cơ thành bụng chưa đủ rộng để quai đại tràng chui qua thì có thể dùng kéo khoét cân và cơ thành một lỗ tròn hoặc bầu dục để đại tràng không bị kẹt và sau này phân ra được dễ dàng.

c. Cho đại tràng ra ngoài thành bụng: Kéo quai đại tràng ra khoảng 4-6cm. Xác định đại tràng xích ma hoặc đại tràng ngang dựa vào kích thước và dải cơ dọc. Nếu là đại tràng ngang thì cần tách mạc nối lớn ra khỏi đại tràng ngang ở đoạn cần làm HMNT. Nếu đưa 2 đầu ruột riêng biệt thì khâu 2 cạnh lại với nhau trước khi đưa ra.

d. Đặt que thuỷ tinh (có thể dùng hoặc không dùng que thủy tinh): chọn chỗ mạc treo không có mạch máu sát thành đại tràng, chọc thủng một lỗ. Cho qua lỗ thủng này một que thuỷ tinh hoặc nhựa cứng dài 10-15cm. Đại tràng sẽ gập trên que đẩy theo hình chữ ômêga (Ω).

e. Khâu tạo cựa bằng 2 - 3 mũi rời ở mỗi bên thành ruột (trong trường hợp KHNT có cựa).
f. Cố định đoạn trên và đoạn dưới đại tràng vào phúc mạc: đảm bảo đoạn trên không bị xoắn, gấp và 2 đoạn trên, dưới không bị căng.
e. Mở đại tràng: mở đại tràng ngay sau khi đóng thành bụng hoặc sau 24 giờ. Mở dọc theo cơ dọc hoặc ngang quá nửa đại tràng

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi:

- Thông thường như sau các trường hợp phẫu thuật bụng khác.
- Theo dõi tình trạng lưu thông và tại chỗ của HMNT.

2. Xử trí tai biến:

a. Tai biến - biến chứng sớm:

- Tổ chức dưới da quanh hậu môn bị nhiễn khuẩn: sau mổ ngày thứ 5, thứ 6. Da quanh HMNT tấy đỏ, sưng to và đau. Sốt 38-38,50C. Tách mũi chỉ cố định HMNT vào da ngay ổ áp xe để dẫn lưu mủ ra.
- Rò: Sau mổ một đến hai tuần, quanh hậu môn có thể có một hay nhiều áp xe vỡ ra tạo thành đường rò. Nếu đường rò chưa vào HMNT thì có thể chỉ cần rạch rộng lỗ rò; nếu rò vào HMNT ở người bệnh làm HMNT vĩnh viễn nên làm lại.
- Thoát vị thành bụng cạnh HMNT: thường do đường rạch thành bụng (vị trí đưa ruột ra làm HMNT) quá rộng. Xử trí bằng cách mổ lại để cho ruột hay mạc nối lớn vào trong ổ bụng, cố định lại HMNT và khâu lại thành bụng bằng chỉ không tiêu
- Tụt HMNT: Hậu môn có thể tụt toàn bộ hoặc hoàn toàn do cố định HMNT không chắc chắn, mạch máu nuôi không tốt, mạc treo căng, thể trạng người bệnh suy kiệt...Muốn tránh biến chứng này, khi làm HMNT phải cố định phúc mạc quanh đại tràng, cố định thêm đại tràng vào cân, da bằng nhiều mũi rời và không để đại tràng bị
căng.
- Hoại tử HMNT: Phát hiện màu sắc của hậu môn bị biến đổi (mất đi màu hồng bóng của niêm mạc mà chuyển sang màu nhợt đỏ có những chấm đen) sau đó toàn bộ đại tràng trở nên tím đen. Nguyên nhân do đại tràng không được nuôi dưỡng do vết mổ quanh hậu môn quá hẹp hay hậu môn nhân tạo quá căng hay mạch máu nuôi dưỡng đoạn đại tràng đưa ra bị tổn thương. Người bệnh phải được phát hiện sớm và mổ làm lại HMNT.
- Tắc ruột sớm: Thường xảy ra 2 - 3 tuần sau mổ, sau khi HMNT đã hoạt động tốt.
Nguyên nhân thương do ruột non chui vào khe giữa thành bụng bên và quai đại tràng đưa ra làm HMNT. Để tránh biến chứng này khi làm HMNT nên cố định đoạn đại tràng và mạc treo với thành bụng.

b. Tai biến - biến chứng muộn:

- Hậu môn và vùng da xung quanh trũng xuống: Nhìn nghiêng thấy hậu môn và da thành bụng trũng xuống làm thành một cái hõm và lâu dần hậu môn sẽ bị thu hẹp. Nguyên nhân gây tai biến này là quai đại tràng được chọn dùng làm hậu môn quá ngắn. Xử trí nếu hậu môn bị hẹp sẽ phẫu thuật làm lại hậu môn.
- Niêm mạc hậu môn và da quanh hậu môn bị thương tổn: Niêm mạc lòi ra ngoài hậu môn: Nếu niêm mạc lòi quá 1cm và viêm nhiễm lâu ngày, đẩy vào không được. Điều trị bằng tiêm xơ dưới niêm mạc hay cắt bỏ đoạn niêm mạc lòi ra. Da và niêm mạc bị tổn thương do phân hay hồ dán gây hỏng da. Trên da thấy những mụn hay những ổ loét nhỏ. Mỗi khi lau chùi hậu môn hay dán túi mới, người bệnh thấy xót và đau. Thay dụng cụ HMNT (vòng sắt,...) và vệ sinh sạch quanh HMNT.
- Chức năng của hậu môn bị rối loạn:
Phân đóng cục ở trong đoạn đại tràng dưới: thường gặp trong trường hợp HMNT không có cựa. Mỗi khi phân đùn ra, một ít lọt vào đoạn dưới, dần dần phân đóng cục và có thể gây

tắc đoạn dưới. Nguyên nhân do không làm cựa, làm không đúng hay làm đúng nhưng rút que thuỷ tinh dưới cựa quá sớm. Có thể xử trí bằng khâu niêm mạc đầu dưới.
Phân lỏng: Có thể do chế độ ăn hoặc do thuốc (bột than, bột bismuth)
Phân tự động đùn ra: Hầu hết các trường hợp phân đều tự đùn ra, có thể điều chỉnh chế độ ăn táo bón hoặc hướng dẫn cho người bệnh tự thụt tháo.
- Hẹp HMNT: Khó cho ngón tay vào HMNT. Nguyên nhân do viêm thanh mạc đại tràng hoặc viêm thành bụng. Xử trí bằng nong HMNT. Nếu không được thì làm lại HMNT.
- Sa niêm mạc đại tràng qua HMNT: đại tràng thoát qua hậu môn ra ngoài. Có nhiều thể:
Thể ống: Thường gặp ở những trường hợp HMNT được làm bằng mỏn của đại tràng trên. Toàn bộ hậu môn là hình một cái ống niêm mạc đại tràng. Niêm mạc mặt ngoài nối liền với da. Giữa mặt ngoài và mặt trong là thanh mạc và trong khe.
Thể hình chữ T: Thường gặp trong kiểu hậu môn có cựa. Cựa thoát ra ngoài giữa hai lỗ hậu môn làm thành một chữ T, kéo luôn cả mạc treo và có khi cả ruột non ra ngoài.
Thể hình nấm: Trong kiểu hậu môn có cựa. Cựa thoát ra ngoài giữa hai lỗ HMNT làm thành một khối giống như một cái nấm, nắn qua cái nấm này có thể thấy ruột non.
Cả 3 khối sa ngày càng lớn, có thể gây tắc ruột non hoặc đại tràng. Về điều trị nếu HMNT vĩnh viễn thì nên cắt bỏ hậu môn cũ làm lại; nếu HMNT có tính chất tạm thời (hậu môn trên u), cắt bỏ đoạn đại tràng có khối u và có hậu môn.

PHẪU THUẬT CẮT DA THỪA CẠNH HẬU MÔN

I. ĐẠI CƯƠNG

Da thừa hậu môn gặp khi da vùng quanh lỗ hậu môn to lên và kéo dài ra. Da thừa hậu môn khá thường gặp, có thể là di tích để lại sau một đợt trĩ tắc mạch thoái triển.

II. CHỈ ĐỊNH

- Da thừa hậu môn lớn gây khó vệ sinh sạch, bất tiện cho người bệnh, mất thẩm mỹ.
- Da thừa hậu môn làm người bệnh khó chịu do cảm giác ngứa, viêm nhiễm (Cần tìm những bệnh lý vùng hậu môn nếu có chảy máu và đau hậu môn, cũng như loại trừ những bệnh lý khác gây ngứa vùng hậu môn.)

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Chống chỉ định chung của can thiệp ngoại khoa.
- Hậu môn viêm nhiễm
- Da thừa hậu môn phù nề, phình to dạng cục cần làm bilan chẩn đoán bệnh Crohn ống hậu môn.

IV. CHUẨN BỊ:

1. Người thực hiện: phẫu thuật viên tiêu hóa hay ngoại chung được đào tạo chuyên sâu hoặc có chứng chỉ về phẫu thuật vùng hậu môn trực tràng – tầng sinh môn.

2. Phương tiện:

- Đèn chiếu sáng tốt, ánh sáng lạnh.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật hậu môn: có ông soi hậu môn, van hậu môn, que thăm dò, dao điện, máy hút, panh, kéo, kẹp phẫu tích,…
- Các loại chỉ khâu, thuốc bôi trơn (vaselin), oxy già, xanh metylen,…
- Bàn phẫu thuật: thường dặt được người bệnh tư thế phụ khoa, bàn có thể xoay được các tư thế.
- Bàn để dụng cụ: nên có 2 bàn (bàn để dụng cụ chung và bàn để dụng cụ cần thiết trong khi mổ đặt trước mặt phẫu thuật viên 50cmX30cm).

3. Người bệnh:

Giải thích cho người bệnh và gia đình biết rõ tình trạng bệnh tại chỗ và tình trạng chung của người bệnh, về khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về các 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.

Giải đáp những khúc mắc của người bệnh về bệnh tật, về phẫu thuật,…trong phạm vi cho phép.

- *Tối hôm trước ngày phẫu thuật:*

Thụt tháo sạch phân, có thể thụt thuốc tẩy như Fleet,…Không cần tẩy sạch như phẫu thuật đại trực tràng

Dùng thuốc an thần như seduxen 5mg X 1 viên, uống lúc 20 giờ.

- Cạo lông quanh hậu môn: nên thực hiện trên bàn phẫu thuật sau khi gây tê vùng hoặc gây mê.
- *Ngày phẫu thuật*: nhịn ăn, uống, đi tiểu trước khi lên bàn mổ.

4. Hồ sơ bệnh án:

- Hoàn thành các thủ tục hành chính theo qui định. Người bệnh và gia đình ghi hồ sơ như đã nêu ở mục 3 trên đây (ghi rõ đã được giải thích rõ ràng và hiểu về những điều bác sỹ giải thích nêu trên).
- Hoàn thiện đầy đủ các bước khám lâm sàng, cận lâm sàng cần thiết để có chẩn đoán xác định bệnh (tùy thuộc các phương tiện, cơ sở y tế). Đánh giá tình trạng toàn thân như tuổi, cơ địa, những bệnh mãn tính nặng phối hợp có ảnh hưởng tới cuộc phẫu thuật, trong thời kỳ hậu phẫu. Đánh giá khả năng phẫu thuật để chuẩn bị cho cuộc mổ diễn ra an toàn và

hiệu quả nhất.
Đối với các thủ thuật đơn giản hơn (ví dụ lấy máu cục do trĩ tắc mạch, người bệnh có thể thực hiện thủ thuật và ra về ngay trong ngày. Hay người bệnh phải mổ cấp cứu như áp xe cạnh hậu môn) thì các bước chuẩn bị có thể rút gọn đơn giản hơn, phù hợp với từng trường hợp cụ thể.

5. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 30 – 60 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: người bệnh nằm ngửa ở tư thế phụ khoa hay nằm sấp đặt gối dưới bụng để bộc lộ rõ vùng hậu môn – trực tràng.

2. Vô cảm: tùy theo loại thủ thuật, phẫu thuật có thể lựa chọn các hình tức gây tê tại chỗ, châm tê, gây tê vùng, gây mê nội khí quản hay tĩnh mạch. Có thể thực hiện dưới gây tê tủy sống hoặc dưới gây tê tại chỗ.

3. Kĩ thuật:

Nguyên tắc kỹ thuật:

- Bảo tồn tối đa cấu trúc giải phẫu và chức năng sinh lý của hệ thống cơ thắt hậu môn để bảo đảm chức năng tự chủ của ống hậu môn.
- Không tạo ra các sẹo làm biến dạng vùng tầng sinh môn, ống hậu môn trực tràng gây đau và ảnh hưởng tới chức năng đại tiện.

Cụ thể:

a/ Đánh giá thương tổn:

- Đặt van Hill – Ferguson vào hậu môn
- Đánh giá các thương tổn phối hợp
- Kẹp pince vào phần da thừa h

b/ Tiêm thấm dung dịch Xylocain có Adrenalin pha loãng để dễ phẫu tích bóc tách. Cắt da ở mép da thừa hậu môn, phẫu tích bóc tách tổ chức dưới da tới niêm mạc hậu môn. Cắt da thừa hậu môn.Khâu mép cắt từ trong ra ngoài, kết thúc ở da rìa hậu môn.Có thể khâu mũi rời hoặc khâu vắt.Nên dùng loại chỉ nhỏ, tự tiêu (Vicryl 4.0 hoặc 5.0).

c/ Kiểm tra lại vết mổ: Cầm máu. Băng betadine.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

(xem bài Nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn - trực tràng).

1. Theo dõi:

- Thường cho kháng sinh, thuốc giảm đau 3 – 5 ngày. Ngày đầu dùng đường tiêm, từ ngày thứ 2 dùng đường uống. Uống thêm thuốc nhuận tràng, tránh táo bón đọng phân trong trực tràng gây kích thích đại tiện, gây đau kéo dài. Bắt đầu ăn trở lại sau mổ 6 giờ.
- Săn sóc tại chỗ: Giữ sạch vết mổ (sau đại tiện rửa sach hậu môn, thấm khô).

Thường không cần đặt viên đạn điều trị trĩ (Proctolog) vào hậu môn.Không ngâm rửa hậu môn tránh bục đường khâu da niêm mạc.

2. Xử trí tai biến: (xem bài Nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn - trực tràng).

- Phẫu thuật cắt da thừa hậu môn đơn giản, ít mất máu, ít đau, ít biến chứng sau mổ.
- Chảy máu: có thể biểu hiện dạng tụ máu vùng khâu treo. Nếu mức độ chảy máu nhiều, không tự cầm cần kiểm tra lại vết mổ để cầm máu bằng đốt điện hay khâu.
- Đau nhiều: Dùng thuốc giảm đau.
- Bí đái: Thường gặp sau gây tê tủy sống, hoặc do người bệnh đau nhiều cũng gây khó tiểu tiện. Nếu cần thiết phải đặt ống thông bàng quang.

PHẪU THUẬT CẮT TÚI MẬT NỘI SOI

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật cắt túi mật nội soi là phẫu thuật thường gặp nhất trong các phẫu thuật điều trị bệnh lý gan mật. Phillipe Mouret thực hiện lần đầu tiên vào năm 1987 tại Lyon – Pháp và ở Việt Nam vào năm 1992.

II. CHỈ ĐỊNH

- Sỏi túi mật có triệu chứng hoặc kích thước lớn.
- Viêm túi mật
- Polyp túi mật có triệu chứng, đa polyp hoặc polyp có kích thước > 1cm.

III . CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

IV . CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: Người thực hiện chuyên khoa tiêu hoá đã được đào tạo phẫu thuật nội soi cơ bản.

2. Phương tiện:

- Bàn mổ có thể dạng chân, quay các chiều.
- Giàn máy mổ nội soi: nguồn sáng, máy bơm khí, khí CO2, màn hình, dao điện (đơn cực và lưỡng cực).
- Bộ dụng cụ mổ nội soi: 04 trocar (02 trocar 10mm; 02 trocar 5mm); panh có răng – không răng; móc đốt điện; kìm cặp clip; kìm cặp kim; kéo; ống kính 900 hoặc 450.

3. Người bệnh:

- Các xét nghiệm cơ bản phục vụ cuộc mổ, lưu ý tiền sử đau, sốt, vàng da là các triệu chứng của sỏi ống mật chủ kèm theo.
- Các xét nghiệm đánh giá chức năng gan
- Siêu âm ổ bụng tối thiểu hai lần khẳng định không có bất thường ở đường mật chính.

V . CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế

- Người bệnh nằm ngửa, 2 chân có thể khép hoặc dạng 90°, tay phải khép, tay trái dạng 90°. Màn hình đặt ở phía đầu bên tay phải người bệnh.
- Người thực hiện đứng bên trái người bệnh, người phụ cầm camera đứng phía dưới. Người thực hiện hoặc giữa 2 chân, dụng cụ viên đứng phía dưới

2. Vô cảm

- Mê nội khí quản.
- Có đặt ống thông dạ dày, không cần đặt ống thông bàng quang.

3. 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 dưới mũi ức; trocar 5mm ở bờ ngoài cơ thẳng to ngang bên phải rốn; trocar 5mm ở dưới bờ sườn phải đường nách giữa.
- Chỉnh bàn tư thế đầu cao, nghiêng trái tối đa.
- Dùng panh có răng đưa qua lỗ trocar dưới sườn cầm vào đáy túi mật đẩy lên trên và sang phải tối đa để bộc lộ vùng cổ túi mật và cuống gan.
- Dùng panh không răng đưa qua lỗ trocar bờ ngoài cơ thẳng cầm vào phễu túi mật, quan

sát xem có bất thường ống mật chủ (có giãn ?), ống cổ túi mật (có giãn ?).
- Dùng móc dao điện phẫu tích vào tam giác Calot ở mặt sau và mặt trước, bộc lộ được động mạch túi mật, ống cổ túi mật.
- Cặp clip vào động mạch túi mật và ống cổ túi mật, phải nhìn rõ ống gan chung khi cặp, dùng kéo cắt động mạch túi mật và ống cổ túi mật. Dùng móc điện giải phóng giường túi mật tỉ mỉ, cầm máu giường túi mật.
- Cho túi mật vào túi nylon, lau sạch ổ bụng, cầm máu kỹ. Trường hợp viêm nhiễm, dịch mật đục bẩn có thủng túi mật nên đặt dẫn lưu dưới gan và đưa và ở lỗ trocar dưới sườn phải.
- Lấy túi mật qua lỗ trocar rốn, đóng các lỗ trocar bằng chỉ tiêu.

VI . THEO DÕI

- Rút sonde dạ dày khi kết thúc phẫu thuật.
- Cho ăn sau 6-8h.
- Ngồi dậy, đi lại sau 6-8h.
- Ra viện sau 24-48h.

VII .XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu trong ổ bụng: do tuột clip động mạch túi mật hoặc từ giường túi mật → nội soi kiểm tra hoặc mổ mở để cầm máu.
- Viêm phúc mạc: do tuột clip ống cổ túi mật hoặc thương tổn đường mật chính → mở bụng kiểm tra và xử trí theo thương tổn.
- Áp xe tồn dư: thường gặp ở vị trí hố túi mật → điều trị kháng sinh kết hợp chọc hút dưới siêu âm.

THẮT TRĨ NỘI BẰNG VÒNG CAO SU

I. ĐẠI CƯƠNG

Phương pháp điều trị đơn giản, được thực hiện bằng cách lồng vào gốc búi trĩ nội một vòng cao su. Búi trĩ sẽ hoại tử chậm và rụng sau 7 - 10 ngày.

II. CHỈ ĐỊNH

Trĩ nội độ 2 và độ 3 nhỏ.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Trĩ độ 3 lớn, độ 4, trĩ hỗn hợp, trĩ huyết khối, trĩ ngoại.
2. Hậu môn viêm nhiễm.
3. Bệnh rối loạn về đông máu, bệnh toàn thân ở giai đoạn cấp, suy giảm miễn dịch HIV dương tính; chỉ điều trị trĩ khi các bệnh đó ổn định.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: Người thực hiện tiêu hóa hay hậu môn – trực tràng.

2. Phương tiện: cần có thêm ống soi hậu môn, dụng cụ thắt trĩ và vòng cao su, bơm tiêm, thuốc tê, nguồn sáng tốt; có thể tiến hành tại buồng khám hậu môn.

3. Người bệnh: hồ sơ bệnh án, chẩn đoán xem bài phẫu thuật vùng hậu môn.

Giải thích kĩ để người bệnh hiểu và cộng tác, không cần cạo lông thụt tháo phân; đi tiểu trước khi làm thủ thuật.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Không dùng thuốc tê, mê, an thần.

2. Tư thế: nằm sấp hoặc ngửa, nghiêng phải ngiêng trái theo yêu cầu của bác sĩ điều trị.

3. Kỹ thuật

3.1 . Thăm hậu môn, soi hậu môn xác định lại chẩn đoán, chọn các búi trĩ sẽ thắt.

3.2. Lau sạch ống hậu môn, bôi thuốc khử khuẩn Betadine. Nếu còn ít phân có thể đặt một miếng gạc đẩy về phía trực tràng, lấy ra sau khi làm xong thủ thuật.

3.3. Đặt lại ống soi hậu môn, cho dụng cụ thắt trĩ vào, dùng kìm hay máy hút kéo búi trĩ vào trong ống hình trụ, bật lẫy cho vòng cao su ôm vào gốc búi trĩ. Có thể thắt 1 - 2 hay 3 búi trĩ trong một lần điều trị.

3.4. Thắt ở trên đường lược ít nhất 5mm (vùng không đau).

3.5. Các lần thắt vòng điều trị cách nhau ít nhất 3 tuần lễ.

3.6. Theo dõi tình trạng người bệnh, phát hiện choáng, điều trị ngay.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi

- Mạch, huyết áp trước và sau khi thắt.
- Người bệnh cần nhịn đi ngoài 24 giờ.
- Cho thuốc giảm đau paracetamol, nhuận tràng, an thần.
- Ngâm hậu môn trong nước ấm 2lần/ngày trong 7 ngày.

2. Xử trí

- Đau: do vòng thắt quá thấp, phải tháo vòng đặt lại cao hơn.
- Tuột vòng do đi ngoài sớm: đặt lại vòng.
- Chảy máu khi trĩ rụng, tắc mạch trĩ: theo dõi hoặc dùng thuốc (Daflon, viêm đạn trĩ). Trường hợp chảy máu nhiều cần kiểm tra lại cầm máu.
- Nhiễm khuẩn nặng: 3 dấu hiệu sốt cao, đau nhiều và bí đái; cho vào bệnh viện ngay, nhất là người suy giảm miễn dịch, HIV dương tính. Điều trị kháng sinh, truyền dịch, nhịn ăn uống.

PHẪU THUẬT CẮT BÚI TRĨ ĐƠN ĐỘC

I. ĐẠI CƯƠNG

Kỹ thuật cắt búi trĩ sa đơn độc độ 3 hoặc độ 4. Không can thiệp vào các vị trí khác của ống hậu môn.

II. CHỈ ĐỊNH

1. Sa búi trĩ nội đơn độc, có thể kèm tắc mạch.
2. Sa búi trĩ đơn độc kết hợp nứt kẽ hay rò hậu môn.
3. Trĩ ngoại tắc mạch

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Sa trĩ vòng hay có viêm nhiễm hậu môn.

IV. CHUẨN BỊ

Xem bài nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn trực tràng

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: người bệnh nằm ngửa hoặc nằm sấp.

2. Vô cảm: (xem bài phẫu thuật vùng hậu môn)

3. Kỹ thuật

- Thăm hậu môn, xác định lại chẩn đoán.
- Dùng panh cặp búi trĩ, kéo nhẹ ra ngoài
- Tiêm thấm dung dịch Xylocain có adrenalin pha loãng để dễ phẫu tích bóc tách búi trĩ
- Phẫu tích cắt búi trĩ từ da tới niêm mạc hậu môn trực tràng khỏi lớp cơ tròn trong tới gốc búi trĩ.
- Khâu thắt gốc búi trĩ bằng chỉ chậm tiêu Vicryl 2.0, cắt búi trĩ. Có thể để mở hay khâu khép niêm mạc da bằng chỉ tiêu nhanh loại 4.0 (Vicryl Rapid, Safil Quick).

VI. THEO DÕI

- Thường diễn biến đơn giản. Đề phòng choáng do dị ứng thuốc. Cần nằm lại theo dõi 1 – 2 giờ.
- Kháng sinh, thuốc giảm đau, nhuận tràng.
- Theo dõi chảy máu hoặc nhiễm khuẩn.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Choáng do dị ứng thuốc. Cần nằm lại theo dõi 1 – 2 giờ.
- Chảy máu gốc búi trĩ: khâu lại

PHẪU THUẬT CỤC MÁU ĐÔNG DO TRĨ TẮC MẠCH

I. ĐẠI CƯƠNG

Kỹ thuật gây tê tại chỗ, rạch lấy cục máu đông do búi trĩ tắc mạch, thường là trĩ ngoại. Không can thiệp vào các vị trí khác của ống hậu môn.

II. CHỈ ĐỊNH

Trĩ ngoại tắc mạch

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Sa trĩ tắc mạch lan rộng hoại tử hay đang có viêm nhiễm hậu môn.

IV. CHUẨN BỊ

Xem bài nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn trực tràng

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: người bệnh nằm ngửa hoặc nằm sấp.

2. Vô cảm: tê tại chỗ

3. Kỹ thuật

- Thăm hậu môn, xác định lại chẩn đoán.
- Tiêm thấm dung dịch Xylocain pha Adrenalin để dễ phẫu tích bóc tách.
- Rạch niêm mạc ngay trên cục máu đông.
- Phẫu tích niêm mạc lấy cục máu đông.
- Có thể để mở hay khâu niêm mạc bằng chỉ tiêu nhanh loại 4.0.

VI. THEO DÕI

- Thường diễn biến đơn giản. Đề phòng choáng do dị ứng thuốc. Cần nằm lại theo dõi 1 – 2 giờ.
- Cho kháng sinh, thuốc giảm đau, nhuận tràng.
- Theo dõi chảy máu hoặc nhiễm khuẩn.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Choáng do dị ứng thuốc. Cần nằm lại theo dõi 1 – 2 giờ.
- Chảy máu chỗ bóc tách: băng ép.

PHẪU THUẬT CẮT TRĨ BẰNG PHƯƠNG PHÁP MILLIGAN - MORGAN

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật cắt bỏ từng búi riêng rẽ, điều trị bệnh trĩ ở mức độ nặng hoặc đã dùng các phương pháp nội khoa, điều trị thủ thuật thất bại. Phẫu thuật cắt trĩ cần giữ lại các cầu da niêm mạc vừa đủ để tránh hẹp hậu môn, đại tiện mất tự chủ sau mổ.

II. CHỈ ĐỊNH

- Trĩ độ 3, độ 4, sa trĩ tắc mạch.
- Trĩ đã được điều trị bằng các phương pháp khác thất bại còn sa và chảy máu.
- Trĩ kèm các bệnh cần phẫu thuật khác ở hậu môn: nứt kẽ, rò,…

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

(xem bài nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn – trực tràng)

IV. CHUẨN BỊ

(xem bài nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn – trực tràng)

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế

(xem bài nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn – trực tràng)

2. Vô cảm

(xem bài nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn – trực tràng)

3. Kỹ thuật

3.1 . Nong hậu môn, bộc lộ các búi trĩ. Đặt 9 panh tại 3 vị trí: 3h, 8h, 11h; theo hàng: ở mép hậu môn, trên đường lược và gốc búi trĩ tạo nên *tam giác trình bày.*

3.2. Phẫu tích cắt từng búi trĩ: thường bắt đầu ở búi 3h. Tiêm thấm dung dịch Xylocain có adrenalin pha loãng để dễ phẫu tích bóc tách. Sau khi cắt da ở mép hậu môn, phẫu tích bóc tách búi trĩ từ da tới niêm mạc hậu môn trực tràng khỏi lớp cơ tròn trong tới gốc búi trĩ (cắt dây chằng Parks). Khâu thắt gốc búi trĩ bằng chỉ chậm tiêu 2.0. Đặt miếng gạc nhỏ dưới gốc búi trĩ, kéo nhẹ ra phía ngoài có tác dụng cầm máu tạm các mạch nhỏ.

3.3. Thực hiện tương tự với các búi trĩ ở các vị trí còn lại (8h và 11 giờ).

Sau khi thắt gốc 3 búi trĩ chính, kiểm tra lại vết mổ, cầm máu bằng đốt điện. Cắt các búi trĩ, để mỏm cụt dài khoảng 5mm.

3.4. Lấy các búi trĩ phụ dưới các cầu niêm mạc.

3.5. Sửa lại các cầu da niêm mạc cho cân đối, đều đặn. Nếu các cầu cầu da niêm mạc quá dài (để lại di tích da thừa sau này), có thể cắt ngắn cho vừa vặn và khâu lại bằng chỉ chậm tiêu 5.0, mũi rời.

3.6. Kiểm tra lại vết mổ: cầm máu tốt, ống hậu môn không bị hẹp (đút lọt dễ dàng ngón trỏ). Có thể đặt một miếng băng có tác dụng cầm máu như loại surgicel hay spongel ép nhẹ lên vết mổ. Băng mỡ với betadine.

VI. THEO DÕI

(xem bài nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn – trực tràng)

1. Thường cho kháng sinh, thuốc giảm đau 3 ngày – 5 ngày loại metronidazol, paracetamol. Ngày đầu dùng đường tiêm, từ ngày thứ 2 dùng đường uống. Uống thêm thuốc nhuận tràng, tránh táo bón đọng phân trong trực tràng gây kích thích đại tiện, gây đau kéo dài. Bắt đầu ăn trở lại sau mổ 12 giờ.

2. Săn sóc tại chỗ: thường đặt viên đạn trĩ vào hậu môn 1 viên/ngày. Ngâm rửa hậu môn vào chậu nước ấm pha thuốc tím hoặc dung dịch sát trùng nhẹ 2 – 3 lần/ngày.

VII. XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG

- Chảy máu: thường do vết thương để mở, nên người bệnh đại tiện có dính ít máu. Nếu

mức độ chảy máu nhiều, không tự cầm cần kiểm tra lại vết mổ để cầm máu bằng đốt điện hay khâu.
- Đau nhiều: dùng thuốc giảm đau kết hợp ngâm hậu môn nước ấm.
- Bí đái: thường gặp sau gây tê tủy sống, hoặc do người bệnh đau nhiều cũng gây khó tiểu tiện. Nếu cần thiết phải đặt ống thông bàng quang.
- Hẹp hậu môn: sau mổ cần đặt thuốc hàng ngày, đưa sâu ngón tay vào trong lòng trực tràng, tránh các mép cầu da niêm mạc dính sớm gây hẹp hậu môn. Trong khi mổ, cần phẫu tích tỉ mỉ, đúng lớp, tránh gây chảy máu nhiều phải khâu cầm máu và đốt điện nhiều làm hoại tử cầu da niêm mạc. Đây là nguyên nhân gây hẹp hậu môn.
- Mất tự chủ hậu môn thường tồn tại trong vòng 30 ngày sau mổ. Nguyên nhân do lớp niêm mạc hậu môn bị cắt bỏ, chưa tái tạo và phục hồi chức năng nhận cảm thành phần phân chứa trong lòng trực tràng. Do phẫu thuật ảnh hưởng tới hoạt động của hệ thống cơ thắt hậu môn. Do người bệnh sợ đi ngoài làm ứ đọng phân trong lòng trực tràng, gây kích thích đại tiện (người bệnh chỉ rặn được một ít phân, cảm giác đi không hết phân và đi ngoài nhiều lần trong ngày).
Vì vậy cần động viên người bệnh đi ngoài sớm, dùng nhuận tràng. Trong tường hợp cần thiết phải thụt tháo, lấy phân ứ đọng trong trực tràng.

PHẪU THUẬT TRĨ BẰNG PHƯƠNG PHÁP FERGUSON

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật cắt bỏ từng búi riêng rẽ, điều trị bệnh trĩ ở mức độ nặng hoặc đã dùng các phương pháp nội khoa, điều trị thủ thuật thất bại. Đây là kỹ thuật cải tiến từ phẫu thuật Milligan - Morgan (1937). Sau khi thắt gốc, cắt búi trĩ, các cầu da niêm mạc không để mở mà sẽ được khâu kín lại (Ferguson 1959).

II. CHỈ ĐỊNH

Tương tự chỉ định trong phẫu thuật cắt trĩ theo phương pháp Milligan Morgan, cụ thể:

- Trĩ độ 3, độ 4, sa trĩ tắc mạch.
- Trĩ đã được điều trị bằng các phương pháp khác thất bại còn sa và chảy máu.
- Trĩ kèm các bệnh cần phẫu thuật khác ở hậu môn: nứt kẽ, rò,…

II. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

(xem bài nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn – trực tràng)

III. CHUẨN BỊ

(xem bài nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn – trực tràng)

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế

(xem bài nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn – trực tràng)

2. Vô cảm

(xem bài nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn – trực tràng)

3. Kỹ thuật

3.1 . Nong hậu môn, bộc lộ các búi trĩ.

3.2. Đặt van Hill - Ferguson (van bán nguyệt che phần còn lại của ống hậu môn trực tràng để bộc rõ búi trĩ sẽ cắt)

3.3. Phẫu tích cắt từng búi trĩ: thường bắt đầu ở búi 3h. Tiêm thấm dung dịch Xylocain có Adrenalin pha loãng để dễ phẫu tích bóc tách. Sau khi cắt da ở mép hậu môn, phẫu tích bóc tách búi trĩ từ da tới niêm mạc hậu môn trực tràng khỏi lớp cơ tròn trong tới gốc búi trĩ (cắt dây chằng Parks). Khâu thắt gốc búi trĩ bằng chỉ chậm tiêu (thường dùng loại Vicryl 2.0). Cầm máu diện cắt búi trĩ. Khâu mép cắt từ trong ra ngoài. Tức là mũi khâu đầu tiên từ niêm mạc trực tràng tới niêm mạc hậu môn và kết thúc ở da rìa hậu môn. Có thể khâu mũi rời hoặc khâu vắt. Nên dùng loại chỉ nhỏ, tự tiêu (Vicryl 4.0 hoặc 5.0).

3.4. Thực hiện tương tự với các búi trĩ còn lại (8h và 11 h).

3.5. Kiểm tra lại vết mổ: cầm máu, hậu môn không hẹp (đút lọt dễ dàng ngón rỏ). Có thể đặt một miếng băng có tác dụng cầm máu như loại surgicel hay spongel ép nhẹ lên vết mổ. Băng mỡ với bétadine.

V. THEO DÕI

(xem bài nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn – trực tràng và cắt trĩ phương pháp Milligan- Morgan)

- Thường cho kháng sinh, thuốc giảm đau 3 ngày – 5 ngày loại metronidazol, paracetamol. Ngày đầu dùng đường tiêm, từ ngày thứ 2 dùng đường uống. Uống thêm thuốc nhuận tràng, tránh táo bón đọng phân trong trực tràng gây kích thích đại tiện, gây đau kéo dài. Bắt đầu ăn trở lại sau mổ 12 giờ.
- Săn sóc tại chỗ: giữ sạch vết mổ (sau đại tiện rửa sach hậu môn, thấm khô). Thường không cần đặt viên đạn điều trị trĩ (Proctolog) vào hậu môn.

Không ngâm rửa hậu môn tránh bục đường khâu da niêm mạc.

VI. XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG

- Chảy máu: ít gặp, do vết thương đã được khâu chủ động, Thường đại tiện có dính ít máu. Nếu mức độ chảy máu nhiều (do khâu cầm máu không tốt), không tự cầm, cần kiểm tra lại vết mổ để cầm máu bằng đốt điện hay khâu.
- Đau: dùng thuốc giảm đau loại paracetamol.
- Bí đái: thường gặp sau gây tê tủy sống, hoặc do người bệnh đau nhiều cũng gây khó tiểu tiện. Nếu cần thiết phải đặt sonde bàng quang.
- Hẹp hậu môn: trong khi mổ, cần phẫu tích tỉ mỉ, đúng lớp, tránh gây chảy máu nhiều phải khâu cầm máu và đốt điện nhiều làm hoại tử cầu da niêm mạc. Đây là nguyên nhân gây hẹp hậu môn. Hoặc cắt mất nhiều niêm mạc do búi trĩ to, khi khâu lại mép niêm mạc làm hẹp hậu môn. Trong trường hợp này có thể rạch mở nhỏ niêm mạc giữa 2 đường khâu.
- Mất tự chủ hậu môn (xem bài phẫu thuật cắt trĩ phương pháp Milligan Morgan).

PHẪU THUẬT ÁP XE CẠNH HẬU MÔN

I. ĐẠI CƯƠNG

Áp xe cạnh hậu môn là cấp cứu thường gặp của vùng hậu môn trực tràng. Nguồn gốc của nhiễm khuẩn bắt nguồn từ viêm các tuyến Hermann và Desfosses. Từ đây nhiễm trùng lan tỏa tới các khoang quanh hậu môn trực tràng, tạo ra các thể áp xe khác nhau. Nếu không được chẩn đoán điều trị kịp thời, áp xe sẽ lan rộng phá hủy hệ thống cơ thắt, hoặc tự vỡ ra ngoài tạo nên các đường rò, gọi là bệnh rò hậu môn (sẽ có bài riêng). Áp xe hậu môn cần được phẫu thuật dẫn lưu sớm. Kháng sinh không có tác dụng điều trị khỏi bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH

Áp xe cạnh hậu môn được chỉ định phẫu thuật cấp cứu hoặc cấp cứu có trì hoãn.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Chống chỉ định chung của can thiệp Ngoại khoa

IV. CHUẨN BỊ

(xem bài nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn - trực tràng).

Nếu tại cơ sở y tế có các phương tiện chẩn đoán, hai phương tiện chẩn đoán hình ảnh (siêu âm đầu dò trực tràng và cộng hưởng từ) có tác dụng tốt trong chẩn đoán ổ áp xe, đường rò, lỗ trong và liên quan với hệ thống cơ thắt hậu môn.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế

(xem bài nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn - trực tràng).

2. Vô cảm

(xem bài nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn - trực tràng).

3. Kỹ thuật

Nguyên tắc kỹ thuật:

- Bảo tồn tối đa cấu trúc giải phẫu và chức năng sinh lý của hệ thống cơ thắt hậu môn để bảo đảm chức năng tự chủ của ống hậu môn.
- Không tạo ra các sẹo làm biến dạng vùng tầng sinh môn, ống hậu môn trực tràng gây đau và ảnh hưởng tới chức năng đại tiện.

Cụ thể:

- Đường rạch tuỳ vị trí áp xe, đủ rộng, phá vỡ các vách ngăn nếu có; có thể rạch hình chữ thập hay cắt bỏ một phần da phủ áp xe để tránh liền vết mổ ở phần nông, phía ngoài (còn đọng dịch mủ ở lớp sâu). Lấy sạch tổ chức viêm hoại tử, tránh thương tổn thần kinh, mạch máu. Bơm rửa huyết thanh, oxy già, betadine.

Mở ngỏ áp xe, mở cơ tròn nếu tìm được lỗ trong, đường rò thấp cho phép mở cơ không ảnh hưởng tới chức năng tự chủ hậu môn. Lấy mủ cấy vi khuẩn và làm kháng sinh đồ.

- Một số tình huống cụ thể:
- Áp xe liên cơ thắt: mở cơ tròn trong dẫn lưu trực tiếp ổ áp xe vào lòng trực tràng. Đường rạch nên kéo dài ra ngoài da để có tác dụng dẫn lưu tốt, tránh ứ đọng mủ ở chỗ sâu, phần thấp.
- Áp xe hình móng ngựa: rạch 2 đường nhỏ 2 bên hậu môn dẫn lưu áp xe ra da, nên đặt ống dẫn lưu nhỏ để bơm rửa sau mổ cho ổ áp xe nhanh sạch, chóng lấp đầy vết thương.
- Đối với các ổ áp xe lan rộng, đường rò ngóc ngách phức tạp, chỉ nên rạch mở áp xe. Khi tình trạng tại chỗ ổn định sẽ đánh giá đầy đủ để mổ thì tiếp theo.
- Trong trường hợp áp xe lan rộng, nhiễm trùng hoại tử, toàn trạng người bệnh nặng, nhiều bệnh phối hợp có thể phải phối hợp rạch dẫn lưu tại chỗ, làm hậu môn nhân tạo đại tràng và điều trị tích cực.
- Giải quyết lỗ trong: trong trường hợp có định hướng của siêu âm và tìm thấy lỗ trong,

đường rò không xuyên cao, không phức tạp, có thể giải quyết 1 thì

VI. THEO DÕI

(xem bài nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn - trực tràng).

1 . Ngâm hậu môn 2 - 3 lần/ ngày, dùng nước ấm, có thể pha loãng với dung dịch betadine.

2. Thay băng 2 lần / ngày với các dung dịch sát khuẩn sao cho vết thương liền từ sâu ra nông, tránh khép miệng sớm vết thương.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

1 . Đau sau mổ: thông thường sau khi mở ổ áp xe tình trạng người bệnh sẽ tốt hơn: hết sốt, đỡ đau, cảm giác thoải mái hơn. Dùng thuốc giảm đau loại paracetamol, ngâm hậu môn nước ấm cũng là biện pháp giảm đau tốt.

2. Chảy máu: tùy mức độ, có thể băng ép hoặc đốt điện, khâu cầm máu

3 Trường hợp nhiễm trùng nặng, toàn trạng người bệnh kém, suy kiệt cần điều trị tích cực: ngâm rửa sạch tại chỗ, kháng sinh toàn thân mạnh, nâng cao thể trạng, chữa các bệnh phối hợp.

PHẪU THUẬT RÒ HẬU MÔN

I. ĐẠI CƯƠNG

Rò hậu môn là bệnh thường gặp của vùng hậu môn trực tràng. Nguồn gốc của nhiễm khuẩn bắt nguồn từ viêm các tuyến Hermann và Desfosses. Từ đây nhiễm trùng lan tỏa tới các khoang quanh hậu môn trực tràng. Tạo ra các thể áp xe khác nhau. Nếu không được chẩn đoán điều rị kịp thời, áp xe sẽ lan rộng phá hủy hệ thống cơ thắt, hoặc tự vỡ ra ngoài tạo nên các đường rò. Bài này không đề cập các loại rò do các nguyên nhân khác như bệnh Crohn, ung thư thể chế nhày, bệnh Verneuil, hay rò ruột từ trên cao…

II. CHỈ ĐỊNH

Rò hậu môn là bệnh lý ngoại khoa, cần được chỉ định phẫu thuật. Kháng sinh không có tác dụng điều trị khỏi bệnh.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Chống chỉ định chung của can thiệp ngoại khoa.

IV. CHUẨN BỊ

(xem bài nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn - trực tràng).

Nếu tại cơ sở y tế có các phương tiện chẩn đoán, hai phương tiện chẩn đoán hình ảnh (siêu âm đầu dò trực tràng và cộng hưởng từ) có tác dụng tốt trong chẩn đoán ổ áp xe, đường rò, lỗ trong và liên quan với hệ thống cơ thắt hậu môn.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế

(xem bài nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn - trực tràng).

2. Vô cảm

(xem bài nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn - trực tràng).

3. Kỹ thuật

Nguyên tắc kỹ thuật:

- Bảo tồn tối đa cấu trúc giải phẫu và chức năng sinh lý của hệ thống cơ thắt hậu môn để bảo đảm chức năng tự chủ của ống hậu môn.
- Không tạo ra các sẹo làm biến dạng vùng tầng sinh môn, ống hậu môn trực tràng gây đau và ảnh hưởng tới chức năng đại tiện.
- Tìm thấy và giải quyết được lỗ trong (lỗ nguyên phát).

Cụ thể:

3.1. Đánh giá thương tổn:

- Nong hậu môn.
- Thăm trực tràng đánh giá sơ bộ khối áp xe, đường rò, tương quan giữa đường rò và cơ thắt hậu môn.
- Bơm hơi hoặc oxy già từ lỗ ngoài, quan sát đường lược, tìm khí đi vào lỗ trong, có thể bơm xanh methylen.
- Nếu xác định được lỗ trong, phẫu tích lấy đường rò từ lỗ ngoài.
- Cầm máu, để ngỏ đường mở rò.
- Băng vết mổ mỡ với dung dịch betadine.
- Lấy mủ cấy vi khuẩn và làm kháng sinh đồ.
- Gửi bệnh phẩm xét nghiệm giải phẫu bệnh.

3.2. Một số loại rò phức tạp:

- Rò liên cơ thắt: mở cơ tròn trong dẫn lưu trực tiếp vào lòng trực tràng.

Đường rạch nên kéo dài ra ngoài da để có tác dụng dẫn lưu tốt, tránh ứ đọng mủ ở chỗ sâu, phần thấp.

- Rò hình móng ngựa: đây là loại rò phức tạp, phẫu thuật thường phải làm

nhiều thì để tránh đường rạch quá rộng tạo ra sẹo xấu, gây đau, hẹp hậu môn nếu việc thay băng săn sóc vết thương không tốt.
- Rò kép: đây là loại rò có 2 lỗ nguyên phát tạo 2 đường rò độc lập. Vì vậy khi giải quyết bệnh sẽ phải cắt vòng cơ thắt ở 2 nơi nguy cơ làm yếu cơ thắt gây đại tiện không tự chủ. Do vậy về nguyên tắc chỉ được mở cơ tròn 2 nơi khi cả 2 đường rò đều ở nông, xuyên cơ thắt phần thấp. Nếu một trong 2 đường rò xuyên cơ thắt cao thì phải phẫu thuật nhiều thì.
- Rò hình chữ Y: đây là thể rò có 1 lỗ trong, 2 lỗ ngoài nối với nhau tạo hình chữ Y hay chữ V. Cần có siêu âm đầu dò trực tràng đánh giá trước tránh nhầm với thể rò kép nêu trên.
- Rò xuyên cơ thắt cao hay rò trên cơ thắt: cần phẫu thuật nhiều thì để bảo toàn cơ thắt.
3.3. Giải quyết lỗ trong: giải quyết lỗ trong là một trong những nguyên tắc để điều trị bệnh rò hậu môn. Trong trường hợp có định hướng của siêu âm và tìm thấy lỗ trong, đường rò không xuyên cao, không phức tạp, có thể giải quyết 1 thì. Thường dùng phẫu thuật mở ngỏ. Một số phương pháp khác có thể áp dụng: lấy đường rò sau đó đóng kín lỗ trong bằng cách khâu trực tiếp, hạ niêm mạc trực tràng hoặc bơm keo sinh học vào đường rò. Các biện pháp này chỉ nên áp dụng cho đường rò chủ yếu tổ chức viêm xơ, không có áp xe hay hoại tử lan rộng.

VI. THEO DÕI

(xem bài nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn - trực tràng).
- Ngâm hậu môn 2 - 3 lần/ ngày, dùng nước ấm, có thể pha loãng với dung dịch betadine.
- Thay băng 2 lần/ngày với các dung dịch sát khuẩn sao cho vết thương liền từ sâu ra nông, tránh khép miệng sớm vết thương.

VII. XỬ TRÍ TAI BIÊN

Đau sau mổ: thông thường người bệnh đau ít. Dùng thuốc giảm đau paracetamol, ngâm hậu môn nước ấm cũng là biện pháp giảm đau tốt.
Chảy máu: tùy mức độ, có thể băng ép hoặc đốt điện, khâu cầm máu
Trường hợp nhiễm trùng nặng, toàn trạng người bệnh kém, suy kiệt cần điều trị tích cực: ngâm rửa sạch tại chỗ, kháng sinh toàn thân mạnh, nâng cao thể trạng, chữa các bệnh phối hợp.

PHẪU THUẬT RÒ HẬU MÔN HÌNH MÓNG NGỰA

I. ĐẠI CƯƠNG

Rò hậu môn là bệnh thường gặp của vùng hậu môn trực tràng. Nguồn gốc của nhiễm khuẩn bắt nguồn từ viêm các tuyến Hermann và Desfosses. Từ đây nhiễm trùng lan tỏa tới các khoang quanh hậu môn trực tràng, tạo ra các thể áp xe khác nhau.

Rò hậu môn hình móng ngựa là một thể rò phức tạp. Thường lỗ nguyên phát nằm ở vị trí 6h (tư thế phụ khoa). Áp xe lan sang bên vào khoang hố ngồi trực tràng, sau đó vỡ ra da, tạo thành một thể rò đặc biệt, thương tổn hình móng ngựa.

II. CHỈ ĐỊNH

Rò hậu môn được chỉ định phẫu thuật. Kháng sinh không có tác dụng điều trị khỏi bệnh.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định

IV. CHUẨN BỊ

(xem bài nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn - trực tràng và phẫu thuật rò hậu môn).

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế:

(xem bài nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn - trực tràng và phẫu thuật rò hậu môn).

2. Vô cảm:

(xem bài nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn - trực tràng và phẫu thuật rò hậu môn).

3. Kỹ thuật:

Nguyên tắc kỹ thuật:

Xem bài phẫu thuật rò hậu môn.

Cụ thể:

Để đảm bảo nguyên tắc phẫu thuật nêu trên (không làm thương tổn cơ thắt, không để lại sẹo quá rộng hay sẹo làm biến dạng, hẹp ống hậu môn), thường phẫu thuật được chia làm 3 thì, các thì kế tiếp nhau sau một thời gian nhất định (thường 3 - 4 tuần):

a/ Thì 1:

- Đặt chỉ hoặc dây cao su nối giữa 2 lỗ rò ở hai bên mông.
- Đặt chỉ hoặc dây cao su nối giữa lỗ trong với 1 trong 2 lỗ rò ngoài.

b/ Thì 2:

- Rạch da nối giữa 2 lỗ ngoài.
- Đặt lại sợi chỉ nối giữa lỗ trong và lỗ ngoài mới nằm ở vị trí 6h trên đường rạch nối giữa 2 lỗ ngoài nêu trên.

c/ Thì 3:

Mở ngỏ đường rò: nối giữa lỗ trong với lỗ ngoài vị trí 6h, cắt mở cơ tròn bán phần.

Hiện nay, với phương tiện siêu âm đầu dò trực tràng cho thấy rõ hình thái, mức độ phức tạp của thương tổn, đường rò cao hay thấp, mà kỹ thuật có thể thay đổi: đối với thể áp xe móng ngựa có thể chỉ phẫu thuật một thì, giải quyết lỗ trong ngay. Để đường mở ra da không quá rộng, có thể làm như sau: mở ngỏ áp xe, nạo sạch tổ chức hoại tử, đặt 2 dẫn lưu nhỏ hai bên để bơm rửa sạch ổ áp xe sau mổ.

VI. THEO DÕI

(xem bài nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn - trực tràng và bài phẫu thuật rò hậu môn).

- Ngâm hậu môn 2 - 3 lần/ ngày, dùng nước ấm, có thể pha loãng với dung dịch

betadine. Thay băng 2lần/ngày với các dung dịch sát khuẩn sao cho vết thương liền từ sâu ra nông, tránh khép miệng sớm vết thương.
- Nếu đặt dẫn lưu, thì hàng ngày bơm rửa với dung dịch nước muối và betadine. Dẫn lưu thường rút sau 1 tuần bơm rửa. Người bệnh ra viện sẽ tiếp tục tự săn sóc như nêu ở phần trên.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

(xem bài nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn - trực tràng và bài phẫu thuật rò hậu môn).

CẮT ĐẠI TRÀNG PHẢI

I. ĐẠI CƯƠNG

Cắt đại tràng phải là phẫu thuật bao gồm: cắt bỏ 10 - 15cm hồi tràng, manh tràng, đại tràng lên, một phần đại tràng ngang bên phải, cùng mạc treo tương ứng. Lập lại lưu thông đường tiêu hóa bằng nối hồi tràng với đại tràng ngang. Miệng nối có thể được làm ngay hoặc lần phẫu thuật sau.

II. CHỈ ĐỊNH

1. Thường áp dụng nhất cho các trường hợp u ở đại tràng từ van hồi – manh tràng đến đại tràng góc gan.
2. Một số trường hợp khác: lao hồi manh tràng, polyp ung thư hóa, xoắn đại tràng, lồng ruột hoại tử, khối u ở sau phúc mạc hay mạc treo đại tràng, vết thương hoặc chấn thương đại tràng không có khả năng bảo tồn

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Thể trạng người bệnh quá yếu, cần hồi sức tích cực trước phẫu thật.
2. Người bệnh già yếu có các bệnh nặng phối hợp.
3. Ung thư đã di căn xa, xâm lấn vào các tạng lân cận, đặc biệt là di căn phúc mạc không có khả năng cắt bỏ.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Người thực hiện tiêu hóa và bác sỹ gây mê hồi sức có kinh nghiệm.

2. Phương tiện: bộ đại phẫu tiêu hóa, các phương tiện cần có kèm theo như dao điện, dao mổ siêu âm, phương tiện khâu nối máy.

3. Người bệnh

(xem bài nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn – trực tràng)

- Các xét nghiệm cơ bản chẩn đoán.
- Nhất thiết phải chụp đại tràng, soi đại tràng và làm sinh thiết.
- Nội soi dạ dày - tá tràng trong trường hợp u to nghi thâm nhiễm tá tràng.
- Nếu nghi ngờ có thâm nhiễm hay rò vào các cơ quan khác cần thăm dò, chẩn đoán rõ ràng.
- Chuẩn bị đại tràng theo quy định.
- Đặc biệt cần lưu ý nâng cao thể trạng người bệnh trước phẫu thuật bằng nuôi dưỡng qua đường tĩnh mạch.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: nằm ngửa, đặt sonde bàng quang.

2 Vô cảm: gây mê nội khí quản

3. Kỹ thuật

3.1 . Rạch da: đường trắng giữa trên và dưới rốn.

3.2. Thăm dò đánh giá thương tổn và toàn bộ ổ bụng. Thận trọng trước khi quyết định cắt đại tràng nếu thấy tổn thương thâm nhiễm vào dạ dày, khối tá tụy hoặc thành bụng sau.

3.3. Cắt đại tràng:

- Buộc thắt 2 đầu ruột: đầu trên (hồi tràng) cách góc hồi manh tràng từ 10cm đến 15cm; đầu dưới (đại tràng ngang).
- Giải phóng đại tràng bắt đầu từ góc manh tràng, đại tràng lên… cho đến nửa đại tràng phải. Cần bộc lộ rõ tá tràng, tĩnh mạch chủ dưới, niệu quản để tránh làm tổn thương đến các cơ quan này.
- Cắt mạc treo đại tràng, hồi tràng. Đối với ung thư cần cắt các mạnh máu sát gốc để lấy hết các hạch, các hạch này cần được ghi chú riêng từng vị trí để thử giải phẫu bệnh.

- Cắt hồi tràng và đại tràng ngang ở chỗ đã được buộc.

3.4. Lập lại lưu thông đường tiêu hóa:

+ Miệng nối hồi - đại tràng ngang với chỉ không tiêu hoặc tiêu chậm 4/0 kiểu tận – tận, tận – bên hoặc bên – bên. Có thể sử dụng máy cắt nối nếu có điều kiện.

3.5. Dẫn lưu dưới gan – rãnh đại tràng phải.

3.6. Đóng bụng: 2 hoặc 3 lớp.

VI. THEO DÕI

(xem bài nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn – trực tràng)

- Như mọi trường hợp phẫu thuật đường tiêu hóa nói chung.
- Sau phẫu thuật phối hợp 2 loại kháng sinh từ 5 đến 7 ngày.
- Bồi phụ đủ nước - điện giải, năng lượng hàng ngày, protein máu.
- Khi có trung tiện bắt đầu cho ăn cháo sữa.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Trong phẫu thuật

- Thủng vào tá tràng: nên mời tuyến trên chi viện ngay vì xử trí phức tạp tùy theo từng trường hợp cụ thể.
- Cắt phải niệu quản, nếu không mất đoạn nhiều có thể nối lại ngay và đặt modelage. Nếu bị mất đoạn thì dẫn lưu đầu trên ra ngoài, đầu dưới thắt lại và đánh dấu bằng một sợi chỉ màu (cần ghi rõ trong biên bản phẫu thuật) để dễ tìm khi phẫu thuật lại. Gửi sớm người bệnh lên tuyến trên.

2. Sau phẫu thuật (Xem bài cắt toàn bộ đại tràng)

CẮT ĐẠI TRÀNG TRÁI

I. ĐẠI CƯƠNG

Cắt đại tràng trái là phẫu thuật cắt bỏ nửa đại tràng ngang bên trái, đại tràng xuống và đại tràng xích ma cùng mạc treo tương ứng. Lập lại lưu thông đường tiêu hóa bằng nối đại tràng ngang với trực tràng. Miệng nối có thể được làm ngay hoặc lần phẫu thuật sau.

II. CHỈ ĐỊNH

1. Thường áp dụng nhất cho các trường hợp u bên trái đại tràng ngang, u đại tràng góc lách, đại tràng xuống.
2. Một số trường hợp khác: polyp ung thư hóa, xoắn đại tràng, lồng ruột hoại tử, khối u ở sau phúc mạc hay mạc treo đại tràng, vết thương hoặc chấn thương đại tràng không có khả năng bảo tồn

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Thể trạng người bệnh quá yếu, cần hồi sức tích cực trước phẫu thật.
2. Người bệnh già yếu có các bệnh nặng phối hợp.
3. Ung thư đã di căn xa, vào các tạng lân cận, đặc biệt là phúc mạc không có khả năng cắt bỏ.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Người thực hiện tiêu hóa và bác sỹ gây mê hồi sức có kinh nghiệm.

2. Phương tiện: bộ đại phẫu tiêu hóa, các phương tiện cần có kèm theo như dao điện, dao mổ siêu âm, phương tiện khâu nối máy.

3. Người bệnh

(xem bài nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn – trực tràng và bài cắt toàn bộ đại tràng)

Nội soi dạ dày - tá tràng trong trường hợp u to nghi thâm nhiễm dạ dày.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: nằm ngửa, đặt sonde bàng quang.

2. Vô cảm: gây mê nội khí quản

3. Kỹ thuật

3.1 . Rạch da: đường trắng giữa trên và dưới rốn.

3.2. Thăm dò đánh giá thương tổn và toàn bộ ổ bụng. Thận trọng trước khi quyết định cắt đại tràng nếu thấy tổn thương thâm nhiễm vào dạ dày, tụy, niệu quản hoặc thành bụng sau.

3.3. Cắt đại tràng:

- Giải phóng đại tràng ngang, đại tràng góc lách, đại tràng xuống và đại tràng xích ma.
- Cắt mạc treo đại tràng, lấy hết các hạch, các hạch này cần được ghi chú riêng từng vị trí để thử giải phẫu bệnh.

3.4. Lập lại lưu thông đường tiêu hóa có thể:

+ Được thực hiện ngay bằng miệng nối đại tràng – trực tràng với chỉ không tiêu hoặc tiêu chậm 4/0.

3.5. Dẫn lưu rãnh đại tràng trái, Douglas.

3.6. Đóng bụng: 2 hoặc 3 lớp.

VI. THEO DÕI

(xem bài nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn – trực tràng và bài cắt toàn bộ đại tràng).

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Trong phẫu thuật (Xem bài cắt đại tràng phải)

2. Sau phẫu thuật (Xem bài cắt đại tràng phải)

CẮT ĐOẠN ĐẠI TRÀNG XÍCH MA

I. ĐẠI CƯƠNG

Cắt đoạn đại tràng xích ma là phẫu thuật cắt bỏ đoạn đại tràng được giới hạn đầu trên là đoạn nối với đại tràng xuống, đầu dưới là trực tràng cùng mạc treo tương ứng. Lập lại lưu thông đường tiêu hóa bằng nối đại tràng xuống với trực tràng.

II. CHỈ ĐỊNH

1. Thường áp dụng nhất cho các trường hợp u đại tràng xích ma.
2. Một số trường hợp khác: polyp ung thư hóa, xoắn đại tràng, lồng ruột hoại tử, khối u ở sau phúc mạc hay mạc treo đại tràng, vết thương hoặc chấn thương đại tràng không có khả năng bảo tồn…

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Thể trạng người bệnh quá yếu, cần hồi sức tích cực trước phẫu thật.
2. Người bệnh già yếu có các bệnh nặng phối hợp.
3. Ung thư đã di căn xa, vào các tạng lân cận, đặc biệt là phúc mạc không có khả năng cắt bỏ.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Người thực hiện tiêu hóa và bác sỹ gây mê hồi sức có kinh nghiệm.

2. Phương tiện: bộ đại phẫu tiêu hóa, các phương tiện cần có kèm theo như dao điện, dao mổ siêu âm, phương tiện khâu nối máy.

3. Người bệnh

(xem bài nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn – trực tràng và bài cắt toàn bộ đại tràng)

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: nằm ngửa, đặt sonde bàng quang.

2. Vô cảm: gây mê nội khí quản

3. Kỹ thuật:

3.1 . Rạch da: đường trắng giữa hay đường bờ ngoài cơ thẳng to bên trái.

3.2. Thăm dò đánh giá thương tổn và toàn bộ ổ bụng.

3.3. Cắt đại tràng:

- Giải phóng đại tràng xích ma khỏi thành bụng và phúc mạc thành sau.
- Cắt mạc treo đại tràng, lấy hết các hạch, các hạch này cần được ghi chú riêng từng vị trí để thử giải phẫu bệnh.

3.4. Lập lại lưu thông đường tiêu hóa có thể:

+ Được thực hiện ngay bằng miệng nối đại tràng – trực tràng với chỉ không tiêu hoặc tiêu chậm 3/0 - 4/0.

3.5. Dẫn lưu rãnh đại tràng trái, Douglas.

3.6. Đóng bụng: 2 hoặc 3 lớp.

VI. THEO DÕI

(xem bài nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn – trực tràng và bài cắt toàn bộ đại tràng).

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

(xem bài nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn – trực tràng và bài cắt toàn bộ đại tràng).

PHẪU THUẬT CẮT ĐOẠN TRỰC TRÀNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Cắt đoạn trực tràng là phẫu thuật cắt bỏ một đoạn đại tràng xích ma và trực tràng cùng mạc treo tương ứng. Lập lại lưu thông đường tiêu hóa bằng nối đại tràng trái (đại tràng xuống hoặc đại tràng xích ma) với trực tràng còn lại. Có hai phương pháp mổ chính là cắt trước và cắt trước thấp. Chỉ định dựa vào vị trí của u nằm ở 1/3 trên hay giữa của trực tràng.

II. CHỈ ĐỊNH

1. Thường áp dụng nhất cho trường hợp u trực tràng đoạn 1/3 trên và 1/3 giữa.
2. Một số trường hợp khác: polyp ung thư hóa, khối u ở tiểu khung …

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Thể trạng người bệnh quá yếu, cần hồi sức tích cực trước phẫu thật.
2. Người bệnh già yếu có các bệnh nặng phối hợp.
3. Ung thư đã di căn xa, vào các tạng lân cận, đặc biệt là phúc mạc không có khả năng cắt bỏ.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

Người thực hiện tiêu hóa và bác sỹ gây mê hồi sức có kinh nghiệm.

2. Phương tiện: bộ đại phẫu tiêu hóa, các phương tiện cần có kèm theo như dao điện, dao mổ siêu âm, phương tiện khâu nối máy.

3. Người bệnh

(xem bài nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn – trực tràng và bài cắt toàn bộ đại tràng)

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: nằm tư thế sản khoa, đặt sonde bàng quang.

2. Vô cảm: gây mê nội khí quản

3. Kỹ thuật

3.1 . Rạch da: đường trắng giữa dưới rốn, có thể kéo dài lên trên rốn.

3.2. Thăm dò đánh giá thương tổn và toàn bộ ổ bụng.

3.3. Cắt đoạn đại tràng xích ma - trực tràng:

* Giải phóng đại tràng xích ma – trực tràng:

- Rạch mở phúc mạc bắt đầu từ bên trái. Phẫu tích giải phóng đại tràng xích ma – trực tràng khỏi phúc mạc thành sau - bên trái theo một nếp rãnh tạo bởi phúc mạc tiểu khung và mạc treo trực tràng. Đường phẫu tích đi từ trên xuống dưới, từ trái sang phải, từ trước ra sau. Diện phẫu tích đi đúng vào khoảng vô mạch nằm giữa lớp cân sau mạc treo trực tràng và mặt trước xương cùng cụt (thường không chảy máu). Khi phẫu tích cần thấy và bộc lộ rõ niệu quản, động mạch chậu trái. Phẫu tích tới sàn chậu (mặt trên khối cơ nâng hậu môn) thì dừng lại, khi đó cũng thấy rõ mạch trực tràng trên, kéo nâng lên ra phía trước.
- Cắt mở bờ phải mạc treo đại tràng xích ma - trực tràng: xác định rõ niệu quản phải. Rạch một đường đánh dấu từ bờ phải mạc treo đại tràng xích ma (nơi dự kiến thắt gốc mạch mạc treo trực tràng) theo đường rãnh tạo bởi mạc treo trực tràng và nếp phúc mạc tiểu khung bên phải vòng qua mặt trước trực tràng (điểm thấp nhất túi cùng Douglas). Phẫu tích trực tràng từ trên xuống dưới, từ trước ra sau. Thường rất dễ dàng, chỉ cần mở mạc treo phẫu tích nhẹ nhàng ta sẽ gặp đường phẫu tích từ phía bên trái.
- Phẫu tích giải phóng mạc treo trực tràng phía sau: người phụ dùng panh cặp vào đoạn trực tràng phía trước (đoạn sẽ cắt bỏ) kéo trực tràng nâng lên, đặt van sâu bộc lộ rõ mặt sau mạc treo trực tràng. Phẫu tích giải phóng mạc treo trực tràng đúng lớp vô mạc nằm giữa cân sau mạc treo trực tràng và mặt trước xương cùng cụt. Thường ít chảy máu. Tuy nhiên,

không được phẫu tích quá thô bạo, tránh thương tổn rách tĩnh mạch trước xương cùng, rất khó cầm máu. Tùy theo có cắt toàn bộ hay một phần mạc treo trực tràng mà dừng lại cho thích hợp.
Trong trường hợp cần cắt toàn bộ mạc treo trực tràng (áp dụng cho ung thư trực tràng 1/3 giữa và 1/3 dưới) thì mặt sau phẫu tích đến hết mạc treo tới mặt trên khối cơ nâng, sát lớp cơ vòng hậu môn.
- Phẫu tích mặt trước trực tràng: nối liền 2 điểm phẫu tích trực tràng bên phải và bên trái. Phẫu tích tách trực tràng khỏi bàng quang, tuyến tiền liệt, hai túi tinh ở nam (tử cung, âm đạo ở nữ) vừa đủ để cắt dưới u 4cm.
Như vậy, toàn bộ trực tràng và đoạn thấp đại tràng xích ma đã được giải phóng khỏi phúc mạc thành sau và tiểu khung.
* Cắt đoạn đại tràng xích ma – trực tràng:
- Xác định điểm cắt trực tràng dưới u ít nhất 2 cm. Phẫu tích cắt mạc treo trực tràng: điểm khởi phát thường bắt đầu từ bờ trái. Dùng kẹp phẫu tích tách mạc treo khỏi lớp cơ trực tràng, từ điểm này có thể dùng dao siêu âm cắt bóc lớp mạc treo trực tràng theo một vòng từ bờ trái ra phía sau, sang phải (ngược chiều kim đồng hồ). Cũng tương tự cách phẫu tích như vậy sẽ cắt lớp mạc treo khỏi thành trực tràng bên phải. Trong trường hợp không có dao siêu âm thì phối hợp cắt đốt bằng dao điện với dùng panh kẹp cắt và buộc chỉ.
- Cắt trực tràng: chú ý khâu các mũi treo trực tràng, cầm máu tỉ mỉ, cắt trực tràng thật cân đối.
- Cắt đại tràng xích ma: cặp cắt mạch mạc treo tràng trên (trong một số trường hợp cần thiết, có thể cặp cắt ở thì ngay sau giải phóng bờ phải mạc treo trực tràng). Cắt một phần đại tràng xích ma ước lượng sao cho còn đủ để đưa xuống nối với trực tràng không bị căng, mạch nuôi dưỡng tốt.
d. Lập lại lưu thông đường tiêu hóa có thể:
- Được thực hiện bằng miệng nối đại tràng – trực tràng với chỉ tiêu chậm 4/0 (thường dùng Vicryl hoặc các sản phẩm tương tự) mũi rời hoặc khâu vắt, một hoặc hai lớp.
- Nếu nối máy thì cắt trực tràng và nối đại tràng xích ma – tràng sẽ được thực hiện bằng dụng cụ cắt nối chuyên dụ
Khâu mạc treo, kiểm tra xem miệng nối kín, không bị căng, nuôi dưỡng tốt không. Trong trường hợp miệng nối đại trực tràng thấp, hoặc ngay sát trên hậu môn, có thể xem xét làm hậu môn nhân tạo bảo vệ phía trên. Hậu môn nhân tạo toàn thể, có thể đặt ở hồi tràng hoặc đại tràng.
3.4. Dẫn lưu Douglas.
3.5. Đóng bụng: 2 hoặc 3 lớp.

VI. THEO DÕI

(xem bài nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn – trực tràng và bài cắt toàn bộ đại tràng).

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

(xem bài nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn – trực tràng và bài cắt toàn bộ đại tràng).

CẮT RUỘT THỪA MỔ MỞ LAU RỬA Ổ BỤNG, ĐIỀU TRỊ VIÊM PHÚC MẠC RUỘT THỪA

I. ĐẠI CƯƠNG

Cắt ruột thừa mổ mở là phẫu thuật cắt ruột thừa viêm và mạc treo ruột thừa qua đường rạch đủ rộng trên thành bụng. Phẫu thuật có thể kèm theo là lau rửa và làm sạch ổ phúc mạc viêm lấy giả mạc hoặc loại bỏ ổ áp xe trong ổ bụng do viêm ruột thừa.

II. CHỈ ĐỊNH

- Viêm ruột thừa cấp không đủ điều kiện mổ nội soi ổ bụng
- Áp xe ruột thừa trong ổ bụng không đủ điều kiện điều trị can thiệp tối thiểu.
- Viêm phúc mạc ruột thừa mà ổ bụng quá bẩn, quá chướng hơi không mổ nội soi được.

III. CHUẨN BỊ

- Bác sĩ chuyên khoa ngoại tổng hợp, kíp mổ có người phụ mổ, dụng cụ viên phẫu thuật
- Bác sĩ gây mê hồi sức và kíp phụ gây mê.
- Người bệnh phải được để nhịn ăn uống ít nhất 6 giờ trước ca mổ nếu phải gây mê nội khí quản và mổ bụng lau rửa toàn bộ.
- Các xét nghiệm cơ bản, chụp tim phổi kiểm tra điện tâm đồ.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Tư thế: người bệnh nằm ngửa và được đặt thông tiểu.
- Vô cảm bằng gây tê tủy sống hoặc gây mê nội khí quản, mặt nạ thanh quản tùy mức độ dự kiến của can thiệp, có thể phối hợp gây tê ngoài màng cứng tủy sống để giảm đau sau mổ.
- Kỹ thuật:

Rạch da: theo đường mổ ruột thừa bình thường (đường Mc Burney) nếu là ruột thừa viêm không có kèm theo yếu tố bất thường khác, hoặc theo đường trắng bên phải, hoặc đường trắng giữa kéo dài tùy theo yêu cầu phẫu thuật.

Gỡ dính hoặc lần theo các quai ruột hồi tràng đến gốc ruột thừa tại đáy manh tràng, nhất thiết phải tìm thấy và xác định gốc ruột thừa. Nếu có ổ áp xe trong ổ bụng do ruột thừa thì phải loại bỏ bằng cách hút rửa làm sạch và gỡ hết tổ chức viêm, nếu ổ áp xe dính chặt quá có thể không gỡ nhưng phải dẫn lưu. Cố gắng làm sạch tối đa vùng hố chậu phải, tiểu khung, và ổ bụng bằng cách rửa nước muối đẳng trương, lau hút sạch và dẫn lưu đưa ra thành bụng bên phải.

Cắt ruột thừa: là kỹ thuật quan trọng nhất. Bộc lộ ruột thừa rõ ràng từ đầu ruột thừa đến gốc nơi tận cùng của ba dải cơ dọc manh tràng. Bộc lộ mạc treo ruột thừa trong đó có động mạch ruột thừa. cặp cắt ruột thừa sát gốc buộc bằng chỉ hoặc các vật liệu khác như clip. Cặp cắt mạc treo ruột thừa bằng cách buộc chỉ hoặc clip hoặc dụng cụ khác. Nếu gốc ruột thừa viêm mủn nát hoại tử rộng hoặc ứ mủ phải cắt lọc làm sạch rồi dùng chỉ khâu đóng hai lớp. Đóng bụng theo các lớp cân cơ, da hoặc đóng bụng một lớp toàn thể mũi rời nếu ổ bụng viêm phúc mạc nặng.

V.THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi

Theo dõi chăm sóc và xử trí biến chứng thông thường:

Biến chứng áp xe tồn dư trong ổ phúc mạc do XỬ trí vùng hố chậu phải không triệt để, do biến chứng tại gốc ruột thừa, do rò manh tràng. Áp xe giữa các quai ruột, áp xe tiểu khung đặc biệt là trường hợp sau mổ viêm phúc mạc toàn thể cần theo dõi chặt chẽ.

Nếu có nhiễm khuẩn trong ổ bụng phải điều trị kháng sinh, chọc hút dẫn lưu, tách vết mổ dẫn lưu hoặc mổ để loại bỏ nguyên nhân. Biến chứng nhiễm trùng vết mổ, làm vết mổ sưng nóng đỏ đau ứ mủ, phải

cắt chỉ tách vết tách vết mổ làm sạch và điều trị Khi dẫn lưu ổ bụng hết chảy dịch nên làm siêu âm bụng kiểm tra hoặc căn cứ vào khám lâm sàng tốt cho rút dẫn lưu.

2. Chăm sóc sau mổ

Điều trị giảm đau sau mổ cần thuốc giảm đau hiệu quả đường uống, tiêm hoặc truyền liên tục vào đường gây tê ngoài màng cứng, tiêm tự động tĩnh mạch kiểm soát liều.

Cho người bệnh ăn sớm nếu nhu động ruột về bình thường.

Nếu không có biểu hiện biến chứng nhiễm trùng có thể cho ra viện sớm.

MỞ THÔNG DẠ DÀY

I. ĐẠI CƯƠNG

Mở thông dạ dày là phải phẫu thuật tạo ra lỗ thông trực tiếp từ ngoài vào trong lòng dạ dày để nuôi dưỡng người bệnh hoặc để hút làm giảm áp lực trong lòng dạ dày.

Về kỹ thuật đây không phải là phẫu thuật phức tạp nhưng không được coi là một phẫu thuật nhỏ vì thường được làm trên những người bệnh có thể trạng toàn thân rất kém, suy kiệt như ung thư giai đoạn cuối hoặc được làm trong những phẫu thuật lớn ổ bụng như cắt khối tá tụy, viêm tụy cấp hoại tử…

Kỹ thuật mở thông dạ dày cần được làm một cách hoàn hảo để tránh dò dịch gây nhiễm trùng, viêm loét thành bụng xung quang và có thể thay ống thông khi cần thiết.

II. CHỈ ĐỊNH

1. Mở thông dạ dày để nuôi dưỡng người bệnh

Mở thông dạ dày tạm thời được dùng trong những trường hợp sau:

+ Tổn thương thực quản do bỏng, hẹp thực quản mà dạ dày không bị tổn thương.

+ Trong các phẫu thuật lớn ổ bụng mà dự kiến phải nuôi dưỡng người bệnh qua đường tiêu hóa tích cực và lâu dài: cắt khối tá tụy, viêm tụy cấp hoại tử, cắt toàn bộ dạ dày…

- Mở thông dạ dày vĩnh viễn:

+ Trường hợp ung thư thực quản không còn chỉ định mổ vì nhiều lý do tại chỗ như u lan rộng ra trung thất, dò khí thực quản hoặc toàn thân như người bệnh quá già yếu có bệnh lý tuần hoàn và hô hấp…

+ Trường hợp ung thư vùng họng hầu

2. Mở thông dạ dày để giảm áp

Trong trường hợp cần phải hút dạ dày lâu dài mở thông dạ dày giúp tránh được những nguy cơ do đặt sonde mũi dạ dày lâu dài có thể gây ra như viêm loét tại chỗ, nhiễm trùng đường hô hấp…

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Mở thông dạ dày là kỹ thuật không quá phức tạp có thể thực hiện được dưới gây mê toàn thân hoặc tại chỗ nên không có chống chỉ định.

IV. CHUẨN BỊ MỔ

- Người mổ: là Người thực hiện chuyên khoa tiêu hóa.
- Phương tiện mổ: bộ đồ mổ trung phẫu thuật
- Trước mổ cần làm các xét nghiệm cơ bản và các thăm dò để đánh giá tình trạng hô hấp và tim mạch của người bệnh nhằm lựa chọn phương pháp vô cảm thích hợp.
- Người bệnh cần được nhịn ăn 6 giờ trước phẫu thuật.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: người bệnh nằm ngửa, kê gối ở đáy ngực, Người thực hiện đứng bên phải người bệnh, người phụ và dụng cụ viên đứng bên đối diện.

2. Phương pháp vô cảm

- Gây mê toàn thân là phương pháp được ưu tiên lựa chọn người giúp người thực hiện có thể mở bụng, thăm dò và thực hiện kỹ thuật được thuận lợi. Chống chỉ định gây mê toàn thân khi có dò khí phế quản với thực quản, ung thư vùng họng hầu không thể đặt nội khí quản được, suy hô hấp nặng…
- Gây tê tại chỗ chỉ nên được sử dụng khi có chống chỉ định gây mê toàn thân hoặc khi gây mê toàn thân có nhiều nguy cơ.

3. Đường mổ

Đường trắng giữa trên rốn, cách mũi ức 2cm, chiều dài đường mổ phụ thuộc vào mức độ dày của thành bụng. Không nên sử dụng đường mổ trắng bên hoặc dưới sườn vì vết mổ sẽ

gần với lỗ dưới ra của ống thông dạ dày dẫn đến nguy cơ nhiễm trùng thành bụng

4. Thăm dò

Đặt van tự động để banh vết mổ, đặt một van để nâng gan lên trên. Kéo nhẹ dạ dày xuống dưới, thăm dò để phát hiện tổn thương ở dạ dày, nhất là vùng tâm phình vị hoặc cơ hoành (nếu có) trong trường hợp ung thư thực quản.

5. Kỹ thuật

Có nhiều phương pháp mở thông dạ dày. Dưới đây là kỹ thuật mở thông dạ dày kiểu Witzel và Fontan kỹ thuật được sử dụng phổ biến nhất.

5.1. Mở thông dạ dày kiểu Witzel

- Sau khi thăm dò ổ bụng, người phụ kéo dạ dày xuống dưới để bọc lộ phình vị dạ dày.
- Dùng 2 cặp Allis cặp tạo nếp thành trước phình vị, nên chọn nơi có nghèo mạch máu nhất, có thể thay cặp Allis bằng 2 mũi chỉ khâu treo thành ruột lên
- Rạch thanh mạc cơ ở giữa 2 cặp Allis hoặc 2 mũi chỉ khâu, đường rạch dài 1 -1,5cm.
- Cầm máu kỹ lớp dưới niêm mạc và niêm mạc bằng dao điện hoặc các mũi chỉ khâu sau đó mở 1 lỗ nhỏ ở chỗ đã cầm máu.
- Hút sạch dịch trong dạ dày
- Luồn ống thông Pezzer số 23 hoặc Foley số 22 vào dạ dày.
- Khâu kín lỗ mở dạ dày bằng các mũi chỉ rời hoặc 1 đường khâu túi quanh ống thông.
- Khâu tạo 1 đường hầm dài 8 - 10cm để vùi ống thông vào thành dạ dày.

Vị trí đi ra của ống thông tương ứng với vị trí đưa ống ra ngoài ổ bụng.

- Đục 1 lỗ nhỏ ở thành bụng tương ứng với vị trí ra của ống thông ở dạ dày để luồn ống ra ngoài ổ bụng. Không bao giờ được đưa ống trực tiếp qua vết mổ vì nguy cơ nhiễm trùng vết mổ rất cao.
- Khâu đính dạ dày quanh ống thông vào thành bụng bằng 3-4 mũi chỉ không tiêu.
- Khâu cố định ống thông vào da
- Lau sạch ổ bụng, kiểm tra sau đó đóng vết mổ như thường quy.

5.2. Kỹ thuật mổ thông dạ dày kiểu Fontan

- Kéo mặt trước dạ dày càng cao càng tốt bằng 1 cặp Allis hoặc Babcok.
- Khâu 1 mũi thanh mạc cơ xung quanh cặp Allis băng chỉ tiêu chậm 0.0
- Rạch thanh mạc cơ ở giữa đường khâu túi
- Cầm máu lớp dưới niêm mạc sau đó mở 1 lỗ nhỏ qua niêm mạc bằng dao điện hoặc bằng panh, lỗ mở niêm mạc có kích thước tương ứng với ống thông
- Luồn ống thông vào trong lòng dạ dày
- Khâu vòng 2 túi vùi quanh ống thông
- Đưa ống thông ra ngoài ổ bụng qua 1 đường rạch ở thành bụng tương ứng với vị trí ống thông trên dạ dày
- Khâu cố định thanh mạc cơ dạ dày quanh ống thông với phúc mạc thành bụng.

VII. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi sau mổ

- Trong 48 giờ đầu sau mổ ống thông được nối với chai dẫn lưu để dịch dạ dày tự chảy ra nhằm làm giảm áp lực trong dạ dày bảo vệ cho vết mổ ở dạ dày.
- Từ ngày thứ 2 sau mổ bắt đầu truyền thức ăn qua ống thông để nuôi dưỡng người bệnh lúc đầu là dung dịch đường Glucose sau đó là sữa và cháo, súp đã được xay nhỏ, khối lượng thức ăn tăng dần theo nhu cầu và tùy theo sự đáp ứng của người bệnh.
- Cho kháng sinh dự phòng trước khi tiền mê và 24 giờ đầu sau mổ.

2. Tai biến và xử trí tai biến

- Chảy máu sau mổ: thường xảy ra khi cầm máu không tốt chỗ mổ niêm mạc dạ dày các triệu chứng là sonde dạ dày ra máu đỏ hoặc nôn máu, ỉa phân đen. Nếu chảy ít có thể điều

trị bằng rửa dạ dày bằng nước lạnh và thuốc giảm tiết axít dạ dày, nếu chảy máu nhiều phải mổ lại để cầm máu.
- Nhiễm trùng vết mổ: thay băng làm sạch và dùng kháng sinh điều trị.
- Dò dịch dạ dày qua chân ống thông: tạm thời ngừng cho ăn qua ống thông và mổ cho dịch dạ dày chảy qua ống xuống chai dẫn lưu đồng thời làm sạch tại chỗ tránh loét da.
- Nếu dò nhiều: rút bỏ ống thông hoặc thay bằng ống to hơn.

PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT DẠ DÀY BÁN PHẦN CỰC DƯỚI ĐIỀU TRỊ LOÉT DẠ DÀY TÁ TRÀNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Cắt bỏ vùng phản xạ tiết axít của dạ dày, vùng hang môn vị, vùng thân vị bằng phẫu thuật nội soi đảm bảo 2 yêu cầu:

- Loại bỏ ổ loét và cắt phần dạ dày sinh bệnh loét.
- Lập lại lưu thông tiêu hóa bằng miệng nối giữa đoạn dạ dày còn lại với quai đầu tiên của hỗng tràng, kiểu Polya hoặc Finsterer.

Một số trường hợp do ổ loét sâu ở D2 hoặc D3, có thể cắt 2/3 dạ dày để lại ổ loét.

II. CHỈ ĐỊNH

- Loét dạ dày tá tràng mạn tính gây biến chứng: hẹp môn vị, chảy máu tiêu hóa nhiều lần, thủng ổ loét.
- Loét dạ dày tá tràng mạn điều trị nội khoa không đỡ.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chống chỉ định của mổ cắt dạ dày:

- Loét dạ dày tá tràng nhưng chưa điều trị nội đúng kế hoạch, chưa có biến chứng hẹp, xuất huyết tiêu hóa, chưa thủng.
- Người bệnh thể trạng yếu hay kèm bệnh nặng cấp.

2. Chống chỉ định của phẫu thuật nội soi :

- Tiền sử mổ viêm phúc mạc, tắc ruột.
- Cổ trướng tự do hoặc cổ trướng khu trú.
- Thoát vị thành bụng, thoát vị rốn.
- Nhiễm khuẩn tại chỗ thành bụng.
- Bệnh lý rối loạn đông máu.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

- Làm các xét nghiệm cơ bản máu và nước tiểu, chụp và soi thực quản dạ dày, tá tràng.
- Bù dịch, điện giải, protit, số lượng hồng cầu thiếu.

Chuẩn bị mổ:

- Rửa dạ dày nếu có hẹp môn vị. Vệ sinh răng miệng, làm hàm giả nếu không còn răng. Thụt tháo trước phẫu thuật và kháng sinh dự phòng.

2. Phương pháp gây mê: mê nội khí quản

3. Phương tiện, dụng cụ

- Bộ trang thiết bị đồng bộ mổ nội soi.
- Máy cắt, nối trong mổ nội soi dùng 1 lần.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tợ thế người bệnh Người bệnh nằm ngửa, đặt ống sonde dạ dày trước mổ.

Người bệnh năm ở tư thế đầu cao chân thấp một góc 30 độ so với mặt phẳng nằm ngang. Hai chân dạng một góc 90 độ.

2. **Vị trí và phương tiện của nhóm mổ:**

- Màn hình chính và các thiết bị trên xe đẩy ngang vị trí vai trái của người bệnh, màn hình phụ đặt bên phải.
- Người thực hiện đứng giữa 2 chân người bệnh, người cầm camera đứng bên trái người bệnh, người phụ và đưa dụng cụ đứng bên phải người bệnh.

3. Vị trí trocar:

- Bơm hơi vào ổ bụng bằng phương pháp bơm hơi mở kiểu Hasson, áp lực khí trong ổ bụng duy trì 12mmHg.

- Thông thường đặt 4 trocar, trocar đầu dành cho ống soi đặt cạnh rốn, ống soi 10mm, nghiêng 30 độ thường được sử dụng. Trocar 10mm đặt bên phải mũi ức dành cho que gạt để vén gan trái lên bộc lộ mặt trước dạ dày. Hai trocar thao tác đặt ở trên đường vú bên phải dưới bờ sườn 5cm và ở đường nách trước trái ngang rốn.

4. Phẫu thuật:

- Thì I: Thăm dò ,đánh giá thương tổn. Thăm dò đánh giá tình trạng ổ loét, kiểm tra các tạng khác trong ổ bụng.
- Thì II: Giải phóng bờ cong lớn dạ dày cắt bỏ và phẫu tích bờ cong nhỏ của dạ dày.
- Thì III: phẫu tích bó mạch môn vị, cặp bằng clip hay thắt chỉ.
- Thì IV: Cắt và đóng mỏm tá tràng bằng máy cắt với đạn dùng cho đường tiêu hóa.
- Thì V: Phẫu tích, cặp clip, cắt, hoặc buộc chỉ chắc động mạch vành vị.
- Thì V: Cắt phần dạ dày bằng máy cắt, dùng khoảng 2 đạn cho đường tiêu hóa.
- Thì VI: Lập lại lưu thông tiêu hóa bằng cách nối mổ dạ dày dạ dày hỗng tràng kiểu finsterer bằng máy hoặc khâu tay qua nội soi.
- Thì VII: Kiểm tra, lấy bệnh phẩm và đóng các lỗ trocar.

VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC SAU PHẪU THUẬT

1. Truyền dịch ngày đầu sau phẫu thuật.
2. Có thể uống nước sau 24 giờ.
3. Điều trị kháng sinh theo phác đồ.
4. Rút dẫn lưu theo từng trường hợp cụ thể.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu lách: Cầm máu bảo tồn, không kết quả phải cắt lách.
- Tổn thương đường mật: Khâu phục hồi, dẫn lưu ống Kehr.
- Lộ bóng Vater, cắt phải bóng Vater: Tạo hình
- Cắt phải cuống gan: Phục hồi tĩnh mạch của trước, động mạch gan (có thể thắt) và phục hồi đường mật sau cùng.

PHẪU THUẬT CẮT RUỘT THỪA NỘI SOI Ổ BỤNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Cắt ruột thừa nội soi ổ bụng là kỹ thuật mổ nội soi để cắt bỏ ruột thừa bệnh lý hoặc cắt ruột thừa để áp dụng các kỹ thuật khác.

Bệnh lý ruột thừa là viêm ruột thừa cấp tính, mạn tính, ung thư ruột thừa, carcinoid ruột thừa, các kỹ thuật liên quan có thể là lấy ruột thừa để tạo hình thay thế niệu quản, tạo hình đại tràng, thụt đại tràng trong mổ…

Phẫu thuật cắt ruột thừa nội soi thường phải làm cùng với XỬ trí vùng thương tổn phúc mạc tại chỗ hoặc cả khoang phúc mạc ổ bụng trong trường hợp ruột thừa bị vỡ mủ làm bẩn vùng hố chậu, tiểu khung hoặc lan tràn mủ trong bụng gây viêm phúc mạc toàn thể.

II. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh: phải nhịn ăn uống ít nhất 6 giờ trước khi mổ

- Vệ sinh
- Thông tiểu
- Xét nghiệm cơ bản, chụp phổi, điện tim.

2. Phương tiện: Thiết bị mổ nội soi cơ bản, bộ troca mổ nội soi một lỗ hoặc dụng cụ mổ nội soi phối hợp bàn tay (gel platform).

3. Người thực hiện:

Là phẫu thuật viện ngoại khoa có trình độ mổ nội soi cơ bản.

Bác sĩ gây mê: gây mê nội khí quản

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Gây mê nội khí quản
- Tư thế nằm ngửa, nếu mổ qua đường âm đạo thì để mở dạng chân gập đùi và gối như khám phụ khoa.
- Bố trí bàn mổ: Người thực hiện bên phải, hoặc giữa hai chân nếu mổ qua đường âm đạo. Người phụ camera đứng bên phải Người thực hiện. Màn hình để bên trái hoặc ngang vai trái người bệnh. Dụng cụ viên và bàn dụng cụ ngang nơi gối trái người bệnh.

Bước 1: Đặt các trocar, một trocar cho camera, hai trocar cho dụng cụ hoặc một trocar cho cả ba gồm ống soi, hai dụng cụ. Có thể sử dụng một đường rạch nhỏ, chung cho các trocar trêm một platform hoặc thêm một đường rạch nhỏ cho một platform luồn bàn tay hỗ trợ khi cần rửa hút ổ bụng viêm phúc mạc, có thể đặt platform và các trocar dụng cụ qua đường âm đạo của người bệnh. Bơm hơi trong ổ bụng áp lực từ 15 - 12 mmHg.

Bước 2: Kiểm tra ổ bụng đánh giá phúc mạc và các tạng

Bước 3: Phẫu tích bộc lộ ruột thừa và mạc treo ruột thừa đến sát gốc.

Bước 4: Cắt ruột thừa khỏi manh tràng, đóng kín gốc bằng buộc chỉ, cặp clip hoặc dụng cụ cắt khâu (Stapler) đồng thời cắt và cầm máu mạc treo ruột thừa bằng dao điện nội soi, hoặc các nguồn năng lượng khác, bằng stapler.

Bước 5: Bơm dịch muối rửa Natriclorua đẳng trương rửa ổ phúc mạc và hút và làm sạch nếu có viêm phúc mạc toàn bộ hoặc khu trú. Chú ý tùy theo tình trạng nhiễm bẩn viêm phúc mạc và điều kiện kỹ thuật phẫu thuật viện sẽ quyết định kéo dài thời gian bơm rửa ổ bụng với dụng cụ nội soi hoặc chuyển sang mổ nội soi phối hợp trợ giúp của bàn tay.

Phải bơm hút nhiều lần tại các vị trí khác nhau trong ổ bụng, cố gắng bóc hút hết các giả mạc trên thành ruột, giữa các quai ruột.

Bước 6: Lấy bệnh phẩm ra đặt dẫn lưu ổ bụng nếu có viêm phúc mạc, đóng các vị trí trocar trên thành bụng.

V. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG THÔNG THƯỜNG

Biến chứng áp xe tồn dư trong ổ phúc mạc do XỬ trí vùng hố chậu phải không triệt để, do biến chứng tại gốc ruột thừa, do rò manh tràng. Áp xe giữa các quai ruột, áp xe tiểu khung.

Nếu có nhiễm khuẩn trong ổ bụng phải điều trị kháng sinh, chọc hút dẫn lưu, tách vết mổ dẫn lưu hoặc mổ để loại bỏ

Biến chứng nhiễm trùng vết mổ, làm vết mổ sưng nóng đỏ đau ứ mủ: cắt chỉ tách vết tách vết mổ nhất là vị trí troca rốn, làm sạch và điều trị kháng sinh.

VI. CHĂM SÓC SAU MỔ

Điều trị giảm đau sau mổ cần ít thuốc giảm đau, nếu có chỉ cần thuốc giảm đau tiêm là đủ.

Cho người bệnh ăn sớm nếu nhu động ruột về bình thường.

Nếu không có biểu hiện biến chứng nhiễm trùng có thể cho ra viện sớm.

PHẪU THUẬT MỞ ỐNG MẬT CHỦ LẤY SỎI NỘI SOI

I – ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật mở ống mật chủ lấy sỏi nội soi là phương pháp mổ qua đường nội soi ổ 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.

II - CHỈ ĐỊNH

- Sỏi đường mật ngoài gan (không giới hạn kích thước và số lượng).
- Đường mật ngoài gan giãn > 1cm.

III - CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

IV - CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Người thực hiện chuyên khoa tiêu hoá đã được đào tạo phẫu thuật nội soi cơ bản.

2. Phương tiện

- Bàn mổ có thể dạng chân, quay các chiều.
- Giàn máy mổ nội soi: nguồn sáng, máy bơm khí, khí CO2, màn hình, dao điện (đơn cực và lưỡng cực).
- Bộ dụng cụ mổ nội soi: 05 trocar (02 trocar 10mm; 03 trocar 5mm); panh có răng – không răng; quạt; ống hút; móc đốt điện; kìm cặp clip; kìm cặp kim; kéo; ống kính 900 hoặc 450.
- Bộ dụng cụ mổ mật: Mirizzi cong nhỏ, Bénique các cỡ, Kehr đủ số.
- Bộ nội soi đường mật trong mổ: nếu có.

3. 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 (nếu có) khẳng định có sỏi đường mật ngoài gan.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế

- Người bệnh nằm ngửa, 2 chân có thể khép hoặc dạng 90°, tay phải khép, tay trái dạng 90°. Màn hình đặt ở phía đầu bên tay phải người bệnh.
- Người thực hiện đứng giữa 2 chân hoặc bên trái người bệnh, người phụ cầm camera đứng phía dưới Người thực hiện hoặc giữa 2 chân, dụng cụ viên đứng phía dưới.

2. Vô cảm

- Mê nội khí quản.
- Có đặt ống thông dạ dày, không cần đặt ống thông bàng quang.

3. Kỹ thuật

- Mở bụng theo Kỹ thuật mini-open ở dưới rốn để đặt trocar 10mm (trocar 1).

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 dưới mũi ức (trocar 2); trocar 5mm ở bờ ngoài cơ thẳng to ngang bên phải rốn (trocar 3); trocar 5mm ở dưới bờ sườn phải đường giữa đòn (trocar 4).
- Chỉnh bàn tư thế đầu cao, nghiêng trái tối đa.
- Dùng quạt hoặc ống hút đưa qua trocar 4 để nâng gan và túi mật khỏi cuống gan, bộc lộ nhìn rõ ống mật chủ.

- Dùng panh không răng đưa qua lỗ trocar 3, đưa móc đốt điện qua lỗ trocar 2 để mở dọc mặt trước ống mật chủ.
- Dùng Mirizzi đưa qua lỗ trocar 4 để lấy sỏi ống mật chủ, ống gan chung đồng thời đưa qua Oddi xuống tá tràng.
- Đưa ống nhựa qua lỗ trocar 4 vào ống mật chủ để bơm rửa đường mật, qua lỗ trocar 4 đưa Kehr số phù hợp để đặt vào ống mật chủ.
- Nếu có máy nội soi đường mật trong mổ sẽ đưa ống kính qua lỗ trocar 4, soi đường mật kiểm tra sạch sỏi và Oddi thông có thể đóng kín ống mật chủ.
- Khâu kín ống mật chủ bằng dụng cụ qua lỗ trocar số 3 và số 5. Thường khâu 2 - 3 mũi rời bằng chỉ Vicryl 3.0.
- Cắt túi mật nếu có chỉ định.
- Lau rửa ổ bụng, đặt 1 dẫn lưu dưới gan qua lỗ trocar số 3.
- Đưa Kehr qua lỗ trocar số 4.
- Lấy túi mật hoặc sỏi trong túi nylon qua lỗ trocar rốn, đóng các lỗ trocar bằng chỉ tiêu.

VI. THEO DÕI

- Rút sonde dạ dày sau 24-48h.
- Cho ăn khi có trung tiện hoặc sau 72h.
- Ngồi dậy, đi lại sau 48-72h.
- Chụp Kehr sau 7 ngày, nếu không có sót 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.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu trong ổ bụng: do tổn thương mạch máu vùng cuống gan hoặc tuột clip động mạch túi mật hoặc từ giường túi mật → nội soi kiểm tra hoặc mổ mở để cầm máu.
- Viêm phúc mạc: do xì chỗ khâu ống mật chủ hoặc hoặc thương tổn đường mật chính → mở bụng kiểm tra và XỬ trí theo thương tổn.
- Áp xe tồn dư: thường gặp ở vị trí hố túi mật → điều trị kháng sinh kết hợp chọc hút dưới siêu âm.

GỠ DÍNH SAU MỔ LẠI

I. ĐẠI CƯƠNG

- Gỡ dính sau mổ là một phẫu thuật ngoại khoa trong ổ bụng hay ngoài phúc mạc để phẫu tích phân tách tối đa theo yêu cầu và theo giải phẫu ổ bụng bộc lộ các nội tạng các mạc treo mạc nối phúc mạc thành phúc mạc tạng, khoang ổ bụng để tiến hành các mục đích chữa bệnh. Dính sau mổ là hiện tượng các cấu trúc nêu trên kết dính vào nhau với nhiều mức độ phức tạp gây gập soắn nghẹt sau tác động của các lần mổ trước vào ổ bụng dù là do mổ hay do bệnh lý sau mổ phát triển.
- Gỡ dính sau mổ là một phẫu thuật thường làm cùng với các phẫu thuật ngoại khoa khác trong cùng một ca mổ phối hợp. Phẫu thuật có thể là mổ mở bụng hay mổ nội soi ổ bụng hay nội soi ngoài phúc mạc.

II. CHỈ ĐỊNH

- Dính ruột hay các nội tạng, phúc mạc cần bóc tách trình bày rõ trong các phẫu thuật ổ bụng.
- Dính ổ bụng cần bóc tách giải phóng mạch máu nội tạng mạc treo để điều trị bệnh và biến chứng.
- Dính ổ bụng cần bóc tách giải phóng mạch máu nội tạng hạch thương tổn để chẩn đoán bệnh sinh thiết thương tổn cắt bỏ thương tổn dẫn lưu ổ dịch, tạo hình trong các kỹ thuật ngoại khoa.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH Không có chống chỉ định tuyệt đối nhưng các phẫu thuật viên phải cân nhắc mức độ phẫu tích để an toàn cho người bệnh và có hiệu quả cao trong điều trị.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

- Phẫu thuật viên ngoại khoa ít nhất có đào tạo chuyên khoa cấp I hoặc tương đương.
- Phụ mổ 2 người
- Kíp gây mê, dụng cụ viên đủ cho phẫu thuật ổ bụng.

2. Người bệnh: chuẩn bị trước mổ bụng, nhịn ăn uống trước mổ 6 giờ, vệ sinh toàn thân và vùng mổ, tùy theo bệnh ngoại khoa của người bệnh kèm theo phải kiểm tra thêm. Khám gây mê trước mổ.

3. Phương tiện:

- Bộ dụng cụ mổ bụng cơ bản nếu mổ mở bộ mổ nội soi ổ bụng nếu mổ gỡ dính nội soi . Dao mổ điện có thể thêm cán dài, các loại dao kỹ thuật cao như dao siêu âm dao ligasure bi-polar nếu mổ vị trí sâu và khó hoặc phải cầm máu chi tiết khi gỡ dính, chỉ khâu ruột, khâu mạch máu cho thường hợp khó cần phục hồi.
- Bộ mổ nội soi cần các kẹp phẫu tích không chấn thương, các dụng cụ phẫu tích tùy theo nhu cầu sử dụng và cách thức của phẫu thuật viên như móc điện, spatule điện, kéo điện, surgi-wan có phẫu tích kèm hút rửa...
- Bàn mổ loại đa năng điều chỉnh nhiều tư thế xoay và dạng chân

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế:

Người bệnh nằm ngửa hay ngửa dạng chân (cần bàn mổ đa năng). Thay đổi được các tư thế.

2. Vô cảm: Mê toàn thân, có thể phối hợp các kỹ thuật giảm đau toàn thân sau mổ, giãn cơ hiệu quả phối hợp hồi sức ngoại khoa đảm bảo thông khí tuần hoàn tốt. Tránh phù nề xung huyết mạc treo nội tạng đảm bảo ca mổ có thể kéo dài an toàn.

3. Kỹ thuật:

- Bước 1 mở bụng: chọn vị trí vết mổ độ rộng, điểm bắt đầu mở bụng thích hợp nhất. Mở bụng theo nguyên tắc từ ngoài và trong đi từng lớp giải phẫu vừa mở vừa gỡ dính, đi từ chỗ dính ít nhất.
- Bước 2 gỡ dính mạc nối, mạc treo, thành bụng, nội tạng. Nguyên tắc là đi vào các lớp bóc tách phẫu tích đúng của giải phẫu phôi thai học nguyên bản, phẫu tích toàn bộ các chỗ dính theo yêu cầu của chỉ định, tránh tối đa tác động tổn thương nội tạng mạch máu thần kinh bạch huyết.
- Bước 4 gỡ dính các thương tổn phức tạp do dính soắn khó, có nguy cơ cao hay bị tác động do bệnh lý tiến triển sau ca mổ trước. Đây là chỗ khó nhất cần tập trung kỹ thuật .
- Bước 5 hút rửa ổ bụng có thể dẫn lưu để hạn chế dính lại, cần xếp ruột nội tạng mạc treo theo đúng giải phẫu .
- Bước 6 đóng bụng theo các lớp giải phẫu. Bước này nếu khó đóng bụng có thể cần áp dụng thêm phẫu thuật khâu phục hồi thành bụng.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Theo dõi theo nguyên tắc sau mổ bụng. Chăm sóc người bệnh toàn diện nuôi dưỡng ngay sau mổ bằng đường tĩnh mạch cho đến khi nhu động ruột bình thường. Chăm sóc vết mổ, theo dõi sonde dạ dày và rút khi người bệnh ổn định. Theo dõi lâm sàng các dấu hiệu đau nôn chướng bụng sau mổ trung tiện đại tiện, hội chứng nhiễm trùng tại chỗ và toàn thân để sớm phát hiện biến chứng sau mổ.
- Biến chứng tắc ruột sau mổ: đau nôn bí trung tiện chướng bụng... cần điều trị tắc ruột sớm, kháng sinh hút dạ dày truyền dịch theo dõi chỉ định kịp thời.
- Biến chứng thủng ruột viêm phúc mạc, chảy máu trong ổ bụng, bục vết mổ, liệt ruột cơ năng.
- Rối loạn nước và điện giải, suy thận chức năng, suy dinh dưỡng , cần điều chỉnh kịp thời

ĐÓNG MỞ THÔNG RUỘT NON

I. ĐẠI CƯƠNG

- Đóng mở thông ruột non là phẫu thuật làm kín lại vị trí ruột non đang mở ra da và lập lại lưu thông của đoạn ruột non từ đầu ruột này xuống dưới. Bước 4 Khâu thành bụng vị trí đã mở thông ruột non có thể khâu bình thường hoặc phải làm thêm một phẫu thuật phục hồi thành bụng do khuyết lớn.
- Mở thông ruột non có thể có một đầu ruột hay hai đầu ruột tại một vị trí, có thể hai đầu ruột tại hai vị trí, có thể một đầu ruột mở thông trong khi một đầu đóng kín trong bụng. Lỗ mở thông có thể là thành bên của quai ruột non có thể là toàn bộ đường kính quai ruột mở thông.
- Có nhiều phương pháp đóng mở thông ruột non và có mổ mở hoặc mổ nội soi ổ bụng, mổ tại chỗ ngoài phúc mạc tại chỗ trong phúc mạc, nhưng cùng theo một nguyên tắc chung.

II. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh luôn có chỉ định đóng mở thông ruột non nếu mở thông ruột non hết tác dụng bảo vệ hay điều trị thương tổn phía dưới thành công.
- Điều kiện đóng mở thông là toàn bộ đoạn ruột phía dưới chỗ mở thông phải hết thương tổn và lưu thông được. Ổ bụng qua giai đoạn viêm dính phù nề sau lần mổ trước để gỡ dính ruột nếu cần.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH Có tắc ruột hay hẹp ruột phía dưới chỗ mở thông không giải quyết được, có thương tổn nặng phía dưới chỗ mở thông chưa giải quyết được. Ổ bụng còn viêm dính hay phù nề, người bệnh suy kiệt thể trạng yếu không đảm bảo phẫu thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

- Phẫu thuật viên ngoại khoa ít nhất có đào tạo chuyên khoa cấp I hoặc tương đương.
- Phụ mổ 2 người
- Kíp gây mê , dụng cụ viên đủ cho phẫu thuật ổ bụng.

2. Người bệnh: chuẩn bị trước mổ bụng , nhịn ăn uống trước mổ 6 giờ, vệ sinh toàn thân và vùng mổ, tùy theo bệnh ngoại khoa của người bệnh kèm theo phải kiểm tra thêm. Khám gây mê trước mổ.

3. Phương tiện:

- Bộ dụng cụ mổ bụng cơ bản nếu mổ mở, bộ mổ nội soi ổ bụng nếu mổ nội soi từ trong ra.
- Vật liệu là các loại chỉ khâu ngoại khoa cho ống tiêu hóa, cân cơ thành bụng, tấm prolene phục hồi thành bụng, khâu mạch máu ngoại khoa, máy cắt nối ống tiêu hóa tự động các loại tùy theo kỹ thuật áp dụng.
- Bàn mổ loại đa năng điều chỉnh nhiều tư thế xoay và dạng chân.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế:

Người bệnh nằm ngửa hay ngửa dạng chân (cần bàn mổ đa năng). Thay đổi được các tư thế.

2. Vô cảm: mê toàn thân, có thể phối hợp các kỹ thuật giảm đau toàn thân sau mổ, giãn cơ hiệu quả phối hợp hồi sức ngoại khoa đảm bảo thông khí tuần hoàn tốt. Tránh phù nề xung huyết mạc treo nội tạng đảm bảo ca mổ có thể kéo dài an toàn.

3. Kỹ thuật:

- Bước 1 phẫu tích quai ruột mở thông ra khỏi thành bụng, cắt và gỡ dính thành ruột, mạc treo mạch máu ra khỏi da cân cơ thành bụng đủ để cắt nối hoặc khâu đóng lỗ mở thông.

- Bước 2 gỡ dính các quai ruột phía dưới hoặc kiểm tra lưu thông quai đi phía dưới hoặc tìm đầu và quai ruột phía dưới để chuẩn bị đóng nối.
- Bước 3 đóng lỗ mở thông hoặc nối lại hai đầu ruột. dùng chỉ khâu nối ống tiêu hóa theo các kỹ thuật đảm bảo kín chắc không hẹp không kéo căng không thiếu máu nuôi dưỡng miệng nối. Có thể dùng máy cắt nối ống tiêu hóa để thực hiện khâu này với nguyên tắc như trên. Các kỹ thuật khác nhau như mổ tại chỗ ngoài phúc mạc, tại chỗ trong ổ bụng, mở bụng hoàn toàn cắt nối ruột kèm theo gỡ dính, nội soi ổ bụng gỡ dính và cắt nối ruột...
- Bước 4 Khâu đóng bụng và khâu phục hồi thành bụng vị trí ruột đã mở thông. Có thể khâu đóng đơn giản theo các lớp giải phẫu của thành bụng hoặc phải áp dụng riêng một phẫu thuật phục hồi thành bụng do khuyết cân cơ, điểm hình là khâu phục hồi thành bụng bằng tấm đan prolen.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Theo dõi theo nguyên tắc sau mổ bụng. Chăm sóc người bệnh toàn diện nuôi dưỡng ngay sau mổ bằng đường tĩnh mạch cho đến khi nhu động ruột bình thường. Chăm sóc vết mổ. Theo dõi lâm sàng các dấu hiệu đau nôn chướng bụng sau mổ trung tiện đại tiện, hội chứng nhiễm trùng tại chỗ và toàn thân để sớm phát hiện biến chứng sau mổ.
- Biến chứng tắc ruột sau mổ: đau nôn bí trung tiện chướng bụng... cần điều trị tắc ruột sớm, kháng sinh hút dạ dày truyền dịch theo dõi chỉ định kịp thời.
- Biến chứng thủng ruột viêm phúc mạc, chảy máu trong ổ bụng, bục vết mổ, rò chỗ nối

PHẪU THUẬT CẮT U NHÚ ỐNG HẬU MÔN (CONDYLOME)

I. ĐẠI CƯƠNG U nhú ống hậu môn là dạng quá sản biểu mô niêm mạc ống hậu môn tại đường lược do quá trình viêm tăng sinh, đôi khi có cuống dài và sa ra ngoài khi đại tiện. Condylome ống hậu môn hay sùi mào gà hậu môn là những tổn thương dạng mụn sùi vùng hậu môn do virus gây u nhú ở người HPV (Human Pappilloma Virus), rất dễ lây lan. U nhú, condylome to gây tăng tiết dịch ống hậu môn, đau, chảy máu khi đại tiện, cảm giác ngứa và vướng ở hậu môn và mùi khó chịu. Điều trị condylome cơ bản là điều trị nội khoa, tỉ lệ tái phát dao động từ 20-70%. Chỉ định điều trị dựa vào kết quả mô bệnh học.

II. CHỈ ĐỊNH U nhú ống hậu môn lớn gây vướng, khó chịu do ngứa, viêm nhiễm, ỉa máu và đau hậu môn.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH Chống chỉ định chung của can thiệp ngoại khoa.

IV. CHUẨN BỊ (xem bài nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn - trực tràng).

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: (xem bài Nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn - trực tràng).

2. Vô cảm: (xem bài Nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn - trực tràng). Có thể thực hiện dưới gây tê tủy sống hoặc dưới gây tê tại chỗ.

3. Kĩ thuật: Thời gian mổ dự kiến 30 phút

- Nguyên tắc kỹ thuật:

+ Bảo tồn tối đa cấu trúc giải phẫu và chức năng sinh lý của hệ thống cơ thắt hậu môn để bảo đảm chức năng tự chủ của ống hậu môn.

+ Không tạo ra các sẹo làm biến dạng vùng tầng sinh môn, ống hậu môn trực tràng gây đau và ảnh hưởng tới chức năng đại tiện.

Cụ thể: - Đánh giá thương tổn:

+ Đặt van Hill – Ferguson vào hậu môn

+ Đánh giá các thương tổn phối hợp

- Cắt u nhú bằng dao điện, lấy hết tổn thương, tránh thủng trực tràng. Khâu cầm máu diện cắt nếu cần. Lấy bệnh phẩm gửi xét nghiệm mô bệnh học.

- Kiểm tra lại vết mổ: Cầm máu. Băng bétadine.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN (xem bài Nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn - trực tràng).

1.Theo dõi

- Thường cho kháng sinh, thuốc giảm đau 3 – 5 ngày. Uống thêm thuốc nhuận tràng, tránh táo bón đọng phân trong trực tràng gây kích thích đại tiện, gây đau kéo dài. Bắt đầu ăn trở lại sau mổ 6 giờ. - Trường hợp mụn sùi condylome nhiều, lấy rộng, nhịn ăn vài ngày, dùng thuốc gây táo bón tránh phân đi qua vết mổ.

- Săn sóc tại chỗ: giữ sạch vết mổ (sau đại tiện rửa sạch hậu môn, thấm khô). Thay băng hàng ngày. Thường không cần đặt viên đạn điều trị trĩ (Proctolog) vào hậu môn. Bôi thuốc chữa sùi mào gà theo chỉ định chuyên khoa da liễu.

2. Xử trí tai biến (xem bài Nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn - trực tràng).

- Chảy máu: Nếu mức độ chảy máu nhiều, không tự cầm cần kiểm tra lại vết mổ để cầm máu bằng đốt điện hay khâu.

- Đau nhiều: dùng thuốc giảm đau.

- Bí đái: thường gặp sau gây tê tủy sống, hoặc do người bệnh đau nhiều cũng gây khó tiểu tiện. Nếu cần thiết phải đặt ống thông bàng quang.

CẮT U LÀNH TÍNH ỐNG HẬU MÔN

I. ĐẠI CƯƠNG U lành tính ống hậu môn là dạng u do quá sản lành tính các tổ chức của ống hậu môn như polype, u cơ, adenome...Khối u nằm trong giới hạn ống hậu môn (từ trên đường lược 2 cm đến dưới đường lược 2 cm), có thể là một hay nhiều khối u đường kính từ vài milimet đến vài centimet, nhô lên bề mặt, có chân rộng hoặc hẹp (cuống). Thường có chỉ định cắt bỏ vì có nguy cơ chảy máu, chèn ép và ác tính hóa. Chỉ định can thiệp cần dựa vào kết quả mô bệnh học. U nhú tại đường lược là dạng thường gặp nhất, đã được đề cập trong một bài riêng.

II. CHỈ ĐỊNH

- U lành tính ống hậu môn kích thước > 5 mm, số lượng nhiều.
- U lành tính ống hậu môn làm người bệnh khó chịu do cảm giác ngứa, viêm nhiễm, chảy máu và đau hậu môn.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Chống chỉ định chung của can thiệp ngoại khoa.
- Khối u to, chân bám rộng, đã ung thư hoá.

IV. CHUẨN BỊ (xem bài nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn - trực tràng).

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: (xem bài Nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn - trực tràng).

2. Vô cảm: (xem bài Nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn - trực tràng). Có thể thực hiện dưới gây tê tủy sống hoặc dưới gây tê tại chỗ.

3. Kĩ thuật: Thời gian mổ dự kiến 30 phút

Nguyên tắc kỹ thuật: Bảo tồn tối đa cấu trúc giải phẫu và chức năng sinh lý của hệ thống cơ thắt hậu môn để bảo đảm chức năng tự chủ của ống hậu môn. Không tạo ra các sẹo làm biến dạng vùng tầng sinh môn, ống hậu môn trực tràng gây đau và ảnh hưởng tới chức năng đại tiện.

Cụ thể:

- Đánh giá thương tổn:

Đặt van Hill - Ferguson vào hậu môn

Đánh giá các thương tổn phối hợp

- Xác định chính xác chân khối u, cắt khối u sâu xuống lớp cơ thắt trong của ống hậu môn.

+ Sinh thiết sát lớp cơ gửi giải phẫu bệnh

+ Khâu kín diện cắt u.Có thể khâu mũi rời hoặc khâu vắt. Nên dùng loại chỉ nhỏ, tự tiêu (Vicryl 4.0 hoặc 5.0).

- Kiểm tra lại vết mổ: Cầm máu, băng betadin

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN (xem bài Nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn - trực tràng).

1. Theo dõi:

- Thường cho kháng sinh, thuốc giảm đau 3 – 5 ngày. Uống thêm thuốc nhuận

tràng, tránh táo bón đọng phân trong trực tràng gây kích thích đại tiện, gây đau kéo dài. Bắt đầu ăn trở lại sau mổ 6 giờ.

- Trường hợp u to, chân rộng, nhịn ăn 3 – 5 ngày, dùng thuốc gây táo bón tránh

phân đi qua vết mổ. - Săn sóc tại chỗ: giữ sạch vết mổ (sau đại tiện rửa sach hậu môn, thấm khô).

Thay băng hàng ngày. Thường không cần đặt viên đạn điều trị trĩ (Proctolog) vào hậu môn.

2. Xử trí tai biến (xem bài Nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn - trực tràng):

- Phẫu thuật cắt u lành tính ống hậu môn đơn giản, ít mất máu, ít đau, ít biến chứng sau mổ.

- Chảy máu: có thể biểu hiện dạng tụ máu vùng khâu diện cắt. Nếu mức độ chảy máu nhiều, không tự cầm cần kiểm tra lại vết mổ để cầm máu bằng đốt điện hay khâu.
- Đau nhiều: dùng thuốc giảm đau.
- Bí đái: thường gặp sau gây tê tủy sống, hoặc do người bệnh đau nhiều cũng gây khó tiểu tiện. Nếu cần thiết phải đặt ống thông bàng quang.

PHẪU THUẬT RÒ, NANG ỐNG RỐN TRANG, NIỆU RỐN (PHẪU THUẬT NANG NIỆU RỐN)

I. ĐẠI CƯƠNG Trong thời kỳ bào thai, ống Rốn - Niệu (dài 3–10 cm , đường kính: 8-10 mm) là ống nối liền giữa bàng quang và rốn. Sau sinh, ống này tự động đóng lại và trở thành dây chằng rốn. Trong một số trường hợp cá biệt, ống này không đóng lại và trẻ sơ sinh bị chứng bệnh tồn tại ống rốn niệu.

II. CHỈ ĐỊNH Nang niệu rốn có và không có biến chứng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh già yếu, suy kiệt, chống chỉ định phẫu thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

Kíp phẫu thuật viên tiêu hóa và kíp bác sỹ gây mê hồi sức, kỹ thuật viên có kinh nghiệm.

2. Phương tiện: Bộ dụng cụ mổ mở đại phẫu tiêu hóa, chỉ khâu,…

3. Người bệnh:

- Các xét nghiệm cơ bản chẩn đoán.
- Siêu âm bụng hoặc CT bụng trong những trường hợp khó.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ: thủ tục hành chính, chuyên môn,...

2. Kiểm tra người bệnh: tên, tuổi, bệnh, phẫu thuật viên, bác sỹ gây mê,...

3. Thực hiện kỹ thuật: dự kiến khoảng 30 phút

1.1. Tư thế: nằm ngửa dạng hai chân, đặt sonde bàng quang.

Phẫu thuật viên đứng bên phải người bệnh, hai người phụ đứng bên đối diện

1.2. Vô cảm: gây mê nội khí quản.

1.3. Kĩ thuật:

- Rạch bụng đường trắng giữa trên dưới rốn 3 cm
- Cắt và khoét bỏ nang niệu rốn
- Khâu buộc đường rò (dây chằng rốn)
- Kiểm tra cầm máu
- Đóng bụng.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1.1. Theo dõi: Theo dõi như mọi trường hợp phẫu thuật đường tiêu hóa nói chung.

1.2. Tai biến và xử trí

- Chảy máu: chảy máu trong ổ bụng, cần theo dõi sát, cần thiết phải phẫu thuật lại ngay.
- Tắc ruột sau mổ: kiểm tra xem do dãn ruột cơ năng hay tắc ruột cơ học. Nếu do nguyên nhân cơ học phải mổ kiểm tra và xử lý nguyên nhân.
- Áp xe hoặc viêm phúc mạc do rò, bục miệng nối: điều trị nội hoặc phẫu thuật lại tùy thuộc mức độ của biến chứng.

KỸ THUẬT KHÂU PHỤC HỒI THÀNH BỤNG DO TOÁC VẾT MỔ

I. ĐẠI CƯƠNG

- Toác vết mổ là biến chứng sau mổ, tình trạng vết mổ thành bụng được khâu không liền lại, làm cho hai mép vết mổ cũng như phúc mạc thành bụng không dính lại với nhau như trước mổ mà toác rộng ra, làm cho các tạng trong ổ bụng chui ra ngoài qua vết mổ. Toác vết mổ có thể là một phần hoặc toàn bộ vết mổ. - Khâu phục hồi thành bụng là phẫu thuật khâu đóng lại 2 mép vết mổ, khôi phục lại tình trạng toàn vẹn, liên tục của thành bụng tránh cho các tạng chui ra ngoài qua vết mổ và nhiễm khuẩn từ ngoài vào trong ổ bụng.

Nguyên nhân và các yếu tố ảnh hưởng:

- *Nhiễm khuẩn vết mổ:*

+ Trường hợp mổ các loại viêm phúc mạc
+ Trường hợp mổ các tạng như đại tràng, trực tràng…
+ Trường hợp mổ viêm ruột thừa mủ
+ Trường hợp mổ không đảm bảo nguyên tắc vô trùng

- *Kỹ thuật khâu đóng bụng không đúng:* khâu không đúng lớp cân, mũi chỉ quá căng, chỉ khâu bị đứt.
- *Áp lực ổ bụng sau mổ lớn và kéo dài làm tình trạng cân cơ thành bụng quá căng:* thở máy kéo dài, bụng quá chướng do liệt ruột cơ năng sau mổ, người bệnh gắng sức ho rặn, nôn, có ổ áp xe tồn dư sau mổ…
- *Yếu tố nguy cơ của toác vết mổ thành bụng:* suy dinh dưỡng, béo phì, đang dùng thuốc ức chế miễn dịch hay corticoid, đái tháo đường, suy thận, bệnh lý ác tính hóa trị hay xạ trị…

II. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp sau mổ có toác vết mổ thành bụng

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH Cân nhắc thực hiện kỹ thuật trong các trường hợp mất tổ chức thành bụng rộng, vết mổ còn bẩn và không có khả năng kéo ép vết mổ vào nhau.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: PTV ngoại chung hoặc PTV tiêu hóa.

2. Phương tiện:

- Găng tay vô khuẩn
- Áo vô khuẩn
- Chỉ không tiêu số 1 hoặc số 0, có thể chỉ kim loại
- Kìm kẹp kim
- Panh, kẹp phẫu tích, kéo vô khuẩn
- Gạc các cỡ vô khuẩn, dung dịch sát khuẩn: betadine.

3. Người bệnh

- Làm bilan trước mổ: Cần xác định rõ có viêm phúc mạc hay áp xe trong ổ bụng sau mổ không?
- Điều trị các bệnh lý toàn thân phối hợp.
- Bồi phụ dinh dưỡng, nước - điện giải
- Dùng kháng sinh dự phòng.
- Giải thích cho người bệnh và gia đình biết rõ bệnh.

4. Hồ sơ bệnh án:

- Hoàn thành các thủ tục hành chính theo qui định.
- Hoàn thiện đầy đủ các bước khám lâm sàng, cận lâm sàng cần thiết.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ
2. Kiểm tra người bệnh
3. Thực hiện kĩ thuật
3.1. **Vô cảm:** Gây mê nội khí quản hoặc tê tại chỗ trong các trường hợp toác vết mổ nhỏ, đơn thuần.
3.2. **Kĩ thuật**:
3.2.1. Với những trường hợp toác vết mổ đơn thuần:
- Làm sạch vết mổ: Lấy hết tổ chức giả mạc, bộc lộ cân cơ
- Khâu lại thành bụng:
- Vết mổ sạch: Khâu cân cơ bằng chỉ vicryl số 1, khoảng cách mỗi mũi khâu 1,5- 2cm. Khâu da thưa.
- Vết mổ bẩn: Đóng cân cơ - da một lớp có hoặc không có cầu phao.
3.2.2. Với những trường hợp toác vết mổ có biến chứng của lần mổ trước:
- Bóc tách gỡ dính các tạng với nhau, với mép vết mổ và đưa vào trong ổ bụng. Làm xẹp ruột.
- Thăm dò ổ bụng.
- Lấy dịch, bệnh phẩm làm vi sinh, kháng sinh đồ.
- Lau rửa ổ bụng, đặt dẫn lưu, sắp xếp lại các quai ruột.
- Khâu phục hồi thành bụng bằng đóng thành bụng một lớp. Khâu một lớp đi từ da cách mép vết mổ từ 1,5 - 2cm xuyên vào tới phúc mạc của mổ mép vết mổ (gồm tất cả các lớp) và tiếp tục từ phúc mạc ra da mép vết mổ đối diện cân xứng rồi thắt chỉ.
- Phương pháp này dùng các loại chỉ không tiêu hoặc tiêu chậm số 1 hoặc số 0, có thể sử dụng cầu phao hoặc có thể sử dụng chỉ kim loại, khâu bằng các mũi rời, các mũi khâu cách nhau khoảng 2 cm.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi
- Truyền dịch, dùng kháng sinh, giảm đau...
- Theo dõi tình trạng ổ bụng, vết mổ, dẫn lưu, toàn thân.
- Phát hiện và xử trí các biến chứng do bệnh, do phẫu thuật…

2.Xử trí tai biến
- Chảy máu thành bụng sau mổ
- Nhiễm trùng vết mổ
- Bục lại vết mổ
- Thoát vị vết mổ
- Tùy theo các biến chứng có thể gặp và tình trạng cụ thể mà theo dõi điều trị bảo tồn hay phẫu thuật lại. Phẫu thuật xử trí các biến chứng sẽ thực hiện phụ thuộc tình huống cụ thể tại chỗ và toàn thân, cũng như điều kiện tại cơ sở y tế.

KHÂU VẾT THƯƠNG THÀNH BỤNG

I. ĐẠI CƯƠNG

- Vết thương thành bụng là vết thương gây tổn thương cơ thành bụng nhưng không gây thủng lá phúc mạc, ổ bụng không thông thương với bên ngoài.
- Tùy vào nguyên nhân mà tổn thương thành bụng có thể sắc, gọn, sạch hay cơ thành bụng bị đụng dập, bẩn, có dị vật.
- Tùy thuộc vào kích thước, số lượng vết thương mà vết thương thành bụng có thể được xử lý bằng tại phòng tiểu phẫu hoặc phòng mổ.

II. CHỈ ĐỊNH Khâu kín vết thương thành bụng trong các trường hợp vết thương gọn sạch, không còn dị vật.

III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không khâu kín vết thương trong trường hợp vết thương bẩn, đụng dập tổ chức nhiều do hỏa khí hay do động vật cắn.
- Không khâu kín vết thương trong trường hợp chưa loại trừ vết thương thấu bụng hoặc các chấn thương khác trong ổ bụng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện quy trình: Bác sĩ ngoại khoa

2. Phương tiện:

- Găng tay vô khuẩn, áo vô khuẩn
- Bộ dụng cụ mổ mở: panh, kìm kẹp kim, kẹp phẫu tích, kéo vô khuẩn,
- Gạc các cỡ vô khuẩn, dung dịch sát khuẩn: betadine.
- Kim chỉ: chỉ tiêu chậm số 2.0, số 0, số 1 để khâu cân cơ; chỉ khâu da (liền kim hoặc chỉ line).

3. Người bệnh:

- Được giải thích về tình trạng bệnh, các nguy cơ của phẫu thuật.
- Tiêm phòng uốn ván.
- Sử dụng kháng sinh trước mổ.

4. Hồ sơ bệnh án: Đầy đủ phần hành chính, bilan chẩn đoán.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật:

3.1. Vết thương nhỏ, sạch:

- Sát khuẩn vết thương bằng dung dịch betadine, trải toan vô khuẩn.
- Vô cảm: tê tại chỗ
- Làm sạch vết thương bằng dung dịch nước ôxy già, dung dịch NaCl 0,9% và dunh dịch betadine. Lấy sạch hết tổ chức dập nát, máu cục, dị vật. Cầm máu tổ chức bằng đốt điện hoặc khâu mũi chữ X.
- Khâu lại cân cơ thành bụng bằng chỉ tiêu chậm số 0 hoặc số 1. Các mũi khâu cách nhau 1,5 - 2cm.
- Khâu da bằng chỉ không tiêu đơn sợi hoặc chỉ line 1,5 - 2cm/mũi.

3.2. Nhiều vết thương rộng: Xử lý tương tự như với vết thương nhỏ nhưng cần gây mê nội khí quản và đặt dẫn lưu tới đáy vết thương nếu cần.

3.3. Đối với các vết thương bẩn do hỏa khí, động vật cắn:

- Kỹ thuật tương tự như trên.
- Tuy nhiên sau khi cắt lọc, làm sạch vết thương thì để hở da.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi:
- Thay băng hàng ngày, kiểm tra vết thương.
- Dùng kháng sinh, giảm đau, giảm phù nề. Dùng kháng sinh đường uống với vết thương nhỏ, sạch hoặc tiêm truyền với các vết thương phức tạp, bẩn, đa vết thương.
- Rút dẫn lưu khi không còn ra dịch, thường vào ngày thứ 2 sau mổ.
- Cắt chỉ khâu da sau mổ 7-10 ngày tùy tình trạng vết thương.

2. Xử trí tai biến:
- Chảy máu vết thương:
+ Thường do cầm máu vết thương không kỹ.
+ Tùy từng mức độ, nếu chảy máu ít chỉ cần băng ép vết thương cầm máu, nếu băng ép không cầm được máu thì cần mở lại vết thương cầm máu lại.
- Viêm tấy mủ vết thương:
+ Do vết thương bẩn hoặc còn đọng dịch viêm.
+ Thay băng, cắt chỉ cách quãng làm sạch vết thương.
+ Điều trị kháng sinh, giảm viêm sau mổ

PHẪU THUẬT LẤY TOÀN BỘ TRĨ VÒNG

I. ĐẠI CƯƠNG

- Trĩ vòng là trĩ chiếm hết vòng hậu môn.
- Có nhiều phương pháp phẫu thuật cắt toàn bộ trĩ vòng chủ yếu là phẫu thuật Whitehead, phẫu thuật Toupet, phẫu thuật Longo. Ngoài ra có thể áp dụng phương pháp phẫu thuật Milligan- Morgan, phẫu thuật Ferguson hoặc triệt mạch treo trĩ.

II. CHỈ ĐỊNH

Trĩ vòng độ 3, độ 4.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Trĩ vòng đang có viêm nhiễm ống hậu môn.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: phẫu thuật viên tiêu hóa hay ngoại chung được đào tạo chuyên sâu hoặc có chứng chỉ về phẫu thuật vùng hậu môn trực tràng - tầng sinh môn.

2. Phương tiện:

- Đèn chiếu sáng tốt, ánh sáng lạnh.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật hậu môn: có ông soi hậu môn, van hậu môn, que thăm dò, dao điện, máy hút, panh, kéo, kẹp phẫu tích,…
- Các loại chỉ khâu, thuốc bôi trơn (vaselin), oxy già, xanh metylen,…
- Bàn phẫu thuật: thường dặt được người bệnh tư thế phụ khoa, bàn có thể xoay được các tư thế.
- Bàn để dụng cụ: nên có 2 bàn (bàn để dụng cụ chung và bàn để dụng cụ cần thiết trong khi mổ đặt trước mặt phẫu thuật viên 50cm x 30cm).

3. Người bệnh

Giải thích cho người bệnh và gia đình biết rõ tình trạng bệnh tại chỗ và tình trạng chung của người bệnh, về khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về các 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.

Giải đáp những khúc mắc của người bệnh về bệnh tật, về phẫu thuật,…trong phạm vi cho phép.

+ *Tối hôm trước ngày phẫu thuật:*

Thụt tháo sạch phân, có thể thụt thuốc tẩy như Fleet,…Không cần tẩy sạch như phẫu thuật đại trực tràng.

Dùng thuốc an thần như seduxen 5mg x 1 viên, uống lúc 20 giờ.

Cạo lông quanh hậu môn: nên thực hiện trên bàn phẫu thuật sau khi gây tê vùng hoặc gây mê.

+ *Ngày phẫu thuật*: nhịn ăn, uống, đi tiểu trước khi lên bàn mổ.

4. Hồ sơ bệnh án

Hoàn thành các thủ tục hành chính theo qui định. Người bệnh và gia đình ghi hồ sơ như đã nêu ở mục 3 trên đây (ghi rõ đã được giải thích rõ ràng và hiểu về những điều bác sỹ giải thích nêu trên).

Hoàn thiện đầy đủ các bước khám lâm sàng, cận lâm sàng cần thiết để có chẩn đoán xác định bệnh (tùy thuộc các phương tiện, cơ sở y tế). Đánh giá tình trạng toàn thân như tuổi, cơ địa, những bệnh mãn tính nặng phối hợp có ảnh hưởng tới cuộc phẫu thuật, trong thời kỳ hậu phẫu. Đánh giá khả năng phẫu thuật để chuẩn bị cho cuộc mổ diễn ra an toàn và hiệu quả nhất.

Đối với các thủ thuật đơn giản hơn (ví dụ lấy máu cục do trĩ tắc mạch, người bệnh có thể thực hiện thủ thuật và ra về ngay trong ngày. Hay người bệnh phải mổ cấp cứu như áp xe

cạnh hậu môn) thì các bước chuẩn bị có thể rút gọn đơn giản hơn, phù hợp với từng trường hợp cụ thể.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: (Xem bài nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn – trực tràng).

2. Vô cảm: (Xem bài nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn – trực tràng).

3. Kỹ thuật:

3.1. Phẫu thuật Whitehead (Anh- 1882):

Lấy toàn bộ búi trĩ và niêm mạc ống hậu môn bằng 4 đường rạch dọc theo trục hậu môn. Sau đó khâu nối niêm mạc trực tràng với da rìa hậu môn.

Hiện nay ít sử dụng vì có nhiều biến chứng: đại tiện không tự chủ, sẹo chít hẹp hậu môn, sa niêm mạc trực tràng…Để hạn chế các biến chứng này cần cắt hết trĩ, khâu nối niêm mạc trực tràng với da rìa hậu môn cao hơn để đường khâu nằm trong ống hậu môn, không gây lộ niêm mạc trực tràng.

3.2. Phẫu thuật Toupet (Pháp – 1965):

Về nguyên tắc giống phẫu thuật Whitehead nhưng khác ở điểm là phẫu tích bắt đầu từ đường lược để bảo tồn niêm mạc ống hậu môn.

3.3. Phẫu thuật Longo (Ý – 1983): Xem bài phẫu thuật Longo.

3.4. Một số phương pháp khác có thể áp dụng:

- Triệt mạch trĩ: thường áp dụng cho trĩ vòng nhỏ.
- Phẫu thuật Milligan-Morgan hoặc phẫu thuật Ferguson (xem bài phẫu thuật Milligan Morgan và Ferguson): Lưu ý, nếu cầu da – niêm mạc dài thì cần cắt ngắn cầu da niêm mạc và khâu nối lại.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi:

- Thường cho kháng sinh toàn thân 5 ngày, dùng giảm đau loại Paracetamol và morphin nếu cần thiết. Ngày đầu dùng đường tiêm, từ ngày thứ 2 dùng đường uống.Uống thêm thuốc nhuận tràng, tránh táo bón đọng phân trong trực tràng gây kích thích đại tiện, gây đau kéo dài. Bắt đầu ăn trở lại sau mổ 12 giờ. Trong một số trường hợp đặc biệt, để tránh nguy cơ nhiễm trùng, có thể cho Người bệnh nhịn ăn, nuôi dưỡng tĩnh mạch, gây táo bón bằng Imodium trong 2-5 ngày
- Săn sóc tại chỗ: giữ sạch vết mổ (sau đại tiện rửa sạch hậu môn, thấm khô). Có thể đặt viên đạn trĩ vào hậu môn. Thay băng vết mổ hàng ngày.

2. Xử trí tai biến:

- Đau: Dùng thuốc giảm đau loại Paracetamol.
- Chảy máu: Ít gặp, thường đại tiện lần đầu dính ít máu. Nếu mức độ chảy máu nhiều không tự cầm, cần kiểm tra lại vết mổ để cầm máu.
- Bí đái: Thường gặp sau gây tê tủy sống, hoặc do người bệnh đau nhiều cũng gây khó tiểu tiện. Nếu cần thiết phải đặt sonde bàng quang.
- Mất tự chủ hậu môn: Ít gặp.
- Nhiễm trùng, tụ dịch vết mổ: Thay băng, nặn dịch vết mổ.
- Hẹp ống hậu môn: Ít gặp

PHẪU THUẬT LONGO

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật được đề nghị và thực hiện lần đầu tiên bởi bác sỹ Antonio Longo người Ý, năm 1983.

Phẫu thuật cắt bỏ một khoang niêm mạc trực tràng trên đường lược khoảng 1 - 1,5cm, có tác dụng cố định búi trĩ bị sa và giảm nguồn máu tới búi trĩ. Do vậy có tác dụng điều trị bệnh trĩ.

II. CHỈ ĐỊNH

- Trĩ độ 3, độ 4, sa trĩ tắc mạch.
- Trĩ đã được điều trị bằng các phương pháp khác thất bại còn sa và chảy máu.

III. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: phẫu thuật viên tiêu hóa hay ngoại chung được đào tạo chuyên sâu hoặc có chứng chỉ về phẫu thuật vùng hậu môn trực tràng-tầng sinh môn.

2. Phương tiện:

- Đèn chiếu sáng tốt, ánh sáng lạnh.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật hậu môn: có ông soi hậu môn, van hậu môn, que thăm dò, dao điện, máy hút, panh, kéo, kẹp phẫu tích,…
- Các loại chỉ khâu, thuốc bôi trơn (vaselin), oxy già, xanh metylen,…
- Bàn phẫu thuật: thường dặt được người bệnh tư thế phụ khoa, bàn có thể xoay được các tư thế.
- Bàn để dụng cụ: nên có 2 bàn (bàn để dụng cụ chung và bàn để dụng cụ cần thiết trong khi mổ đặt trước mặt phẫu thuật viên 50cm x 30cm).

3. Người bệnh:

Giải thích cho người bệnh và gia đình biết rõ tình trạng bệnh tại chỗ và tình trạng chung của người bệnh, về khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về các 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.

Giải đáp những khúc mắc của người bệnh về bệnh tật, về phẫu thuật,…trong phạm vi cho phép.

+ *Tối hôm trước ngày phẫu thuật:*

Thụt tháo sạch phân, có thể thụt thuốc tẩy như Fleet,…Không cần tẩy sạch như phẫu thuật đại trực tràng.

Dùng thuốc an thần như seduxen 5mg x 1 viên, uống lúc 20 giờ.

Cạo lông quanh hậu môn: nên thực hiện trên bàn phẫu thuật sau khi gây tê vùng hoặc gây mê.

+ *Ngày phẫu thuật*: nhịn ăn, uống, đi tiểu trước khi lên bàn mổ.

4. Hồ sơ bệnh án

Hoàn thành các thủ tục hành chính theo qui định. Người bệnh và gia đình ghi hồ sơ như đã nêu ở mục 3 trên đây (ghi rõ đã được giải thích rõ ràng và hiểu về những điều bác sỹ giải thích nêu trên).

Hoàn thiện đầy đủ các bước khám lâm sàng, cận lâm sàng cần thiết để có chẩn đoán xác định bệnh (tùy thuộc các phương tiện, cơ sở y tế). Đánh giá tình trạng toàn thân như tuổi, cơ địa, những bệnh mãn tính nặng phối hợp có ảnh hưởng tới cuộc phẫu thuật, trong thời kỳ hậu phẫu. Đánh giá khả năng phẫu thuật để chuẩn bị cho cuộc mổ diễn ra an toàn và hiệu quả nhất.

Đối với các thủ thuật đơn giản hơn (ví dụ lấy máu cục do trĩ tắc mạch, người bệnh có thể thực hiện thủ thuật và ra về ngay trong ngày. Hay người bệnh phải mổ cấp cứu như áp xe cạnh hậu môn) thì các bước chuẩn bị có thể rút gọn đơn giản hơn, phù hợp với từng trường

hợp cụ thể.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: người bệnh nằm ngửa ở tư thế phụ khoa hay nằm sấp đặt gối dưới bụng để bộc lộ rõ vùng hậu môn - trực tràng.

2. Vô cảm: tùy theo loại thủ thuật, phẫu thuật có thể lựa chọn các hình tức gây tê tại chỗ, châm tê, gây tê vùng, gây mê nội khí quản hay tĩnh mạch.

3. Kỹ thuật:

- Bước 1: Nong hậu môn, đánh giá tình trạng bệnh trĩ.
- Bước 2: Đặt van hậu môn.
- Bước 3: Khâu vòng niêm mạc, chỉ prolene 2.0, trên đường lược 2,5cm, bắt đầu từ vị trí 3h. Độ sâu mũi khâu tới lớp dưới niêm mạc trực tràng.
- Bước 4: Đặt đầu máy trên vòng khâu, xiết vòng chỉ khâu và buộc nút chỉ. Dùng que chuyên dụng móc 2 đầu sợi chỉ và thắt nút.
- Bước 5: Đóng máy từ từ tới vạch đánh dấu. Kiểm tra vách âm đạo không nằm trong đường cắt (Người bệnh nữ). Giữ khoảng 1 phút để ép mô sẽ cắt.
- Bước 6: Bấm máy, giữ khoảng 2 phút.
- Bước 7: Tháo máy, thường mở 2 vòng xoay, quay máy 90 độ sang phải và trái để mô cắt rời ra hoàn toàn.
- Bước 8: Kiểm tra vòng cắt trên máy và miệng nối. Nếu còn chảy máu khâu mũi chữ X vicryl 3.0. Không đốt điện để cầm máu tránh gây bỏng hoại tử thứ phát về sau. Có thể phối hợp cắt da thừa, u nhú, lấy máu cục khi trĩ tắc mạch.

V. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi:

- Thường cho kháng sinh 5 ngày loại Metronidazol, dùng giảm đau loại Paracetamol nếu cần thiết. Ngày đầu dùng đường tiêm, từ ngày thứ 2 dùng đường uống. Uống thêm thuốc nhuận tràng, tránh táo bón đọng phân trong trực tràng gây kích thích đại tiện, gây đau kéo dài. Bắt đầu ăn trở lại sau mổ 12 giờ.
- Săn sóc tại chỗ: giữ sạch vết mổ (sau đại tiện rửa sạch hậu môn, thấm khô). Khôngcần đặt viên đạn trĩ vào hậu môn.

2. Xử trí tai biến:

- Chảy máu thường đại tiện lần đầu dính ít máu. Nếu mức độ chảy máu ít thì bang ép cầm máu, nếu mức độ chảy máu nhiều không tự cầm, cần kiểm tra lại vết mổ để cầm máu.
- Đau: Dùng thuốc giảm đau loại Paracetamol.
- Bí đái: Thường gặp sau gây tê tủy sống, hoặc do người bệnh đau nhiều cũng gây khó tiểu tiện. Nếu cần thiết phải đặt sonde bàng quang.
- Mất tự chủ hậu môn: Ít gặp.

PHẪU THUẬT LONGO KẾT HỢP VỚI KHÂU TREO TRĨ

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật được đề nghị và thực hiện lần đầu tiên bởi bác sỹ Antonio Longo người Ý, năm 1983. Phẫu thuật cắt bỏ một khoang niêm mạc trực tràng trên đường lược khoảng 1- 1,5cm, có tác dụng cố định búi trĩ bị sa và giảm nguồn máu tới búi trĩ. Do vậy có tác dụng điều trị bệnh trĩ.

Trong một số trường hợp sau khi tháo máy Longo, búi trĩ còn sa có thể sử dụng phương pháp khâu treo trĩ kết hợp.

II. CHỈ ĐỊNH

- Trĩ độ 3, độ 4.
- Trĩ đã được điều trị bằng các phương pháp khác thất bại còn sa và chảy máu.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: phẫu thuật viên tiêu hóa hay ngoại chung được đào tạo chuyên sâu hoặc có chứng chỉ về phẫu thuật vùng hậu môn trực tràng - tầng sinh môn.

2. Phương tiện :

- Đèn chiếu sáng tốt, ánh sáng lạnh.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật hậu môn: có ống soi hậu môn, van hậu môn, que thăm dò, dao điện, máy hút, panh, kéo, kẹp phẫu tích,…
- Các loại chỉ khâu, thuốc bôi trơn (vaselin), oxy già, xanh metylen,…
- Bàn phẫu thuật: thường đặt được người bệnh tư thế phụ khoa, bàn có thể xoay được các tư thế.
- Bàn để dụng cụ: nên có 2 bàn (bàn để dụng cụ chung và bàn để dụng cụ cần thiết trong khi mổ đặt trước mặt phẫu thuật viên 50cm x 30cm).

3. Người bệnh :

Giải thích cho người bệnh và gia đình biết rõ tình trạng bệnh tại chỗ và tình trạng chung của người bệnh, về khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về các 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.

Giải đáp những khúc mắc của người bệnh về bệnh tật, về phẫu thuật,…trong phạm vi cho phép.

+ *Tối hôm trước ngày phẫu thuật:*

Thụt tháo sạch phân, có thể thụt thuốc tẩy như Fleet,…Không cần tẩy sạch như phẫu thuật đại trực tràng.

Dùng thuốc an thần như seduxen 5mg x 1 viên, uống lúc 20 giờ.

Cạo lông quanh hậu môn: nên thực hiện trên bàn phẫu thuật sau khi gây tê vùng hoặc gây mê.

+ *Ngày phẫu thuật*: nhịn ăn, uống, đi tiểu trước khi lên bàn mổ.

4.Hồ sơ bệnh án

- Hoàn thành các thủ tục hành chính theo qui định. Người bệnh và gia đình ghi hồ sơ như đã nêu ở mục 3 trên đây (ghi rõ đã được giải thích rõ ràng và hiểu về những điều bác sỹ giải thích nêu trên).
- Hoàn thiện đầy đủ các bước khám lâm sàng, cận lâm sàng cần thiết để có chẩn đoán xác định bệnh (tùy thuộc các phương tiện, cơ sở y tế). Đánh giá tình trạng toàn thân như tuổi, cơ địa, những bệnh mãn tính nặng phối hợp có ảnh hưởng tới cuộc phẫu thuật, trong thời kỳ hậu phẫu. Đánh giá khả năng phẫu thuật để chuẩn bị cho cuộc mổ diễn ra an toàn và hiệu quả nhất.

Đối với các thủ thuật đơn giản hơn (ví dụ lấy máu cục do trĩ tắc mạch, người bệnh có thể thực hiện thủ thuật và ra về ngay trong ngày. Hay người bệnh phải mổ cấp cứu như áp xe

cạnh hậu môn) thì các bước chuẩn bị có thể rút gọn đơn giản hơn, phù hợp với từng trường hợp cụ thể.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: người bệnh nằm ngửa ở tư thế phụ khoa hay nằm sấp đặt gối dưới bụng để bộc lộ rõ vùng hậu môn - trực tràng.

2. Vô cảm: tùy theo loại thủ thuật, phẫu thuật có thể lựa chọn các hình tức gây tê tại chỗ, châm tê, gây tê vùng, gây mê nội khí quản hay tĩnh mạch.

3. Kĩ thuật:

- Xem bài phẫu thuật cắt trĩ phương pháp Longo.
- Khâu treo búi trĩ: tùy theo búi trĩ còn sa mà sử dụng phương pháp khâu treo búi trĩ bằng mũi khâu chữ X , chỉ vicyl 2/0.
- Có thể phối hợp cắt da thừa, u nhú, lấy máu cục khi búi trĩ tắc mạch.

VI. THEO DÕI

1. Theo dõi:

- Thường cho kháng sinh 5 ngày loại Metronidazol, dùng giảm đau loại Paracetamol nếu cần thiết. Ngày đầu dùng đường tiêm, từ ngày thứ 2 dùng đường uống.Uống thêm thuốc nhuận tràng, tránh táo bón đọng phân trong trực tràng gây kích thích đại tiện, gây đau kéo dài. Bắt đầu ăn trở lại sau mổ 12 giờ.
- Săn sóc tại chỗ: Giữ sạch vết mổ (sau đại tiện rửa sạch hậu môn, thấm khô). Không cần đặt viên đạn trĩ vào hậu môn.

2. Xử trí tai biến:

- Chảy máu: Thường đại tiện lần đầu dính ít máu. Nếu chảy máu ít có thể băng ép cầm máu, nếu chảy máu nhiều phải kiểm tra vết mổ để khâu cầm máu.
- Đau: Dùng thuốc giảm đau loại Paracetamol.
- Bí đái: Thường gặp sau gây tê tủy sống, nếu cần thiết phải đặt sonde bàng quang.
- Mất tự chủ hậu môn: Ít gặp.

PHẪU THUẬT KHÂU TREO VÀ TRIỆT MẠCH TRĨ (THD)

I. ĐẠI CƯƠNG

Khâu treo triệt mạch trĩ dựa trên nguyên tắc làm giảm lưu lượng máu đến búi trĩ để thu nhỏ thể tích khối trĩ và treo búi trĩ lên ống hậu môn bằng các mũi khâu tay khâu xếp nếp niêm mạc trên đường lược 2-3 cm. Phương pháp phẫu thuật khâu treo kém hiệu quả đối với trĩ hỗn hợp có thành phần trĩ ngoại phình giãn quá lớn so với thành phần trĩ nội.

THD (Transanal Hemorrhoidal Dearterilization) là phương pháp phẫu thuật khâu thắt động mạch trĩ và khâu treo búi trĩ dưới hướng dẫn của đầu dò siêu âm Doppler. Phương pháp này đã được áp dụng lần đầu tiên năm 1995 do bác sỹ Morinaga người Nhật. THD là phương pháp phẫu thuật tiên tiến, không đau, hiệu quả, đơn giản, ít tai biến, hậu phẫu đơn giản, thời gian nằm viện ngắn và chi phí thấp. Đến nay THD đã được áp dụng rộng rãi và đã được áp dụng tại Việt Nam.

II. CHỈ ĐỊNH

- Trĩ nội độ 3, độ 4, trĩ vòng.
- Trĩ đã được điều trị bằng các phương pháp khác thất bại còn sa và chảy máu.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Trĩ hỗn hợp mà thành phần trĩ ngoại to dãn nở, trĩ huyết khối tắc mạch, trĩ ngoại phình to.
- Hậu môn viêm nhiễm.
- Hẹp hậu môn, không đặt được ống nong hậu môn.
- Bệnh rối loạn về đông máu, bệnh toàn thân ở giai đoạn cấp, suy giảm miễn dịch HIV dương tính; chỉ điều trị trĩ khi các bệnh phối hợp đã ổn định.

IV. CHUẨN BỊ

1.**Người thực hiện**: phẫu thuật viên tiêu hóa hay ngoại chung được đào tạo chuyên sâu hoặc có chứng chỉ về phẫu thuật vùng hậu môn trực tràng - tầng sinh môn.

2. Phương tiện:

Máy THD: Máy triệt mạch trĩ với đầu dò siêu âm Doppler mạch.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: (xem bài nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn - trực tràng)

2. Vô cảm: (xem bài nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn - trực tràng)

3. Kĩ thuật

3.1. Nong hậu môn, bộc lộ các búi trĩ. Đặt 9 panh tại 3 vị trí: 3h, 8h, 11h; theo hàng: ở mép hậu môn, trên đường lược và gốc búi trĩ tạo nên *tam giác trình bày.*

3.2. Khâu treo triệt mạch từng búi trĩ: Thường bắt đầu ở búi 3h.

Đặt van Hill - Ferguson (van bán nguyệt che phần còn lại của ống hậu môn trực tràng để bộc rõ búi trĩ sẽ khâu triệt mạch).

Nếu sử dụng máy THD, dùng đầu dò Doppler giúp xác định vị trí bó mạch trước khi khâu và kiểm tra tính chất triệt mạch sau khi khâu treo.

Nguyên tắc chung là khâu chữ X hoặc chữ I chỉ lấy lớp niêm mạc và lớp dưới niêm, nhằm triệt mạch máu đến cung cấp cho các đám rối trĩ và điều trị được phần niêm mạc bị sa trượt ra ngoài. Mũi khâu cách đường lược 1,5 - 2 cm, sâu đến lớp dưới niêm mạc và có thể lấy một phần cơ thắt trong, sau đó khâu tăng cường vào các khoảng giữa của các mũi chính, thường khoảng 8 mũi. Mũi khâu cuối trên đường lược 5 mm (vùng không đau). Sau khi kết thúc các mũi khâu vòng, phần thừa của niêm mạc trực tràng và ống hậu môn phía trên được khâu cột vào nếp khâu phía dưới để giúp kéo các búi trĩ vào sâu trong ống hậu môn hơn.

3.3. Thực hiện tương tự với các búi trĩ ở các vị trí còn lại (8h và 11 giờ).
Sau khi khâu treo triệt mạch 3 búi trĩ chính, kiểm tra lại các vị trí khâu, cầm máu bằng đốt điện hoặc khâu nếu cần. Nếu sử dụng máy THD có đầu dò Doppler, dùng đầu dò xác định vị trí bó mạch trước khi khâu và kiểm tra tính chất triệt mạch sau khi khâu treo.
3.4. Có thể cắt sửa da thừa hậu môn tối thiểu.
3.5. Kiểm tra lại vết mổ: Cầm máu tốt, ống hậu môn không bị hẹp (đút lọt dễ dàng ngón trỏ). Có thể đặt một miếng băng có tác dụng cầm máu như loại surgicel hay spongel ép nhẹ lên vết mổ. Băng mỡ với betadine.

VI. THEO DÕI

(xem bài nguyên tắc chung phẫu thuật vùng hậu môn - trực tràng)
- Thường cho kháng sinh, thuốc giảm đau 3 - 5 ngày loại metronidazol, paracetamol. Ngày đầu dùng đường tiêm, từ ngày thứ 2 dùng đường uống. Uống thêm thuốc nhuận tràng, tránh táo bón đọng phân trong trực tràng gây kích thích đại tiện, gây đau kéo dài.
Thuốc trị trĩ: Daflon 0,5g.
- Chế độ ăn: Bắt đầu ăn trở lại sau mổ 6 giờ. Ngày đầu: ăn lỏng dễ tiêu. Những ngày sau ăn chế độ ăn nhuận tràng.
- Săn sóc tại chỗ: Thường đặt viên đạn trĩ vào hậu môn 1 viên/ngày. Hàng ngày ngâm rửa hậu môn vào chậu nước ấm pha thuốc tím hoặc dung dịch sát trùng nhẹ 2 – 3 lần/ngày. Không nhét gạc hậu môn và không cần chăm sóc vết mổ hàng ngày. Có thể ra viện vào ngày hôm sau mổ.

VII. XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG

Phẫu thuật khâu treo triệt mạch trĩ đơn giản, ít mất máu, ít đau, ít biến chứng sau mổ.
- Chảy máu: Có thể biểu hiện dạng tụ máu vùng khâu treo. Nếu mức độ chảy máu nhiều, không tự cầm cần kiểm tra lại vết mổ để cầm máu bằng đốt điện hay khâu.
- Đau nhiều: Dùng thuốc giảm đau kết hợp ngâm hậu môn nước ấm.
- Bí đái: Thường gặp sau gây tê tủy sống, hoặc do người bệnh đau nhiều cũng gây khó tiểu tiện. Nếu cần thiết phải đặt ống thông bàng quang

BÓC U XƠ, CƠ…TRỰC TRÀNG ĐƯỜNG Ổ BỤNG

I. ĐẠI CƯƠNG

U xơ, cơ…thường là các khối u lành tính của trực tràng, nằm trong tổ chức liên kết thành trực tràng.. Chiếm tỉ lệ nhỏ trong các khối u của trực tràng (trên 95 % là u biểu mô tuyến của trực tràng).

II. CHỈ ĐỊNH

- Các khối u xơ, cơ, thần kinh,… của trực tràng ở 1/3 giữa trở lên.
- Những khối u ở trực tràng thấp nhưng kích thước lớn (thường> 4cm), không di động, thăm trực tràng không sờ thấy cực trên u, phẫu thuật đường tầng sinh môn đơn thuần không lấy được toàn bộ u phải phẫu thuật đường bụng hoặc phối hợp đường bụng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Ung thư biểu mô tuyến của trực tràng.
- Thể trạng người bệnh quá yếu, cần hồi sức tích cực trước phẫu thuật.
- Người bệnh già yếu, có các bệnh nặng phối hợp như suy tim, phổi,…
- Ung thư đã di căn xa đặc biệt là phúc mạc.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: Phẫu thuật viên tiêu hóa.

2. Người bệnh:

- Hồ sơ bệnh án đầy đủ với các kết quả xét nghiệm cơ bản (công thức máu, sinh hóa máu, đông máu, nước tiểu...) cho phép phẫu thuật.
- Chụp khung đại tràng, nội soi đại tràng và sinh thiết.
- Nếu nghi ngờ có thâm nhiễm hay rò vào các cơ quan khác cần xác minh rõ rang bằng chụp cắt lớp, cộng hưởng từ, siêu âm nội soi…
- Chuẩn bị đại tràng sạch bằng thuốc tẩy (fortrans,…), thụt tháo theo quy định. - Nâng cao thể trạng người bệnh trước phẫu thuật bằng truyền dịch nuôi
dưỡng,…Kháng sinh dự phòng.

3. Phương tiện: Bộ phẫu thuật đại phẫu.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1.Tư thế: Phụ khoa.

2. Vô cảm: Gây mê toàn thân…

3. Kỹ thuật:

- Rạch da đường trắng giữa dưới rốn, có thể kéo dài lên trên rốn.
- Thăm dò đánh giá tổn thương và toàn bộ ổ bụng.
- Mở trực tiếp vào khối u, sinh thiết tức thì nếu có thể.
- Phẫu tích bóc khối u ra khỏi thành trực tràng, tránh làm thủng niêm mạc trực tràng.
- Kiểm tra kỹ xem có thủng thành trực tràng hay không bằng quan sát hoặc bơm hơi qua hậu môn làm căng trực tràng chỗ bóc u và để chìm trong nước, nếu thủng sẽ thấy hơi xì ra làm nổi bong bóng (như thử săm xe đạp).
- Khâu lại chỗ mở thành trực tràng. Trong trường hợp có thủng niêm mạc trực tràng phải khâu lại, có thể phải làm hậu môn nhân tạo bảo vệ.
- Một số trường hợp u lớn, lan xuống 1/3 dưới trực tràng, xâm lấn rộng,… phải phối hợp thì tầng sinh môn để cắt u..
- Đặt dẫn lưu Douglas, đóng bụng 2 hoặc 3 lớp.

V. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

1. Chăm sóc và theo dõi:

- Chăm sóc và theo dõi người bệnh như các trường hợp phẫu thuật đường tiêu hóa nói chung.

- Dùng kháng sinh toàn thân, phối hợp 2 loại kháng sinh (metronidazol, cephalosporin thế hệ 3…) từ 5 - 7 ngày.
- Dinh dưỡng đường tĩnh mạch 5 - 7 ngày.
- Nhịn ăn uống từ 5 - 7 ngày.

2. Xử trí tai biến, biến chứng:

- Chảy máu trong ổ bụng: Mổ lai khâu cầm máu…
- Viêm phúc mạc do bục đường khâu: Mổ lại, lau rửa sạch ổ bụng, làm hậu môn nhân tạo bảo vệ.
- Áp xe tồn dư trong ổ bụng: Dẫn lưu áp xe dưới hướng dẫn siêu âm hoặc phẫu thuật làm sạch và dẫn lưu áp xe.
- Tắc ruột: Nếu điều trị nội (bồi phụ nước điện giải, hút sonde dạ dày…) thất bại phải mổ lại để tìm và giải quyết nguyên nhân.

PHẦN 4:
NỘI TIẾT

CẮT GẦN TOÀN BỘ TUYẾN GIÁP TRONG BASEDOW

I. ĐẠI CƯƠNG

- Bệnh Basedow l là bệnh cường chức năng, phì đại và cường sản tuyến giáp. Những biến đổi bệnh lý trong các cơ quan và tổ chức là do Hormon tiết quá nhiều vào trong máu. Bản chất của bệnh Basedow cho đến nay được xác định là một bệnh tự miễn dịch.
- Là bệnh phổ biến nhất gây nhiễm độc giáp.
- Chẩn đoán bệnh dựa vào lâm sàng, xét nghiệm chức năng tuyến giáp, siêu âm tuyến giáp, xạ hình tuyến giáp.
- Hiện nay có 3 phương pháp điều trị bệnh Basedow là điều trị nội khoa, điều trị xạ I131 và điều trị ngoại khoa. Mỗi phương pháp có những ưu nhược điểm riêng và chỉ định phù hợp.

II. CHỈ ĐỊNH

- Bệnh Basedow bướu giáp lan tỏa không dung nạp với kháng giáp trạng tổng hợp
- Bệnh Basedow có bướu lớn lan tỏa ảnh hưởng thẩm mỹ, có dấu hiệu chèn ép: nuốt vướng, khó nuốt hay khó thở
- Bệnh Basedow điều trị không ổn định, hay tái phát
- Bệnh nhân Basedow không có điều kiện điều trị nội khoa lâu dài

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh Basedow tái phát sau phẫu thuật
- Bệnh Basedow lồi mắt nặng
- Bệnh Basedow có đa nhân ở cả 2 thùy
- Bệnh Basedow suy tim nặng

IV. CHUẨN BỊ

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

2. Phương tiện

+ Máy gây mê
+ Dao điện
+ Dụng cụ mổ

3. Người bệnh

- Người bệnh được điều trị bình giáp bằng kháng giáp trạng
- Vào viện trước 02 tuần uống dung dịch Lugol 1%
- Làm các xét nghiệm cơ bản – siêu âm Doppler tuyến giáp
- Ngày trước mổ: khám và giải thích về bệnh tình cho người bệnh và người nhà người bệnh cho ký cam kết trước mổ. Tối dùng thuốc an thần. Vẽ cổ trước khi mổ.

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- Gây mê: Gây mê toàn thân có 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 dưới 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.
- Tách vạt da: theo lớp vô mạch
+ Lên trên tới sụn giáp
+ Xuống dưới tới hõm ức.
- 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.
- 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 phẫu tích tuyến giáp khỏi các thành phần xung quanh như: Cơ ức giáp, ức móng ở mặt bên, động mạch cảnh, tĩnh mạch cảnh ở mặt sau.
Thì 2 – Xử lý thương tổn:
- Sử dụng dao điện để bóc tách, cầm máu hay cắt tổ chức với chế độ đốt nông, cường độ lớn.
- Phẫu tích cực dưới
+ Dùng kẹp cầm máu cặp nhẹ vào cực dưới của thùy kéo nhẹ thùy tuyến lên phía trước trên, vào trong để bóc tách cực dưới và mặt sau bên cực dưới của thùy.
- Phẫu tích cực trên:
+ Dùng kẹp cầm máu cặp nhẹ vào mặt tuyến ở phía cực trên kéo lên trên, ra ngoài, dùng kẹp cầm máu khác đi vào khoang vô mạch, tách tuyến khỏi khí quản, đốt và cắt các mạch máu.
+ Cực trên tuyến giáp liên quan mật thiết với dây thần kinh thanh quản trên và tuyến cận giáp trên nên việc phẫu tích phải hết sức nhẹ nhàng.
+ Tiếp tục phẫu tích lên phía trên tới khi quan sát thấy động mạch giáp trên. Nguyên tắc này còn tránh gây tổn thương động mạch nuôi tuyến cận giáp. Đối với động mạch giáp trên dùng kẹp cầm máu cặp cắt và buộc mạch máu.
- Sau khi đã đốt và thắt các động mạch giáp trên, giáp dưới phẫu tích tuyến cận giáp, dùng dao điện cắt trực tiếp vào phần nhu mô tuyến để lại một phần nhu mô tuyến giáp có kích thước 1cm x 1,5cm x 1,5cm. Như vậy trọng lượng tuyến để lại khoảng 2,5g – 3g. Cắt tuyến song song với bề mặt của khí quản. Từ ngoài vào trong đến khí quản thì cắt eo tuyến.

- Phẫu tích và cắt thùy còn lại như đã làm với thùy đối diện.
- 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 rời bằng chỉ tiêu (vicryle 3/0). Da khâu bằng chỉ luồn tự tiêu dưới da.

VI. THEO DÕI SAU MỔ

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

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu: mở vết mổ cầm máu lại
- Nói khàn: Chống phù nề - corticoid – vitamin 3B
- Tê tay chân – Cơn tetani: Calciclorid tiêm tĩnh mạch
- Khó thở:

+ Thở ôxy
+ Mở khí quản

- Nhiễm trùng: Kháng sinh, chống phù nề

CẮT MỘT THÙY TUYẾN GIÁP VÀ CẮT BÁN PHẦN THÙY CÒN LẠI TRONG BASEDOW

I. ĐẠI CƯƠNG

- Bệnh Basedow l là bệnh cường chức năng, phì đại và cường sản tuyến giáp. Những biến đổi bệnh lý trong các cơ quan và tổ chức là do Hormon tiết quá nhiều vào trong máu. Bản chất của bệnh Basedow cho đến nay được xác định là một bệnh tự miễn dịch.
- Là bệnh phổ biến nhất gây nhiễm độc giáp.
- Chẩn đoán bệnh dựa vào lâm sàng, xét nghiệm chức năng tuyến giáp, siêu âm tuyến giáp, xạ hình tuyến giáp.
- Hiện nay có 3 phương pháp điều trị bệnh Basedow là điều trị nội khoa, điều trị xạ I131 và điều trị ngoại khoa. Mỗi phương pháp có những ưu nhược điểm riêng và chỉ định phù hợp.

II. CHỈ ĐỊNH

Bệnh Basedow có nhân 1 thùy

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh Basedow tái phát sau phẫu thuật
- Bệnh Basedow lồi mắt nặng
- Bệnh Basedow đa nhân ở cả 2 thùy
- Bệnh Basedow có nhân ung thư
- Bệnh Basedow suy tim nặng

IV. CHUẨN BỊ

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

2. Phương tiện

+ Máy gây mê
+ Dao điện
+ Dụng cụ mổ

3. Người bệnh

- Người bệnh được điều trị bình giáp bằng kháng giáp trạng
- Vào viện trước 02 tuần uống dung dịch Lugol 1%
- Làm các xét nghiệm cơ bản – siêu âm Doppler tuyến giáp
- Ngày trước mổ: khám và giải thích về bệnh tình cho người bệnh và người nhà người bệnh cho ký cam kết trước mổ. Tối dùng thuốc an thần. Vẽ cổ trước khi mổ.

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- Gây mê: Gây mê toàn thân có 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 dưới 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.
- Tách vạt da: theo lớp vô mạch
+ Lên trên tới sụn giáp
+ Xuống dưới tới hõm ức.
- 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.
- 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 phẫu tích tuyến giáp khỏi các thành phần xung quanh như: Cơ ức giáp, ức móng ở mặt bên, động mạch cảnh, tĩnh mạch cảnh ở mặt sau.

Thì 2 - Xử lý thương tổn:

- Sử dụng dao điện để bóc tách, cầm máu hay cắt tổ chức
- Phẫu tích cực dưới

Dùng kẹp cầm máu cặp nhẹ vào cực dưới của thùy kéo nhẹ thùy tuyến lên phía trước trên, vào trong để bóc tách cực dưới và mặt sau bên cực dưới của thùy.

- Phẫu tích cực trên
+ Dùng kẹp cầm máu cặp nhẹ vào mặt tuyến ở phía cực trên kéo lên trên, ra ngoài, dùng kẹp cầm máu khác đi vào khoang vô mạch, tách tuyến khỏi khí quản, đốt và cắt các mạch máu.
+ Cực trên tuyến giáp liên quan mật thiết với dây thần kinh thanh quản trên và tuyến cận giáp trên nên việc phẫu tích phải hết sức nhẹ nhàng.
+ Tiếp tục phẫu tích lên phía trên tới khi quan sát thấy động mạch giáp trên. Tránh gây tổn thương động mạch nuôi tuyến cận giáp. Đối với động mạch giáp trên dùng kẹp cầm máu cặp cắt và buộc mạch máu.
+ Cắt toàn bộ thùy tuyến.
- Phẫu tích và cắt bán phần thùy còn lại như cắt gần toàn bộ 2 thùy và nhu mô tuyến giáp để lại khoảng 5 g.
- Đặt dẫn lưu

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 luồn tự tiêu dưới da.

VI. THEO DÕI SAU MỔ

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

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu: mở vết mổ cầm máu lại
- Nói khàn: Chống phù nề - corticoid – vitamin 3B
- Tê tay chân – Cơn tetani: Calciclorid tiêm tĩnh mạch
- Khó thở:

+ Thở ôxy
+ Mở khí quản

- Nhiễm trùng: Kháng sinh, chống phù nề

PHẦN 4:
BỎNG

GHÉP DA TỰ THÂN MẢNH LỚN DƯỚI 5% DIỆN TÍCH CƠ THỂ Ở NGƯỜI LỚN

I. KHÁI NIỆM

- Ghép da tự thân mảnh lớn là ghép da mà độ dày trung bình của mảnh da ghép là 0,2- 0,3 mm với người trưởng thành (tương ứng với phần biểu bì và một phần trung bì) . Hình thái mảnh da ghép là mảnh lớn (để cả mảnh lớn theo kích thước khi lấy da, chỉ rạch các lỗ thoát dịch).
- Các mảnh da ghép này những ngày đầu sẽ bám sống theo cơ chế thẩm thấu các dưỡng chất từ nền ghép, sau đó sống nhờ hình thành các mao mạch máu tân tạo phía dưới từ nền ghép.
- Ghép da mảnh lớn dưới 5% có tổn khuyết vùng lấy da với diện tích cũng gần tương đương, vẫn có nguy cơ mất máu, đau đớn, nhiễm khuẩn…

II. CHỈ ĐỊNH

Phẫu thuật tiến hành khi đáp ứng đồng thời các yêu cầu sau:

- Nền ghép đủ tiêu chuẩn cho ghép da:

+ Nếu ghép lên nền tổn thương bỏng sâu sau khi đã cắt bỏ hoại tử bỏng đến mô lành (ghép da ngay sau cắt bỏ hoại tử): cân nông, bao cơ lành …nền sạch, bảo đảm hết hoại tử; không chảy máu nhiều.

+ Nếu ghép lên nền mô hạt (khi hoại tử bỏng sâu được cắt lọc hoặc tự rụng, hình thành mô hạt): mô hạt đỏ, sạch không còn hoại tử, phẳng, rớm máu nhẹ; mật độ vi khuẩn thấp (thường < 105 vi khuẩn/cm2 bề mặt mô hạt).

- Ưu tiên áp dụng cho các vùng khuyết tổn có liên quan tới chức năng vận động (khớp, nếp gấp…) và thẩm mỹ (mặt, cổ, vùng hở…).
- Thường sử dụng trong các trường hợp mà người bệnh còn nhiều diện tích da lành để lấy da.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nền ghép không bảo đảm: còn hoại tử; nhiễm khuẩn (cấy khuẩn số lượng vi khuẩn trên 106/g mô), chảy máu.
- Nền tổn thương là gân; xương hoại tử và các hốc tự nhiên.
- Chống chỉ định tương đối: Khi người bệnh có diện tích bỏng sâu lớn, thiếu hụt nguồn da lành tự thân.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên là bác sỹ chuyên khoa bỏng, kíp phẫu thuật: 3 bác sỹ
- Kíp vô cảm: 1 bác sỹ gây mê, 1 y tá phụ mê, 1 y tá vô trùng, 1 y tá hữu trùng.

2. Phương tiện

Tiến hành tại phòng mổ. Trang thiết bị đảm bảo cuộc mổ như: bộ đại phẫu, dao mổ và lưỡi dao lagrot, dao lấy da điện (nếu có).

3. Người bệnh

- Hồ sơ bệnh án theo quy định cho một cuộc mổ.
- Giải thích để người bệnh và gia đình hiểu và công tác với chuyên môn
- Vệ sinh toàn thân. Người bệnh cần nhịn ăn trước cuộc mổ từ 4-6 giờ. Nếu người bệnh quá lo lắng: có thể cho an thần nhẹ (seduxen, rotunda...) đêm trước mổ.
- Chuẩn bị vùng lấy da: tắm sạch sẽ, cạo lông vùng lấy da. Nên lấy da tại các vị trí ít ảnh hưởng thẩm mỹ như mặt ngoài đùi, mặt trong cánh tay. Có thể lấy da ở cẳng chân, cánh tay, cẳng tay, bụng, lưng, da đầu đã cạo tóc.
- Kiểm tra lại toàn trạng người bệnh (mạch, nhiệt độ, huyết áp...) trước mổ.

- Chuẩn bị nền ghép: thay băng sạch sẽ vùng tổn thương sẽ ghép da trước khi đi mổ. Nếu tình trạng người bệnh nặng: tiến hành thay băng dưới gây mê ngay tại phòng mổ.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Chuẩn bị: tương tự cuộc phẫu thuật vô khuẩn loại II thông thường.

2. Vô cảm: Gây mê (tĩnh mạch, nội khí quản) theo quy trình riêng.

3. Thực hiện kỹ thuật

Thì 1: Lấy da và xử trí mảnh da mỏng

- Sát khuẩn vùng lấy da bằng dung dịch PVP 10% , sau đó sát trùng lại bằng cồn 700. Trải xăng vô khuẩn, bộc lộ vùng lấy da.
- Vùng lấy da: Với vùng lấy da khó tạo được mặt phẳng khi lấy da: bơm dung dịch natri clorid 0,9% cho căng đều. Có thể bơm dưới da dung dịch adrenalin nồng độ 1/200.000 (hạn chế chảy máu vùng cho da).
- Bôi vaselin một lớp mỏng lên vùng lấy da và lên lưỡi dao lấy da.
- Người phụ căng đều vùng lấy da tạo một mặt phẳng tương đối, thuận tiện cho phẫu thuật viên. Tiến hành lấy da mỏng 0,15- 0,2 mm bằng dao lấy da có định mức (có thể bằng dao điện hoặc dao lấy da bằng tay). Diện tích lấy da được xác định tùy theo diện tích che phủ (dưới 5% diện tích cơ thể).
- Xử trí mảnh da: dùng mũi lưỡi dao mổ rạch các lỗ thoát dịch ở mảnh da (kiểu mắt sàng); ngâm mảnh da vào dung dịch nước muối sinh lý 0,9%, có thể pha lẫn kháng sinh, để nguyên cả tấm da kích thước lớn như vừa lấy.
- Xử trí vùng lấy da:

+ Thấm khô vùng lấy da.

+ Đắp lớp gạc vaselin, thấm khô. Xếp 4-6 lớp gạc khô kiểu lợp ngói, băng ép vừa phải.

+ Nếu có các vật liệu thay thế da tạm thời (trung bì da lợn; tấm nguyên bào sợi nuôi cấy; các vật liệu tổng hợp…) thì đắp bằng các tấm vật liệu đó rồi đắp một lớp gạc vaseline phủ lên sau đó đắp gạc khô băng kín như trên.

Thì 2: Xử trí nền ghép

Rửa sạch nền tổn thương (nền bỏng sâu sau cắt bỏ hoại tử hoặc mô hạt) bằng dung dịch PVP 3% và nước muối sinh lý. Lấy bỏ hết máu tụ, giả mạc, hoại tử, thấm khô và đắp bằng gạc ẩm tẩm nước muối sinh lý.

Thì 3: Ghép da

- Đặt các mảnh da kích thước lớn lên nền ghép, dàn đều mảnh da sao cho các mảnh da bám sát vào nề ghép.

Gạt bỏ không được để dịch hay khí ứ đọng dưới các mảnh da ghép.

- Có thể cố định mảnh da ghép vào nền ghép bằng dụng cụ găm da hay các mối khâu rời.
- Đặt gạc tẩm một trong các dung dịch kháng khuẩn sau lên vùng đã ghép da: dung dịch berberin, dung dịch PVP 3% hay dung dịch tẩm kháng sinh penicilin.
- Sau đó đặt 1 lớp gạc vaselin và cuối cùng là 4-6 lớp gạc khô kiểu lợp ngói từ dưới lên trên.
- Băng ép vừa phải với áp lực khoảng 28-30 mm Hg.

VI. CHĂM SÓC, THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Toàn thân

- Theo dõi các biến chứng của gây mê: suy hô hấp, tụt huyết áp, nôn… xử trí bằng truyền dịch, nâng huyết áp, thở oxy, để đầu thấp nghiêng 1 bên, lau sạch đờm dãi…
- Theo dõi tình trạng sốc do mất nhiều máu trong mổ: truyền máu kịp thời trong và sau mổ.
- Đau nhiều sau phẫu thuật: cho thuốc giảm đau sau mổ 1 - 2 ngày.

2. Tại chỗ

- Tình trạng chảy máu tại vùng mổ (máu thấm băng…): kê cao chân, băng ép bổ sung. Nếu không được: tiến hành mở băng, xác định điểm chảy máu và khâu, đốt cầm máu bổ sung.
- Băng ép quá chặt: nới bớt băng.
- Nhiễm khuẩn tại chỗ hoặc toàn thân nặng lên: sau cắt cần che phủ bằng vật liệu sinh học. Thay băng vô khuẩn, đắp thuốc kháng khuẩn tại chỗ và kháng sinh toàn thân theo kháng sinh đồ.
- Không để tỳ đè vùng ghép da và lấy da. Có thể kê cao vùng tổn thương nếu ghép ở chi thể. Bất động trong 5-6 ngày nếu ghép da tại vùng khớp.
- Thay băng sau ghép da: Lần đầu sau 24 giờ, sau đó thay băng hàng ngày hoặc cách ngày tùy theo tình trạng vùng ghép da.

GHÉP DA TỰ THÂN MẮT LƯỚI (MESH GRAFT) DƯỚI 10% DIỆN TÍCH CƠ THỂ Ở NGƯỜI LỚN

I. KHÁI NIỆM

- Ghép da tự thân mắt lưới là ghép da mà độ dày trung bình của mảnh da ghép là 0,15- 0,2 mm với người trưởng thành (tương ứng với phần biểu bì và một phần trung bì), hình thái mảnh da ghép là dạng mắt lưới (mesh graft) để tăng khả năng che phủ của các mảnh da ghép. Với kỹ thuật này có thể tăng diện tích che phủ của mảnh da ghép lên gấp đôi (1:2), gấp 3 (1:3) thậm chí gấp 6 lần (1:6). Để tiến hành phẫu thuật này nên có dụng cụ giãn da chuyên dụng.
- Các mảnh da ghép này những ngày đầu sẽ bám sống theo cơ chế thẩm thấu các dưỡng chất từ nền ghép, sau đó sống nhờ hình thành các mao mạch máu tân tạo phía dưới từ nền ghép.
- Ghép da tự thân mắt lưới dưới 10% diện tích cơ thể hay áp dụng cho người bệnh bỏng sâu diện tích rộng, quỹ cho da hạn chế. Phẫu thuật trên nền người bệnh diễn biến nặng, có nguy cơ mất máu, đau đớn, nhiễm khuẩn… Do vậy, đòi hỏi người phẫu thuật viên kinh nghiệm, gây mê hồi sức đảm bảo, theo dõi chặt chẽ.

II. CHỈ ĐỊNH

Khi đáp ứng đồng thời các yêu cầu sau:

- Nền ghép đủ tiêu chuẩn cho ghép da:

+ Nếu ghép lên nền tổn thương bỏng sâu sau khi đã cắt bỏ hoại tử bỏng đến mô lành (ghép da ngay sau cắt bỏ hoại tử): cân nông, bao cơ lành …nền sạch, bảo đảm hết hoại tử; không chảy máu nhiều.

+ Nếu ghép lên nền mô hạt (khi hoại tử bỏng sâu được cắt lọc hoặc tự rụng, hình thành mô hạt): mô hạt đỏ, sạch không còn hoại tử, phẳng, rớm máu nhẹ; mật độ vi khuẩn thấp (thường < 105 vi khuẩn/cm2 bề mặt mô hạt).

- Chỉ nên áp dụng cho các vùng khuyết tổn ít có liên quan tới chức năng vận động và thẩm mỹ.
- Thường sử dụng trong các trường hợp mà người bệnh bỏng sâu diện tích lớn, không còn nhiều diện tích da lành để lấy da.
- Có thể kết hợp kỹ thuật ghép da mắt lưới (lớp dưới) với da đồng loại hoặc các vật liệu thay thế da tạm thời (lớp trên) theo kiểu ghép 2 lớp để tăng hiệu quả điều trị và khả năng sống của các mảnh ghép.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nền ghép không bảo đảm: còn hoại tử; nhiễm khuẩn (cấy khuẩn số lượng vi khuẩn trên 106/g mô), chảy máu.
- Nền tổn thương là gân; xương hoại tử và các hốc tự nhiên.
- Chống chỉ định tương đối: Các nền ghép là vùng liên quan tới vận động (vùng khớp, nếp gấp…) và thẩm mỹ (mặt, cổ, vùng da hở…).

IV. CHUẨN BỊ

Chuẩn bị cho phẫu thuật loại I, bao gồm:

1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên là bác sỹ chuyên khoa bỏng, kíp phẫu thuật: 3 – 4 bác sỹ
- Kíp vô cảm: 1 bác sỹ gây mê, 1 điều dưỡng phụ mê, 1 điều dưỡng vô trùng, 1 điều dưỡng hữu trùng.

2. Phương tiện

- Tiến hành tại phòng mổ. Trang thiết bị đảm bảo cuộc mổ như: bộ đại phẫu, dao và lưỡi dao lagrot, dao điện lấy da (nếu có)…

3. Người bệnh
- Hồ sơ bệnh án theo quy định cho một cuộc mổ.
- Giải thích để người bệnh và gia đình hiểu và công tác với chuyên môn
- Vệ sinh toàn thân. Người bệnh cần nhịn ăn trước cuộc mổ từ 4-6 giờ. Nếu người bệnh quá lo lắng: có thể cho an thần nhẹ (seduxen, rotunda...) đêm trước mổ.
- Chuẩn bị vùng lấy da: tắm sạch sẽ, cạo lông vùng lấy da. Nên lấy da tại các vị trí ít ảnh hưởng thẩm mỹ như mặt ngoài đùi, mặt trong cánh tay. Có thể lấy da ở cẳng chân, cánh tay, cẳng tay, bụng, lưng, da đầu đã cạo tóc.
- Kiểm tra lại toàn trạng người bệnh (mạch, nhiệt độ, huyết áp...) trước mổ
- Chuẩn bị nền ghép: thay băng sạch sẽ vùng tổn thương sẽ ghép da trước khi đi mổ. Nếu tình trạng người bệnh nặng: tiến hành thay băng dưới gây mê ngay tại phòng mổ.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm: Gây mê (tĩnh mạch, nội khí quản): theo quy trình riêng.

2. Thực hiện kỹ thuật

Thì 1: Lấy da và xử trí mảnh da mỏng
- Sát khuẩn vùng lấy da bằng dung dịch PVP 10% , sau đó sát trùng lại bằng cồn 700. Trải xăng vô khuẩn, bộc lộ vùng lấy da.
- Vùng lấy da: Với vùng lấy da khó tạo được mặt phẳng khi lấy da: bơm dung dịch natri clorid 0,9% cho căng đều. Có thể bơm dưới da dung dịch adrenalin nồng độ 1/200.000 (hạn chế chảy máu vùng cho da).
- Bôi vaselin một lớp mỏng lên vùng lấy da và lên lưỡi dao lấy da.
- Người phụ căng đều vùng lấy da tạo một mặt phẳng tương đối, thuận tiện cho phẫu thuật viên. Tiến hành lấy da mỏng 0,15- 0,2 mm bằng dao lấy da có định mức (có thể bằng dao điện hoặc dao lấy da bằng tay).
- Diện tích vùng lấy da để ghép: tùy theo độ giãn rộng mong muốn và diện tích nền ghép để lấy da cho phù hợp. Cứ 1% diện tích da lấy có thể ghép được cho 2% đến 6% diện tích nền ghép.
- Xử trí mảnh da: dùng mũi lưỡi dao mổ rạch các dải mắt lưới xen kẽ nhau hoặc dùng thiết bị khía mắt lưới chuyên dụng để tạo mắt lưới theo độ giãn rộng lựa chọn (tỷ lệ 1/1,5, ½, 1/3, ¼…).

Ngâm mảnh da vào dung dịch nước muối sinh lý 0,9%, có thể pha lẫn kháng sinh hoặc dung dịch berberin 1%.
- Xử trí vùng lấy da:

Thấm khô vùng lấy da.

Đắp lớp gạc vaselin, thấm khô. Xếp 4-6 lớp gạc khô kiểu lợp ngói, băng ép vừa phải.

Nếu có các vật liệu thay thế da tạm thời (trung bì da lợn; tấm nguyên bào sợi nuôi cấy; các vật liệu tổng hợp…) thì đắp bằng các tấm vật liệu đó rồi đắp một lớp gạc vaseline phủ lên sau đó đắp gạc khô băng kín như trên.

Thì 2: Xử trí nền ghép

Rửa sạch nền tổn thương (nền bỏng sâu sau cắt bỏ hoại tử hoặc mô hạt) bằng dung dịch PVP 3% và nước muối sinh lý.

Lấy bỏ hết máu tụ, giả mạc, hoại tử, thấm khô và đắp bằng gạc ẩm tẩm nước muối sinh lý.

Thì 3: Ghép da
- Đặt các mảnh da dạng mắt lưới lên nền ghép sao cho các mảnh da bám sát vào nền ghép, các giải mắt lưới không được quăn mép, không chùng và đạt độ giãn rộng tối đa theo lựa chọn.
- Có thể cố định mảnh da ghép vào nền ghép bằng dụng cụ găm da hay các mối khâu rời.

- Đặt gạc tẩm một trong các dung dịch kháng khuẩn sau lên vùng đã ghép da: dung dịch berberin, dung dịch PVP 3%, hay dung dịch tẩm kháng sinh penicilin.
- Sau đó đặt 1 lớp gạc vaselin và cuối cùng là 4-6 lớp gạc khô kiểu lợp ngói từ dưới lên trên.
- Băng ép vừa phải với áp lực khoảng 28-30 mm Hg.

VI. CHĂM SÓC, THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Toàn thân

- Theo dõi các biến chứng của gây mê: suy hô hấp, tụt huyết áp, nôn…: truyền dịch, nâng huyết áp, thở oxy, để đầu thấp nghiêng 1 bên, lau sạch đờm dãi…
- Theo dõi tình trạng sốc do mất nhiều máu trong mổ: truyền máu kịp thời trong và sau mổ.
- Đau nhiều sau phẫu thuật: cho thuốc giảm đau sau mổ 1 - 2 ngày.

2. Tại chỗ

- Tình trạng chảy máu tại vùng mổ (máu thấm băng…): kê cao chân, băng ép bổ sung. Nếu không được: tiến hành mở băng, xác định điểm chảy máu và khâu, đốt cầm máu bổ sung.
- Băng ép quá chặt: nới bớt băng.
- Nhiễm khuẩn tại chỗ hoặc toàn thân nặng lên: sau cắt cần che phủ bằng vật liệu sinh học. Thay băng vô khuẩn, đắp thuốc kháng khuẩn tại chỗ và kháng sinh toàn thân theo kháng sinh đồ.
- Không để tỳ đè vùng ghép da và lấy da. Có thể kê cao vùng tổn thương nếu ghép ở chi thể. Bất động trong 5-6 ngày nếu ghép da tại vùng khớp. Nếu ghép da ở vùng hậu môn, sinh dục cần giữ vệ sinh cho trẻ để hạn chế nhiễm khuẩn vùng da ghép (đặt sonde bàng quang…)
- Thay băng sau ghép da: Lần đầu sau 24 giờ, sau đó thay băng hàng ngày hoặc cách ngày tùy theo tình trạng vùng ghép da.

GHÉP DA TỰ THÂN TEM THƯ (POST STAM GRAFT) DƯỚI 10% DIỆN TÍCH CƠ THỂ Ở NGƯỜI LỚN

I. KHÁI NIỆM

- Ghép da tự thân tem thư là ghép da mà độ dày trung bình của mảnh da ghép là 0,15- 0,2 mm với người trưởng thành (tương ứng với phần biểu bì và một phần trung bì), hình thái mảnh da ghép là dạng tem thư (post stam graft) để tăng khả năng che phủ của các mảnh da ghép (1x1 cm, 1x2 cm). Với kỹ thuật này có thể tăng diện tích che phủ của mảnh da ghép lên gấp đôi (1:2), gấp 3 (1:3), gấp 4 (1:4) thậm chí gấp 6 lần (1: 6).
- Các mảnh da ghép này những ngày đầu sẽ bám sống theo cơ chế thẩm thấu các dưỡng chất từ nền ghép, sau đó sống nhờ hình thành các mao mạch máu tân tạo phía dưới từ nền ghép.
- Ghép da tem thư cho diện tích cần che phủ dưới 10% diện tích cơ thể là phẫu thuật lớn, trên người bệnh bỏng nặng, có nguy cơ mất máu, đau đớn, nhiễm khuẩn… Do vậy đòi hỏi phẫu thuật viên kinh nghiệm, công tác gây mê hồi sức, theo dõi sau mổ chặt chẽ.

II. CHỈ ĐỊNH

Phẫu thuật tiến hành khi đáp ứng đồng thời các yêu cầu sau:
- Nền ghép đủ tiêu chuẩn cho ghép da:
+ Nếu ghép lên nền tổn thương bỏng sâu sau khi đã cắt bỏ hoại tử bỏng đến mô lành (ghép da ngay sau cắt bỏ hoại tử): cân nông, bao cơ lành …nền sạch, bảo đảm hết hoại tử; không chảy máu nhiều.
+ Nếu ghép lên nền mô hạt (khi hoại tử bỏng sâu được cắt lọc hoặc tự rụng, hình thành mô hạt): mô hạt đỏ, sạch không còn hoại tử, phẳng, rớm máu nhẹ; mật độ vi khuẩn thấp (thường < 105 vi khuẩn/cm2 bề mặt mô hạt).
- Chỉ nên áp dụng cho các vùng khuyết tổn ít có liên quan tới chức năng vận động và thẩm mỹ.
- Thường sử dụng trong các trường hợp mà người bệnh bỏng sâu diện tích lớn, không còn nhiều diện tích da lành để lấy da
- Có thể kết hợp kỹ thuật ghép da tem thư (lớp dưới) với da đồng loại hoặc các vật liệu thay thế da tạm thời (lớp trên) theo kiểu ghép 2 lớp để tăng hiệu quả điều trị và khả năng sống của các mảnh ghép.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nền ghép không bảo đảm: còn hoại tử; nhiễm khuẩn (cấy khuẩn số lượng vi khuẩn trên 106/g mô), chảy máu.
- Nền tổn thương là gân; xương hoại tử và các hốc tự nhiên.
- Chống chỉ định tương đối: Các nền ghép là vùng liên quan tới vận động (vùng khớp, nếp gấp…) và thẩm mỹ (mặt, cổ, vùng da hở…).

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên là bác sỹ chuyên khoa bỏng, kíp phẫu thuật: 3 bác sỹ
- Kíp vô cảm: 1 bác sỹ gây mê, 1 y tá phụ mê, 1 y tá vô trùng và 1 hữu trùng.

2. Phương tiện

Tiến hành tại phòng mổ. Trang thiết bị đảm bảo cuộc mổ như: bộ đại phẫu, dao mổ và lưỡi dao lagrot, dao lấy da điện (nếu có).

3. Người bệnh

- Hồ sơ bệnh án theo quy định cho một cuộc mổ.
- Giải thích để người bệnh và gia đình hiểu và công tác với chuyên môn
- Vệ sinh toàn thân. Người bệnh cần nhịn ăn trước mổ từ 4-6 giờ. Nếu người

bệnh quá lo lắng: có thể cho an thần nhẹ (seduxen, rotunda...) đêm trước mổ.
- Chuẩn bị vùng lấy da: tắm sạch sẽ, cạo lông vùng lấy da. Nên lấy da tại các vị trí ít ảnh hưởng thẩm mỹ như mặt ngoài đùi, mặt trong cánh tay. Có thể lấy da ở cẳng chân, cánh tay, cẳng tay, bụng, lưng, da đầu đã cạo tóc.
- Kiểm tra lại toàn trạng người bệnh (mạch, nhiệt độ, huyết áp...) trước mổ.
- Chuẩn bị nền ghép: thay băng sạch sẽ vùng tổn thương sẽ ghép da trước khi đi mổ. Nếu tình trạng người bệnh nặng: tiến hành thay băng dưới gây mê ngay tại phòng mổ.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Chuẩn bị: tương tự cuộc phẫu thuật vô khuẩn loại I, II thông thường.

2. Vô cảm: Gây mê (tĩnh mạch, nội khí quản) theo quy trình riêng.

3. Thực hiện kỹ thuật

Thì 1: Lấy da và xử trí mảnh da mỏng

- Sát khuẩn vùng lấy da bằng dung dịch PVP 10% , sau đó sát trùng lại bằng cồn 700. Trải xăng vô khuẩn, bộc lộ vùng lấy da.
- Vùng lấy da: Với vùng lấy da khó tạo được mặt phẳng khi lấy da: bơm dung dịch natri clorid 0,9% cho căng đều. Có thể bơm dưới da dung dịch adrenalin nồng độ 1/200.000 (hạn chế chảy máu vùng cho da).
- Bôi vaselin một lớp mỏng lên vùng lấy da và lên lưỡi dao lấy da.
- Người phụ căng đều vùng lấy da tạo một mặt phẳng tương đối, thuận tiện cho phẫu thuật viên. Tiến hành lấy da mỏng 0,15- 0,2 mm bằng dao lấy da có định mức (có thể bằng dao điện hoặc dao lấy da bằng tay).

Diện tích lấy da được xác định tùy theo diện tích che phủ (dưới 10% diện tích cơ thể).

- Xử trí mảnh da: dùng kéo hoặc dụng cụ chuyên dùng cắt nhỏ các mảnh da thành các mảnh đều nhau, kích thước 0,5x 1 cm, 1x1 cm, 1x2 cm, 2x2 cm;

Ngâm mảnh da vào dung dịch natri clorid 0,9%, có thể pha kháng sinh.

- Xử trí vùng lấy da:

Thấm khô vùng lấy da. Đắp lớp gạc vaselin, thấm khô. Xếp 4-6 lớp gạc khô kiểu lợp ngói, băng ép vừa phải.

Nếu có các vật liệu thay thế da tạm thời (trung bì da lợn; tấm nguyên bào sợi nuôi cấy; các vật liệu tổng hợp…) thì đắp bằng các tấm vật liệu đó rồi đắp một lớp gạc vaseline phủ lên sau đó đắp gạc khô băng kín như trên.

Thì 2: Xử trí nền ghép

Rửa sạch nền tổn thương (nền bỏng sâu sau cắt bỏ hoại tử hoặc mô hạt) bằng dung dịch PVP 3% và nước muối sinh lý. Lấy bỏ hết máu tụ, giả mạc, hoại tử, thấm khô và đắp bằng gạc ẩm tẩm nước muối sinh lý.

Thì 3: Ghép da

- Đặt các mảnh da kích thước tương tự tem thư lên nền ghép, sao cho khoảng cách giữa các mảnh da tương đối đều nhau. Tùy theo mức độ muốn "giãn rộng" mà đặt các mảnh da gần nhau hay xa nhau (thông thường cách nhau 1 -2 cm). Mảnh da bám sát vào nền ghép. Gạt bỏ không được để dịch hay khí ứ đọng dưới các mảnh da ghép. Lưu ý: không để gập mép các mảnh tem thư.
- Đặt gạc tẩm một trong các dung dịch kháng khuẩn sau lên vùng đã ghép da: dung dịch berberin, dung dịch PVP 3% hay dung dịch tẩm kháng sinh penicilin. Sau đó đặt 1 lớp gạc vaselin và cuối cùng là 4-6 lớp gạc khô kiểu lợp ngói từ dưới lên trên.
- Băng ép vừa phải với áp lực khoảng 28-30 mm Hg.

VI. CHĂM SÓC, THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Toàn thân

- Theo dõi biến chứng gây mê: suy hô hấp, tụt huyết áp, nôn…: truyền dịch, nâng huyết áp, thở oxy, để đầu thấp nghiêng 1 bên, lau sạch đờm dãi…
- Theo dõi tình trạng sốc do mất nhiều máu trong mổ: truyền máu kịp thời trong và sau mổ.
- Đau nhiều sau phẫu thuật: cho thuốc giảm đau sau mổ 1 - 2 ngày.

2. Tại chỗ

- Tình trạng chảy máu tại vùng mổ (máu thấm băng…): kê cao chân, băng ép bổ sung. Nếu không được: tiến hành mở băng, xác định điểm chảy máu và khâu, đốt cầm máu bổ sung.
- Băng ép quá chặt: nới bớt băng.
- Nhiễm khuẩn tại chỗ hoặc toàn thân nặng lên: sau cắt cần che phủ bằng vật liệu sinh học. Thay băng vô khuẩn, đắp thuốc kháng khuẩn tại chỗ và kháng sinh toàn thân theo kháng sinh đồ.
- Không để tỳ đè vùng ghép da và lấy da. Có thể kê cao vùng tổn thương nếu ghép ở chi thể. Bất động trong 5-6 ngày nếu ghép da tại vùng khớp.
- Thay băng sau ghép da: Lần đầu sau 24 giờ, sau đó thay băng hàng ngày hoặc cách ngày tùy theo tình trạng vùng ghép da.

CHƯƠNG II: SẢN

PHẦN 1:
PHỤ KHOA

PHẪU THUẬT CẮT TỬ CUNG ĐƯỜNG ÂM ĐẠO

I.ĐỊNH NGHĨA

Là phẫu thuật cắt bỏ tử cung hoàn toàn qua đường âm đạo.

II.CHỈ ĐỊNH

- Âm đạo rộng, mềm
- Các tổn thương ở tử cung có chỉ định cắt tử cung.
- Sa sinh dục
- Tử cung không quá to
- Không viêm dính vùng chậu
- Phẫu thuật viên có kinh nghiệm

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định, chỉ có đủ điều kiện thực hiện được hay không.

IV.CHUẨN BỊ

a. Người thực hiện

- Bác sĩ : 03 bác sĩ (01 bác sĩ chính, 02 bác sĩ phụ)
- Điều dưỡng: 02 (01 dụng cụ viên, 01 phụ dụng cụ)
- Kỹ thuật viên, bác sĩ vô cảm: 01. Phụ gây mê, vô cảm : 01

b. Phương tiện

- Bộ dụng cụ phẫu thuật cắt tử cung

c. Người bệnh

- Chuẩn bị như các trưởng hợp mổ có chuẩn bị, được vệ sinh thụt tháo và sử dụng an thần trước mổ.

V.CÁC BƯỚC THỰC HIỆN KỸ THUẬT

1. Thì 1: Bộc lộ cổ tử cung

- Bộc lộ phẫu trường: khâu môi bé sang hai bên da bẹn, khâu mép dưới âm hộ vào vải vô trùng phủ mặt dưới.
- Thông tiểu, đặt van âm đạo và sử dụng 02 kìm Pozzi kẹp cổ tử cung.

2. Thì 2: Mở cùng đồ sau và thăm dò

- Rạch một nửa đường vòng niêm mạc âm đạo mặt sau cổ tử cung gần đường bám âm đạo vào cổ tử cung. Bóc tách niêm mạc đúng lớp giữa cổ tử cung và trực tràng lên phía trên đến cùng đồ sau.
- Mở rộng cùng đồ sau vào ổ bụng, dùng hai ngón tay thăm dò tiểu khung, xác định lại điều kiện phẫu thuật, nếu khó khăn thì phải ngừng phẫu thuật ở thì này.

3. Thì 3: Mở cùng đồ trước, bóc tách đẩy bàng quang lên phía trên.

- Rạch một nửa đường vòng niêm mạc âm đạo trước sát gần chỗ bám âm đạo vào cổ tử cung đến tận lớp bóc tách nối liền với nửa đường rạch vòng phía sau.
- Bóc tách niêm mạc âm đạo khỏi bàng quang. Dùng kéo cắt các thớ dây chằng bàng quang cổ tử cung đúng lớp bóc tách (lớp mạc quanh âm đạo).
- Dùng cặp kẹp gạc gấp hình củ ấu hoặc ngón tay bọc gạc tách niêm mạc khỏi mặt sau bàng quang và mặt trước tử cung lên đến phúc mạc cùng đồ trước
- Tách niêm mạc âm đạo hai bên bộc lộ dây chằng bên và cuống mạch cổ tử cung âm đạo.

4. Thì 4: Thắt và cắt dây chằng và cuống mạch tử cung.

- Kéo tử cung sang trái rồi sang phải để cắt dây chằng ngang cổ tử cung (phải và trái) trong đó có cuống mạch âm đạo – cổ tử cung. Khâu các dây chằng.
- Kẹp cắt và thắt cuống mạch cổ tử cung âm đạo và dây chằng tử cung – cùng.

5. Thì 5: Thắt và cắt cuống mạch tử cung và dây chằng rộng.

- Đẩy dây chằng đã cắt lên phía trên, bộc lộ phần tổ chức trên dây chằng.
- Đưa ngón trỏ vào cùng đồ, cách ly quai ruột, kẹp cắt và khâu tổ chức sát mặt bên tử cung và động mạch tử cung.
- Kéo thấp tử cung xuống âm đạo để lộ dây chằng rộng phần trên.
- Tiếp tục thắt và cắt dây chằng rộng để sát bờ bên tử cung dưới sự hướng dẫn của ngón tay đưa vào cùng đồ sau sát bờ bên, sau tử cung.
- Lưu ý: luôn bám sát thành tử cung

6. Thì 6: Cắt hai phần phụ

- Kéo đáy tử cung và cổ tử cung xuống và lệch sang trái hoặc phải tùy theo cắt phần phụ bên nào.
- Dùng van âm đạo kéo rộng phẫu trường phía trên và giữ bàng quang không tụt xuống và một van âm đạo thứ hai vén mặt bên để lộ phần phụ.
- Kéo phần phụ, dây chằng và cuống mạch bên trái.
- Dùng kéo cắt sát bờ bên tử cung, các dây chằng và cuống mạch đã cặp, sau khi kiểm tra mặt sau các dây chằng để tránh cặp vào ruột.
- Khâu riêng cuống mạch dây chằng tử cung – buồng trứng và dây chằng tròn, dây chằng rộng, có thể buộc tăng cường.
- Kẹp và cắt phần phụ, dây chằng và cuống bên phải tương tự bên trái.

7. Thì 7: Kiểm tra chảy máu.

- Kiểm tra chảy máu các vị trí cắt khâu, kiểm tra xem có các tổn thương ruột hay niệu quản.
- Nâng đầu người bệnh lên cao để thoát dịch, máu xuống cùng đồ, lau sạch bằng kẹp cặp gạc.

8. Thì 8: Đóng phúc mạc cùng đồ và khâu niêm mạc âm đạo.

- Dùng các mũi chỉ khâu kín phúc mạc. Mũi khâu ở góc phải và trái đính vào phúc mạc hai phần phụ mỗi bên.
- Khâu đỉnh mỏm cắt dây chằng vào góc thành âm đạo từng bên tương ứng
- Khâu hai mép niêm mạc âm đạo lại với nhau.

VI. CHĂM SÓC SAU PHẪU THUẬT

- Đặt thông tiểu và theo dõi màu sắc, số lượng trong 2 – 3 ngày
- Lau sát trùng âm hộ hàng ngày bằng Betadin
- Rút ống dẫn lưu (nếu có) 24-48 giờ.
- Nếu chèn gạc thì rút sau 24 giờ.
- Cho người bệnh ngồi dậy sớm 8-12 tiếng sau mổ

VII. TAI BIẾN VÀ CÁC XỬ TRÍ

1. Biến chứng trong phẫu thuật

- Không kéo được tử cung xuống âm đạo. Nguyên nhân: Tử cung quá to; Chưa cắt hết các dây chằng tử cung; Dính nhiều
- Chảy máu do tuột chỉ buộc cuống mạch hoặc cặp không hết cuống mạch
- Tổn thương niệu quản
- Tổn thương bàng quang
- Tổn thương trực tràng
- Tổn thương ruột
- Xử trí: tất cả các trường hợp khó phải chuyển mổ mở

2. Biến chứng sau phẫu thuật

- Chảy máu: 4 - 6 ngày sau phẫu thuật do nhiễm khuẩn, tổn thương đến mạch máu tiêu chỉ sớm, vì vậy nên sử dụng chỉ lâu tiêu.
- Nhiễm khuẩn

- Tắc ruột: thường do nhiễm trùng tiểu khung gây các vùng dính ruột gây tắc ruột.

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản- Bộ y tế 2013
2. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Từ Dũ 2016

PHẪU THUẬT MỞ BỤNG
CẮT TỬ CUNG HOÀN TOÀN +/- HAI PHẦN PHỤ
(CẢ KHỐI)

I.ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật cắt tử cung hoàn toàn là phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ khối tử cung bao gồm thân tử cung, cổ tử cung, vòi tử cung, buồng trứng. Tuy nhiên cũng có những trường hợp cắt tử cung hoàn toàn để lại một hoặc hai phần phụ.

II.CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý liên quan đến sản khoa
- Hầu hết trong phẫu thuật cấp cứu sản khoa thường có chỉ định cắt tử cung bán phần, tuy nhiên trong một số trường hợp đặc biệt phải có chỉ định cắt tử cung hoàn toàn.
- Rau tiền đạo trung tâm, rau bám chặt xuống sâu tận cổ tử cung gây chảy máu mà thắt động mạch hạ vị không cầm máu được.
- Thai ở cổ tử cung bị sẩy, chảy máu, sau khi can thiệp các thủ thuật như khâu, đốt nhiệt mà không có kết quả.
- Nhiễm trùng sau phẫu thuật lấy thai lan tới buồng tử cung đã bị rách phức tạp.
- Bệnh lý liên quan đến phụ khoa
- Một số bệnh lý tiền ung thư và ung thư của bộ phận sinh dục (cổ tử cung, tử cung, vòi tử cung, buồng trứng, rau, chửa trứng lớn tuổi…)
- Những khối u lành tính ở tử cung có chỉ định cắt tử cung nhưng cổ tử cung không bình thường (tổn thương lành tính hoặc nghi ngờ cổ tử cung)

III.CHUẨN BỊ

a. Người thực hiện

- Bác sĩ : 01 bác sĩ mổ chính, 02 bác sĩ phụ
- Điều dưỡng: 01 dụng cụ viên, 01 phụ dụng cụ
- Kỹ thuật viên: 01 Bác sĩ vô cảm: 01. Phụ gây mê, vô cảm : 01

b. Phương tiện

- Bộ dụng cụ cắt tử cung

c. Người bệnh

- Chuẩn bị như các trưởng hợp mổ có chuẩn bị, được vệ sinh thụt tháo và sử dụng an thần trước mổ.

IV.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Thì 1: Mở thành bụng

- Thường sử dụng đường rạch Pfannenstiel, đối với trường hợp cấp cứu hoặc khó khăn thì sử dụng đường trắng giữa dưới rốn.

2. Thì 2: Cắt các dây chằng

- Kẹp và cắt dây chằng thắt lưng – buồng trứng, tử cung – vòi tử cung và các cuống mạch, cắt dây chằng tròn hai bên, cắt hai lá dây chằng rộng. Khâu lại các cuống mạch và mỏm cắt.

3. Thì 3: Tách và cắt phúc mạc tử cung- bàng quang

- Dùng kéo mở phúc mạc ngang với chỗ bám di động ở eo tử cung và cắt ngang trước đoạn dưới tử cung.
- Dùng gạc đẩy phúc mạc xuống sâu, giúp đẩy bàng quang ra trước, bộc lộ cổ tử cung và túi cùng âm đạo trước.

4. Thì 4: Cắt dây chằng tử cung – cùng và phúc mạc mặt sau.

- Kéo tử cung ra trước, bộc lộ hai dây chằng tử cung – cùng và mặt sau cổ tử cung.

- Cắt hai dây chằng tử cung – cùng gần chỗ bám ở cổ tử cung

5. Thì 5: Tách phúc mạc sau vòng quanh cổ tử cung phía trên và đẩy xuống ngang mức cắt âm đạo.

- Cặp các cuống mạch đi vào tử cung
- Cặp các động mạch tử cung từng bên. Cắt và khâu cuống mạch
- Cặp nhánh động mạch cổ TC, cắt và khâu cuống mạch.

6. Thì 6: Cắt âm đạo

- Tay trái phẫu thuật viên kéo mạnh tử cung lên trên, tay phải dùng kéo mở cùng đồ trước hoặc cùng đồ sau.
- Dùng kẹp thẳng cặp mép trước âm đạo để giữ.
- Tiếp tục cắt vòng quanh sát với chỗ bám âm đạo và cổ tử cung từ phía trước sang phải, ra sau và qua trái.

7. Thì 7: Đóng âm đạo

- Dùng kim cong và chỉ tiêu khâu qua lớp tổ chức dưới niêm mạc và niêm mạc âm đạo bằng mũi khâu vắt hoặc mũi rời chữ X.

8. Thì 8: Phủ phúc mạc tiểu khung

- Lau bụng và kiểm tra ổ bụng, kiểm tra niệu quản

9. Thì 9: Đóng thành bụng

V.BIẾN CHỨNG

1. Trong phẫu thuật

- Chảy máu: do buộc chỉ lỏng hay bị tuột chỉ mỏm cắt và cuống mạch.
- Nhiễm trùng: ở vết mổ hoặc mỏm cắt.
- Tổn thương bàng quang: do khâu chọc vào bàng quang, cắt vào bàng quang do đẩy phúc mạc tử cung – bàng quang không tốt.
- Thắt hoặc cắt vào niệu quản: do dính hoặc thắt động mạch cổ tử cung – âm đạo quá xa bờ ngoài cổ tử cung.

2. Sau phẫu thuật

- Tạo thành khối máu tụ
- Tắc mạch vùng hố chậu hoặc tĩnh mạch chi dưới
- Dò bàng quang

VI.TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản- Bộ y tế 2013
2. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Từ Dũ 2016

PHẪU THUẬT MỞ BỤNG CẮT TỬ CUNG BÁN PHẦN

I.ĐỊNH NGHĨA

Phẫu thuật cắt tử cung bán phần có nghĩa là cắt bỏ thân tử cung để lại cổ tử cung qua đường bụng.

II.CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý phụ khoa:
  + Tổn thương ở thân tử cung
  + Khối u lành tính ở thân tử cung
  + Phẫu thuật cắt tử cung bán phần khi cổ tử cung hoàn toàn bình thường.
- Bệnh lý liên quan đến sản khoa:
  + Chảy máu ở tử cung sau đẻ do các nguyên nhân khác nhau (đờ tử cung, rau cài răng lược, vỡ tử cung, phong huyết tử cung rau)
  + Nhiễm trùng tử cung sau đẻ, sau thủ thuật, nếu có chỉ định cắt tử cung.
  + Đình chỉ thai nghén vì bệnh lý của người mẹ (bệnh tim, huyết áp cao) có chỉ định cắt tử cung bán phần để nguyên thai trong tử cung (cắt tử cung cả khối)

III.CHUẨN BỊ

a. Người thực hiện

- Bác sĩ : 01 bác sĩ mổ chính, 02 bác sĩ phụ
- Điều dưỡng: 01 dụng cụ viên, 01 phụ dụng cụ
- Kỹ thuật viên: 01 bác sĩ vô cảm: 01. Phụ gây mê, vô cảm : 01

b. Phương tiện

- Bộ dụng cụ cắt tử cung

c. Người bệnh

- Chuẩn bị như các trưởng hợp mổ có chuẩn bị, được vệ sinh thụt tháo và sử dụng an thần trước mổ.

d. Hồ sơ bệnh án

- Theo quy định của Bộ Y tế

IV.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. **Thì 1: Mở thành bụng**

- Đường rạch ngang Pfannenstiel, đối với những trường hợp khó thì sử dụng đường trắng giữa dưới rốn.
- Chèn gạc cách ly tử cung với ruột
- Đặt van trên xương vệ và banh thành bụng.
- Bộc lộ tử cung, thăm dò phần phụ để xác định chỉ định cắt hay không cắt phần phụ

2. **Thì 2: Bộc lộ tử cung.**

- Cặp tử cung bằng kẹp cặp tử cung hoặc bằng chỉ khâu. Có thể đưa tử cung ra ngoài thành bụng và lệch sang phía đối diện của bên cắt.

3. **Thì 3: Cắt và thắt dây chằng tròn**

- Dùng hai kẹp có răng cặp dây chằng tròn cách xa chỗ tử cung khoảng 2-3 cm tùy theo tử cung to hay nhỏ. Dùng kéo cắt dây chằng tròn giữa hai kẹp. Khâu lại cuống mạch.

4. **Thì 4: Tách phúc mạc tử cung- bàng quang**

- Dùng kéo cong tách phúc mạc ở vùng eo tử cung (nơi phúc mạc di động) và cắt vòng ngang qua mặt trước tử cung, và vòng ra phía sau trên dây chằng tử cung cùng.
- Dùng kẹp cặp gạc gấp hình củ ấu nhỏ đẩy phúc mạc

5. **Thì 5: Cặp cắt và thắt dây chằng thắt lưng-vòi tử cung (nếu có chỉ định cắt buồng trứng)**

- Dùng hai kẹp có răng để kẹp 1/3 trên của dây chằng, kèm theo mạch máu đi sát dây chằng. Nếu để lại buồng trứng thì chú ý không làm tổn thương cuống động mạch buồng trứng.
- Cặp kẹp trên trước, sau đó cặp kẹp dưới cách nhau 1 cm. Dùng kéo cắt dây chằng sát với kẹp trên (sát với phần bỏ đi) để mỏm cắt phần dưới dài hơn, tránh tụt chỉ sau khi buộc mỏm cắt.
- Nếu cắt cả buồng trứng thì kẹp cặp luôn cả dây chằng vòi tử cung.
- Khâu buộc cuống mạch và dây chằng bằng mũi khâu số 8.

6. **Thì 6: Cặp cắt và thắt động mạch tử cung**

- Dùng kéo tách và cắt phúc mạc xiên từ ngoài vào trong và xuống dưới tận 1/3 giữa dây chằng tròn.

7. **Thì 7: Cắt động mạch tử cung**

- Kẹp thẳng góc mỗi bên động mạch tử cung ngang mức eo tử cung.
- Cắt hai động mạch tử cung sát với kẹp phía trên.
- Khâu buộc cuống mạch động mạch tử cung

8. **Thì 8: Cắt cổ tử cung**

- Dùng kéo cong, dao mổ hoặc dao điện cắt vòng quanh cổ tử cung chếch xuống dưới về phía lỗ cổ tử cung tạo thành hình chóp nông.

9. **Thì 9: Khâu mỏm cắt**

- Dùng kim cong sắc và chỉ Vicryl khâu mỏm cắt chữ X hoặc mũi rời. Khâu một lớp từ phải qua trái.

10. **Thì 10: Phủ phúc mạc mỏm cắt và cuống mạch**

- Dùng kim cong, chỉ tiêu nhỏ khâu lại phúc mạc mỏm cắt
- Lau sạch cùng đồ Douglas
- Kiểm tra ổ bụng, niệu quản

11. **Thì 11: Đóng thành bụng**

V. TAI BIẾN

- Chảy máu
- Nhiễm trùng
- Khối máu tụ
- Tắc mạch vùng hố chậu hoặc tĩnh mạch chi dưới
- Tổn thương niệu quản

VI. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản- Bộ Y tế 2013
2. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Từ Dũ 2016

PHẪU THUẬT MỞ BỤNG BÓC U XƠ TỬ CUNG

I.ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật bóc nhân xơ tử cung đường bụng nhằm mục đích lấy hoàn toàn nhân xơ nằm trong cơ tử cung, bảo tồn tử cung và hai phần phụ.

II. CHỈ ĐỊNH

- Tử cung có nhân xơ phát triển nhanh
- Nhân xơ phát triển gây chèn ép làm cho người bệnh đau.
- Nhân xơ thoái hóa, gây đau (phát hiện qua siêu âm)
- Nhân xơ phát triển vào niêm mạc gây chảy máu, ảnh hưởng đến sức khỏe.
- Bóc nhân xơ khi phẫu thuật lấy thai.

Điều kiện:

- Có nhân xơ rõ, các lớp xơ cơ đồng tâm, xung quanh là các tổ chức lỏng lẻo, dễ tách. Trên hình ảnh siêu âm tạo bờ rõ nét, khác biệt với tổ chức cơ.
- Không có quá nhiều nhân vì bóc tách nhiều sẽ gây chảy máu.
- Nhân xơ rõ trên tử cung không có dấu hiệu nhiễm trùng (đặc biệt là khi phẫu thuật bóc nhân xơ dưới niêm mạc).
- Vị trí nhân xơ cách xa sừng tử cung.
- Nhân xơ không quá to, kẹt vào vùng tiểu khung.
- Trong các trường hợp cần bảo tồn khả năng sinh sản cần thận trọng trong chỉ định vì có thể thất bại mà phải cắt tử cung.

III. CHUẨN BỊ

a. Người thực hiện

- Bác sĩ : 01 bác sĩ mổ chính, 02 bác sĩ phụ
- Điều dưỡng: 01 dụng cụ viên, 01 phụ dụng cụ
- Kỹ thuật viên: 01 bác sĩ vô cảm: 01. Phụ gây mê, vô cảm : 01

b. Phương tiện

- Bộ dụng cụ cắt tử cung

c. Người bệnh

- Chuẩn bị như các trưởng hợp mổ có chuẩn bị, được vệ sinh thụt tháo và sử dụng an thần trước mổ.

d. Hồ sơ bệnh án

- Theo quy định của Bộ Y tế

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Kiểm tra hồ sơ
- Theo quy định của Bộ Y tế
- Kiểm tra người bệnh
- Thăm khám, xét nghiệm để tiên lượng trước phẫu thuật vì có những tử cung to, xơ hóa mà không có nhân xơ tách biệt rõ ràng.
- Phát hiện các bệnh kết hợp, đặc biệt là nhiễm trùng phụ khoa để điều trị trước phẫu thuật.
- Chọn thời điểm sau khi sạch kinh để phẫu thuật.

1. **Thì 1: Mở thành bụng**

- Rạch thành bụng theo đường ngang nếu có nhân xơ nhỏ, dễ bóc tách, hoặc đường dọc giữa dưới rốn.

2. **Thì 2: Bộc lộ khối u để bóc tách**
3. **Thì 3: Dùng dao điện hoặc dao thường**

- Rạch TC ở vị trí khối xơ đảm bảo yêu cầu
  + Đường rạch gọn, gần chỗ lồi nhất của khối xơ.
  + Đường rạch càng gần đường giữa càng đỡ chảy máu
  + Đường rạch càng xa sừng tử cung càng đỡ dính tắc vòi tử cung
  + Đường rạch ở vị trí có thể bóc được nhiều nhân xơ.
  + Đường rạch đủ độ sâu đến vỏ ngoài nhân xơ mới có thể bóc tách được dễ dàng.

4. **Thì 4: Bóc tách khối u**

- Dùng cái kẹp hoặc sợi chỉ to khâu sâu vào khối u để giữ chắc khối u, vừa kéo vừa tách vỏ khối u bằng mũi kéo. Dùng ngón tay trỏ thăm dò các vùng dính và tách hẳn khối u ra ngoài.
- Có thể sử dụng vết rạch này để bóc các khối u khác. Động tác bóc tách cần nhẹ nhàng, tránh thủng buồng tử cung.
- Cầm máu bằng các mũi khâu chữ X hoặc bằng kẹp khi thấy rõ mạch máu.
- Không nên cặp ngang cơ tử cung vì sẽ làm cho cơ rách, gây chảy máu nhiều.

5. **Thì 5: Khâu kín khoang bóc tách**

- Khâu từng lớp bằng các mũi chữ X bằng chỉ Vicryl
- Lớp đầu tiên đảm bảo lấy hết đáy khoang bóc tách
- Các lớp sau đảm bảo khâu chồng qua lớp trước
- Đóng các lớp ngoài cùng bằng mũi khâu vắt và lộn méo rạch vào trong.

6. **Thì 6: Đóng bụng**

- Lau sạch ổ bụng
- Kiểm tra niệu quản

V. CHĂM SÓC SAU PHẪU THUẬT

- Đảm bảo sạch máu cục trong âm đạo, tránh nhiễm trùng từ âm đạo ngược lên.
- Ngồi dậy sớm để tránh biến chứng tắc mạch và nhiễm trùng, gây dính buồng tử cung và vô sinh.
- Theo dõi chu kỳ kinh sau phẫu thuật, nếu kinh trở lại là biểu hiện sự cân bằng hoạt động nội tiết và niêm mạc tử cung hồi phục bình thường.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu: tai biến hay gặp nhất
- Sử dụng các mũi chữ X cầm máu hoặc bằng kẹp máu tạm thời hoặc chèn gạc tạm thời.
- Chảy máu nhiều tiên lượng không cầm máu được phải cắt tử cung bán phần.
- Thủng khoang bóc tách u xơ thông với buồng tử cung

Nguyên nhân:

+ Động tác bóc tách thô bạo làm rách lớp cơ sâu, kéo theo niêm mạc tử cung.
+ Do mũi khâu sâu thủng qua niêm mạc tử cung
+ Trong ca này cần mở rộng buồng tử cung và dùng chỉ khâu lại niêm mạc tử cung.

VII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản- Bộ y tế 2013
2. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Từ Dũ 2016

PHẪU THUẬT MỞ BỤNG
CẮT U BUỒNG TRỨNG HOẶC CẮT PHẦN PHỤ

I.ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật mở ổ bụng để cắt buồng trứng, cắt vòi trứng, hay cắt cả phần phụ trong trường hợp chảy máu, ứ mủ hay xoắn buồng trứng và vòi trứng.

II. CHỈ ĐỊNH

- U nang buồng trứng hoặc phần phụ không có chỉ định mổ nội soi

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh đang hành kinh hoặc ra huyết bất thường mà chưa điều trị khỏi
- Đang mắc các bệnh nhiễm khuẩn hoặc các bệnh về máu,
- Các bệnh nội khoa không có chịu đựng được phẫu thuật

IV. CHUẨN BỊ

a. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa sản đã từng làm phẫu thuật trong sản phụ khoa.
- Kíp phẫu thuật rửa tay, mặc áo, đội mũ, đeo găng vô khuẩn.

b. Phương tiện

- Bộ trung phẫu hoặc đại phẫu

c. Người bệnh

- Khám toàn thân và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe và phát hiện những chống chỉ đinh.
- Được tư vấn kỹ về bệnh và kỹ thuật cũng như những tai biến có thể xảy ra.
- Nên mổ sau sạch kinh khoảng 1 tuần
- Vệ sinh tại chỗ, thụt tháo, sát khuẩn vùng bụng
- Gây mê nội khí quản

d. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án được chuẩn bị theo qui định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Trải khăn vô khuẩn.
- Mở bụng theo đường giữa dưới rốn hay đường ngang trên vệ vào ổ bụng.
- Bọc mép vết mổ.
- Cắt khối u buồng trứng
- Thăm khám đánh giá tình trạng khối u buồng trứng xem mức độ di động và dính với các tạng xung quanh.
- Nếu dính thì phải gỡ dính, trong khi gỡ dính tránh để khối u bị vỡ
- Chèn gạc xung quanh, tách biệt với khối u
- Nếu khối u nhỏ: dùng một (hoặc 2) kìm có răng to, chắc khỏe cặp cuống khối u (dây chằng thắt lưng – buồng trứng), càng sát khối u càng tốt.
- Dùng một (hoặc 2) kìm có răng to, chắc khỏe cặp cuống khối u, cách kìm trước 1 đến 1,5 cm
- Dùng kéo cong cắt bỏ khối u
- Khâu mỏm cắt.
- Nếu khối u to, sau khi bọc lót kỹ, có thể dùng 2 hoặc 3 kìm cặp lôi khối u lên, chọc một lỗ để hút bớt dịch trong khối u, sau đó dùng kìm kẹp mép khối u vừa mở, rồi tiến hành cắt khối u như trên.
- Trong trường hợp xác định khối u lành tính thì bóc tách khối u để lại phần buồng trứng lành: dùng dao rạch nhẹ trên phần khối u sát với phần buồng trứng lành; dùng kéo cong

đầu tù kết hợp với đầu ngón tay để bóc tách phần u buồng trứng ra khỏi phần lành; sau đó cầm máu kỹ.
- Kiểm tra xem có chảy máu không, nếu chỉ chưa được buộc chặt, hoặc khâu chưa hết tổn thương thì phải khâu tăng cường để cầm máu.
- Gửi bệnh phẩm xét nghiệm giải phẫu bệnh.
- Kiểm tra buồng trứng bên đối diện. Nếu nghi nghờ khối u vừa cắt bị ung thư thì cắt miếng nhỏ buồng trứng đối diện để xét nghiệm mô bệnh học
- Cắt phần phụ
- Thăm khám đánh giá tình trạng phần phụ xem có bị dính với các tạng xung quanh.
- Nếu dính thì phải gỡ dính, trong khi gỡ dính tránh để vỡ dịch (trong ca ứ mủ VTC)
- Dùng một kìm có răng to, chắc khỏe cặp dây chằng thắt lưng – buồng trứng và dây chằng rộng sát với tử cung
- Dùng một kìm có răng to, chắc khỏe cặp cách kìm trước 1 đến 1,5 cm
- Dùng kéo cong cắt bỏ phần phụ
- Khâu mỏm cắt bằng mũi thông thường hay mũi khâu số 8. Kiểm tra xem có còn rỉ máu không
- Lau sạch ổ bụng
- Đóng bụng theo các lớp, đóng da mũi rời hoặc trong da
- Sát khuẩn lại và băng vết thương

VI. THEO DÕI VÀ TAI BIẾN

- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn dưới tác động của CO2 và dịch soi buồng tử cung, dịch rửa ổ bụng khi soi ổ bụng.
- Thủng tử cung do quá trình soi buồng tử cung, đặc biệt khi nội soi buồng tử cung phẫu thuật.
- Tổn thương mạch máu, hệ tiết niệu, hệ tiêu hóa trong quá trình phẫu thuật.
- Nhiễm trùng, chảy máu trong.

VII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1.Quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản- Bộ y tế 2013
2.Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Từ Dũ 2016

PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U NANG BUỒNG TRỨNG XOẮN

I.ĐẠI CƯƠNG

Hiện nay nội soi đang dần chiếm ưu thế trong phẫu thuật cắt u buồng trứng hoặc phần phụ, tuy nhiên không phải tất cả vẫn các ca đều mổ nội soi được mà bắt buộc phải phải mở bụng để thực hiện các phẫu thuật trên vì dính hoặc mổ cũ nhiều lần hoặc có những chống chỉ định cho nội soi.

II.CHỈ ĐỊNH

- U buồng trứng xoắn, không nghi ngờ ác tính và không quá to, không quá dính.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

- Đang mắc các bệnh nhiễm khuẩn hoặc các bệnh về máu.
- Các bệnh nội khoa và các trường hợp có chống chỉ định mổ nội soi.
- Khối u dính nhiều, phẫu thuật ổ bụng nhiều lần.
- Ung thư buồng trứng.

III.CHUẨN BỊ

a. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên ngành sản phụ khoa được đào tạo về phẫu thuật nội soi.
- Kíp phẫu thuật rửa tay, mặc áo, đội mũ, đeo găng vô khuẩn.

b. Phương tiện

- Bộ phẫu thuật nội soi.
- Dàn máy và phương tiện nội soi ổ bụng.

c. Người bệnh

- Khám toàn thân và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe và phát hiện những chống chỉ đinh.
- Được tư vấn kỹ về bệnh và kỹ thuật cũng như những tai biến có thể xảy ra.
- Nên mổ sau sạch kinh khoảng 1 tuần
- Vệ sinh tại chỗ, thụt tháo.
- Sát khuẩn vùng bụng, trải khăn vô khuẩn
- Gây mê nội khí quản

d. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án được chuẩn bị theo qui định

IV.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Bơm hơi ổ phúc mạc (qua kim hoặc qua trocart);
- Đưa đèn soi vào ổ bụng;

1. **Cắt khối u buồng trứng qua nội soi:**

- Thăm khám đánh giá tình trạng khối u buồng trứng xem mức độ di động và dính với các tạng xung quanh.
- Nếu dính thì phải gỡ dính, trong khi gỡ dính tránh để khối u bị vỡ.
- Nếu dính nhiều tiên lượng khó khăn khi cắt bằng nội soi thì phải chuyển sang mổ mở.

Bóc u nang buồng trứng:

- Dùng dao một cực rạch trên mặt khối u dài khoảng 2cm sát với buồng trứng lành
- Dùng forcep nhỏ cặp một bên mép của vết rạch khối u và kéo lên cao
- Dùng que gẩy, bóc tách dần khối u khỏi vỏ u
- Khi đã đến đáy (cuống) khối u, tùy thuộc vào tình trạng của khối u:

+ Nếu u nhỏ, tiên lượng không chảy máu thì bóc lấy hết khối u.

+ Nếu nguy cơ chảy máu ở cuống khối u thì dùng dao điện 2 cực đốt tổ chức dưới đáy khối u, dùng kéo hoặc dao một cực cắt cuống khối u.

- Lấy bệnh phẩm qua túi và gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh lý.
- Kiểm tra xem có chảy máu không, nếu cần thì cầm máu bằng dao hai cực.
- Rút các trocart, khâu lại chỗ rạch bụng

Cắt khối u:

- Dùng dao 2 cực cặp và đốt cuống khối u từ dây chằng thắt lưng - buồng trứng
- Dùng kéo hoặc dao một cực cắt cuống khối u
- Lấy bệnh phẩm qua túi và gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh lý.
- Kiểm tra xem có chảy máu không, nếu cần thì cầm máu bằng dao hai cực.
- Kiểm tra buồng trứng bên đối diện.

+ Nếu nghi nghờ khối u vừa cắt bị ung thư thì cắt miếng nhỏ (sinh thiết) buồng trứng đối diện để xét nghiệm mô bệnh học

- Rút các trocart, khâu lại chỗ rạch bụng

Ghi chú: Nếu khối u to, chọc hút bớt dịch rồi tiến hành như trên

2. **Cắt phần phụ:**

- Thăm khám đánh giá tình trạng phần phụ xem có bị dính với các tạng xung quanh.
- Nếu dính thì phải gỡ dính, trong khi gỡ dính tránh để vỡ dịch (trong ứ mủ VTC)
- Dùng dao 2 cực cặp và đốt cuống khối u bao gồm dây chằng rộng và mạc treo vòi - buồng trứng
- Dùng kéo hoặc dao một cực cắt cuống dây chằng thắt lưng buồng trứng và dây chằng rộng
- Lấy bệnh phẩm qua túi và gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh lý.
- Kiểm tra xem có chảy máu không, nếu cần thì cầm máu bằng dao hai cực.
- Rút các trocart, khâu lại chỗ rạch bụng

V. THEO DÕI

- Theo dõi xem băng có bị thấm máu không
- Vết mổ có bị bầm tím do máu
- Sưng đỏ do viêm nhiễm
- Theo dõi tình trạng nước tiểu: có máu không và số lượng trong 24 giờ
- Cắt chỉ sau mổ 5 ngày
- Bình thường ra viện sau 24 hoặc 48 giờ

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Tai biến và xử trí nói chung giống như nội soi ổ bụng thông thường
- Nếu chảy máu không cầm được thì phải chuyển mổ mở

VII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản- Bộ Y tế 2013
2. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Từ Dũ 2016

PHẪU THUẬT NỘI SOI
CẮT U NANG BUỒNG TRỨNG, NANG CẠNH VÒI TỬ CUNG

I.ĐẠI CƯƠNG

Hiện nay nội soi đang dần chiếm ưu thế trong phẫu thuật cắt u buồng trứng hoặc phần phụ, tuy nhiên không phải tất cả vẫn các ca đều mổ nội soi được mà bắt buộc phải phải mở bụng để thực hiện các phẫu thuật trên vì dính hoặc mổ cũ nhiều lần hoặc có những chống chỉ định cho nội soi.

II.CHỈ ĐỊNH

- U buồng trứng không nghi ngờ ác tính và không quá to, không quá dính.
- Nang nước cạnh vòi trứng.
- Ung thư vú có chỉ định cắt buồng trứng.

III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh đang trong chu kỳ kinh hoặc ra huyết bất thường mà chưa điều trị khỏi.
- Đang mắc các bệnh nhiễm khuẩn hoặc các bệnh về máu.
- Các bệnh nội khoa và các trường hợp có chống chỉ định mổ nội soi.
- Khối u dính nhiều, phẫu thuật ổ bụng nhiều lần. - Ung thư buồng trứng.

IV.CHUẨN BỊ

a. Người thực hiện:

- Bác sĩ chuyên ngành sản phụ khoa được đào tạo về phẫu thuật nội soi.
- Kíp phẫu thuật rửa tay, mặc áo, đội mũ, đeo găng vô khuẩn.

b. Phương tiện

- Bộ phẫu thuật nội soi.
- Dàn máy và phương tiện nội soi ổ bụng.

c. Người bệnh

- Khám toàn thân và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe và phát hiện những chống chỉ đinh.
- Được tư vấn kỹ về bệnh và kỹ thuật cũng như những tai biến có thể xảy ra.
- Nên mổ sau sạch kinh khoảng 1 tuần
- Vệ sinh tại chỗ, thụt tháo.
- Sát khuẩn vùng bụng, trải khăn vô khuẩn
- Gây mê nội khí quản

d. Hồ sơ bệnh án:

- Hồ sơ bệnh án được chuẩn bị theo qui định

V.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Bơm hơi ổ phúc mạc (qua kim hoặc qua trocart);
- Đưa đèn soi vào ổ bụng;

Cắt khối u buồng trứng qua nội soi:

- Thăm khám đánh giá tình trạng khối u buồng trứng xem mức độ di động và dính với các tạng xung quanh.

  + Nếu dính thì phải gỡ dính, trong khi gỡ dính tránh để khối u bị vỡ.

  + Nếu dính nhiều tiên lượng khó khăn khi cắt bằng nội soi thì phải chuyển sang mổ mở

Bóc u nang buồng trứng:

- Dùng dao một cực rạch trên mặt khối u dài khoảng 2cm sát với buồng trứng lành

- Dùng forcep nhỏ cặp một bên mép của vết rạch khối u và kéo lên cao
- Dùng que gẩy, bóc tách dần khối u khỏi vỏ u
- Khi đã đến đáy (cuống) khối u, tùy thuộc vào tình trạng của khối u:
  + Nếu u nhỏ, tiên lượng không chảy máu thì bóc lấy hết khối u.
  + Nếu nguy cơ chảy máu ở cuống khối u thì dùng dao điện 2 cực đốt tổ chức dưới đáy khối u, dùng kéo hoặc dao một cực cắt cuống khối u.
- Lấy bệnh phẩm qua túi và gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh lý.
- Kiểm tra xem có chảy máu không, nếu cần thì cầm máu bằng dao hai cực.
- Rút các trocart, khâu lại chỗ rạch bụng

Cắt khối u:

- Dùng dao 2 cực cặp và đốt cuống khối u từ dây chằng thắt lưng - buồng trứng
- Dùng kéo hoặc dao một cực cắt cuống khối u
- Lấy bệnh phẩm qua túi và gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh lý.
- Kiểm tra xem có chảy máu không, nếu cần thì cầm máu bằng dao hai cực.
- Kiểm tra buồng trứng bên đối diện.
  + Nếu nghi nghờ khối u vừa cắt bị ung thư thì cắt miếng nhỏ (sinh thiết) buồng trứng đối diện để xét nghiệm mô bệnh học
- Rút các trocart, khâu lại chỗ rạch bụng

Ghi chú: Nếu khối u to, chọc hút bớt dịch rồi tiến hành như trên

Cắt phần phụ:

- Thăm khám đánh giá tình trạng phần phụ xem có bị dính với các tạng xung quanh.
  + Nếu dính thì phải gỡ dính, trong khi gỡ dính tránh để vỡ dịch (trong ứ mủ VTC)
- Dùng dao 2 cực cặp và đốt cuống khối u bao gồm dây chằng rộng và mạc treo vòi - buồng trứng
- Dùng kéo hoặc dao một cực cắt cuống dây chằng thắt lưng buồng trứng và dây chằng rộng
- Lấy bệnh phẩm qua túi và gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh lý.
- Kiểm tra xem có chảy máu không, nếu cần thì cầm máu bằng dao hai cực.
- Rút các trocart, khâu lại chỗ rạch bụng

VI.THEO DÕI

- Theo dõi xem băng có bị thấm máu không
- Vết mổ có bị bầm tím do máu
- Sưng đỏ do viêm nhiễm
- Theo dõi tình trạng nước tiểu: có máu không và số lượng trong 24 giờ
- Cắt chỉ sau mổ 5 ngày
- Bình thường ra viện sau 24 hoặc 48 giờ

VII.TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Tai biến và xử trí nói chung giống như nội soi ổ bụng thông thường
- Nếu chảy máu không cầm được thì phải chuyển mổ mở

VIII.TÀI LIỆU THAM KHẢO

1.Quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản- Bộ y tế 2013
2.Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Từ Dũ 2016

PHẪU THUẬT NỘI SOI
CẮT U NANG BUỒNG TRỨNG KÈM TRIỆT SẢN

I.ĐẠI CƯƠNG

Hiện nay nội soi đang dần chiếm ưu thế trong phẫu thuật cắt u buồng trứng hoặc phần phụ, tuy nhiên không phải tất cả vẫn các ca đều mổ nội soi được mà bắt buộc phải phải mở bụng để thực hiện các phẫu thuật trên vì dính hoặc mổ cũ nhiều lần hoặc có những chống chỉ định cho nội soi.

II.CHỈ ĐỊNH

- U buồng trứng không nghi ngờ ác tính và không quá to, không quá dính.
- Nang nước cạnh vòi trứng.
- Ung thư vú có chỉ định cắt buồng trứng.
- Người bệnh đủ con có nhu cầu triệt sản.

III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh đang trong chu kỳ kinh hoặc ra huyết bất thường mà chưa điều trị khỏi.
- Đang mắc các bệnh nhiễm khuẩn hoặc các bệnh về máu.
- Các bệnh nội khoa và các trường hợp có chống chỉ định mổ nội soi.
- Khối u dính nhiều, phẫu thuật ổ bụng nhiều lần.
- Ung thư buồng trứng.

IV.CHUẨN BỊ

a. Người thực hiện:

- Bác sĩ chuyên ngành sản phụ khoa được đào tạo về phẫu thuật nội soi.
- Kíp phẫu thuật rửa tay, mặc áo, đội mũ, đeo găng vô khuẩn.

b. Phương tiện

- Bộ phẫu thuật nội soi.
- Dàn máy và phương tiện nội soi ổ bụng.

c. Người bệnh:

- Khám toàn thân và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe và phát hiện những chống chỉ đinh.
- Được tư vấn kỹ về bệnh và kỹ thuật cũng như những tai biến có thể xảy ra.
- Nên mổ sau sạch kinh khoảng 1 tuần
- Vệ sinh tại chỗ, thụt tháo.
- Sát khuẩn vùng bụng, trải khăn vô khuẩn
- Gây mê nội khí quản

d. Hồ sơ bệnh án:

- Hồ sơ bệnh án được chuẩn bị theo qui định

V.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Bơm hơi ổ phúc mạc (qua kim hoặc qua trocart);
- Đưa đèn soi vào ổ bụng;

Cắt khối u buồng trứng qua nội soi:

- Thăm khám đánh giá tình trạng khối u buồng trứng xem mức độ di động và dính với các tạng xung quanh.

+ Nếu dính thì phải gỡ dính, trong khi gỡ dính tránh để khối u bị vỡ.

+ Nếu dính nhiều tiên lượng khó khăn khi cắt bằng nội soi thì phải chuyển sang mổ mở

Bóc u nang buồng trứng:

- Dùng dao một cực rạch trên mặt khối u dài khoảng 2cm sát với buồng trứng lành

- Dùng forcep nhỏ cặp một bên mép của vết rạch khối u và kéo lên cao
- Dùng que gẩy, bóc tách dần khối u khỏi vỏ u
- Khi đã đến đáy (cuống) khối u, tùy thuộc vào tình trạng của khối u:
  + Nếu u nhỏ, tiên lượng không chảy máu thì bóc lấy hết khối u.
  + Nếu nguy cơ chảy máu ở cuống khối u thì dùng dao điện 2 cực đốt tổ chức dưới đáy khối u, dùng kéo hoặc dao một cực cắt cuống khối u.
- Lấy bệnh phẩm qua túi và gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh lý.
- Kiểm tra xem có chảy máu không, nếu cần thì cầm máu bằng dao hai cực.
- Rút các trocart, khâu lại chỗ rạch bụng

Cắt khối u:

- Dùng dao 2 cực cặp và đốt cuống khối u từ dây chằng thắt lưng - buồng trứng
- Dùng kéo hoặc dao một cực cắt cuống khối u
- Lấy bệnh phẩm qua túi và gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh lý.
- Kiểm tra xem có chảy máu không, nếu cần thì cầm máu bằng dao hai cực.
- Rút các trocart, khâu lại chỗ rạch bụng

Ghi chú: Nếu khối u to, chọc hút bớt dịch rồi tiến hành như trên

Cắt phần phụ 2 bên:

- Thăm khám đánh giá tình trạng phần phụ xem có bị dính với các tạng xung quanh.
- Nếu dính thì phải gỡ dính, trong khi gỡ dính tránh để vỡ dịch (trong ứ mủ VTC)
- Dùng dao 2 cực cặp và đốt cuống khối u bao gồm dây chằng rộng và mạc treo vòi - buồng trứng
- Dùng kéo hoặc dao một cực cắt cuống dây chằng thắt lưng buồng trứng và dây chằng rộng
- Lấy bệnh phẩm qua túi và gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh lý.
- Kiểm tra xem có chảy máu không, nếu cần thì cầm máu bằng dao hai cực.
- Rút các trocart, khâu lại chỗ rạch bụng

VI.THEO DÕI:

- Theo dõi xem băng có bị thấm máu không
- Vết mổ có bị bầm tím do máu
- Sưng đỏ do viêm nhiễm
- Theo dõi tình trạng nước tiểu: có máu không và số lượng trong 24 giờ
- Cắt chỉ sau mổ 5 ngày
- Bình thường ra viện sau 24 hoặc 48 giờ

VII.TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Tai biến và xử trí nói chung giống như nội soi ổ bụng thông thường
- Nếu chảy máu không cầm được thì phải chuyển mổ mở

VIII.TÀI LIỆU THAM KHẢO

1.Quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản- Bộ y tế 2013
2.Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Từ Dũ 2016

PHẪU THUẬT NỘI SOI
THAI NGOÀI TỬ CUNG THỂ HUYẾT TỤ THÀNH NANG

I.ĐẠI CƯƠNG:

Thai ngoài tử cung là trường hợp trứng sau khi đã thụ tinh không làm tổ và phát triển trong buồng tử cung mà phát triển ở bên ngoài buồng tử cung Huyết tụ thành nang là những trường hợp thai ngoài tử cung vỡ, máu chảy rỉ rả và tụ lại ở cùng đồ sau. Ruột mạc nối sẽ đến bao bọc khối máu và vòi trứng lại thành một khối nang. Người bệnh sẽ có những dấu hiệu giống như thai ngoài tử cung chưa vỡ với rong huyết và đau vùng bụng dưới kéo dài, sẽ có một lúc đau nhói nhiều rồi lại giảm đi, nhưng sau đó lại cảm thấy muốn đi cầu, muốn rặn hoặc đi tiểu lắc nhắc nhiều lần.

II.CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

- Suy hô hấp nặng, suy tim.
- Tăng áp lực nội sọ.
- Thoát vị cơ hoành.
- Viêm phúc mạc toàn thể hoặc tại tiểu khung.
- Nhiễm trùng có mủ ở thành bụng trước
- Tràn máu ổ bụng đã ảnh hưởng đến huyết động
- Tiền sử đã được điều trị phóng xạ vùng bụng- hố chậu
- Nghi dính ổ bụng
- Khối u bụng có kích thước lớn
- Thoát vị rốn, đùi bẹn
- Béo phì quá mức

III.CHUẨN BỊ

a. Người thực hiện:

- Bác sĩ chuyên ngành sản phụ khoa được đào tạo về phẫu thuật nội soi.
- Kíp phẫu thuật rửa tay, mặc áo, đội mũ, đeo găng vô khuẩn.

b. Phương tiện:

- Bộ phẫu thuật nội soi.
- Dàn máy và phương tiện nội soi ổ bụng.

c. Người bệnh

- Khám toàn thân và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe và phát hiện những chống chỉ đinh.
- Được tư vấn kỹ về bệnh và kỹ thuật cũng như những tai biến có thể xảy ra.
- Vệ sinh tại chỗ, thụt tháo.
- Sát khuẩn vùng bụng, trải khăn vô khuẩn
- Gây mê nội khí quản

d. Hồ sơ bệnh án:

- Hồ sơ bệnh án được chuẩn bị theo qui định

IV.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:

- Người bệnh được sát khuẩn vùng bụng, đùi. Đặt ống thông tiểu trước khi tiến hành phẫu thuật.
- Gây mê toàn thân và thở máy.
- Chọc trocart và bơm CO2 vào ổ bụng 112
- Rạch dưới rốn 5 hoặc 10mm (phù hợp với đèn soi)

- Nâng thành bụng lên cao để chọc kim (hoặc chọc ngay troca 5 hoặc troca 10 nếu phẫu thuật viên có kinh nghiệm), dùng nước nhỏ vào đốc kim kiểm tra xem đầu kim đã nằm trong ổ bụng chưa.
- Bơm CO_2 vào ổ bụng, tốc độ bơm khí được đặt 3 lít/phút. Cảm ứng tắt tự động nếu áp lực bơm trên 15-20 mm Hg
- Chọc troca 5 hoặc 10 - Đưa đèn soi. Kiểm tra xem trocart đã nằm trong ổ bụng chưa.
- Chọc 2 trocart 10 ở hai bên hố chậu, gần mào chậu, chú ý tránh chọc vào mạch máu.
- Kiểm tra tử cung và các tạng xung quanh, phẫu thuật thường khó khăn vì dính. Phải gỡ rất nhẹ nhàng các quai ruột và mạc nối lớn bao quan đám huyết tụ cho khỏi thủng ruột hoặc mất thanh mạc ruột. Lấy đi tất cả các cục máu.
  + Nếu tìm thấy vòi trứng bị vỡ thì cặp cắt, nhưng nhiều khi vòi trứng nằm lẫn trong khối máu cục thì khó tìm thấy. Rửa sạch tiểu khung và cầm máu những chỗ rỉ máu bằng khâu ép và đắp huyết thanh nóng. Không cần dẫn lưu nếu toàn máu cục.
- Lau ổ bụng, kiểm tra vòi trứng còn lại, buồng trứng 2 bên, tử cung
- Tháo CO_2, rút 2 trocart ở hố chậu trước, trocart ở rốn có đèn soi rút sau cùng
- Khâu da

V. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu sau mổ có thể do tuột chỉ hoặc lỏng nút buộc.
  + Dấu hiệu choáng tụt huyết áp, tình trạng thiếu máu cấp, ổ bụng có dịch... phải mổ lại để cầm máu đồng thời hồi sức tích cực, điều chỉnh rối loạn đông máu, bồi phụ thể tích tuần hoàn.
- Viêm phúc mạc sau mổ hiếm gặp, phải tiến hành hồi sức, điều trị bằng kháng sinh phối hợp, liều cao và mổ lại để rửa ổ bụng, dẫn lưu

VI. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản- Bộ Y tế 2013
2. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Từ Dũ 2016
3. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

PHẪU THUẬT NỘI SOI
CẮT U BUỒNG TRỨNG HOẶC CẮT PHẦN PHỤ

I.ĐẠI CƯƠNG

Hiện nay nội soi đang dần chiếm ưu thế trong phẫu thuật cắt u buồng trứng hoặc phần phụ, tuy nhiên không phải tất cả vẫn các ca đều mổ nội soi được mà bắt buộc phải phải mở bụng để thực hiện các phẫu thuật trên vì dính hoặc mổ cũ nhiều lần hoặc có những chống chỉ định cho nội soi.

II.CHỈ ĐỊNH

- U buồng trứng không nghi ngờ ác tính và không quá to, không quá dính.
- Nang nước cạnh vòi trứng.
- Viêm ứ mủ vòi trứng.
- Ung thư vú có chỉ định cắt buồng trứng.

III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh đang trong chu kỳ kinh hoặc ra huyết bất thường mà chưa điều trị khỏi.
- Đang mắc các bệnh nhiễm khuẩn hoặc các bệnh về máu.
- Các bệnh nội khoa và các trường hợp có chống chỉ định mổ nội soi.
- Khối u dính nhiều, phẫu thuật ổ bụng nhiều lần.
- Ung thư buồng trứng.

IV.CHUẨN BỊ

a. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên ngành sản phụ khoa được đào tạo về phẫu thuật nội soi.
- Kíp phẫu thuật rửa tay, mặc áo, đội mũ, đeo găng vô khuẩn.

b. Phương tiện

- Bộ phẫu thuật nội soi.
- Dàn máy và phương tiện nội soi ổ bụng.

c. Người bệnh

- Khám toàn thân và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe và phát hiện những chống chỉ đinh.
- Được tư vấn kỹ về bệnh và kỹ thuật cũng như những tai biến có thể xảy ra.
- Nên mổ sau sạch kinh khoảng 1 tuần
- Vệ sinh tại chỗ, thụt tháo.
- Sát khuẩn vùng bụng, trải khăn vô khuẩn
- Gây mê nội khí quản

d. Hồ sơ bệnh án:

- Hồ sơ bệnh án được chuẩn bị theo qui định

V.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Bơm hơi ổ phúc mạc (qua kim hoặc qua trocart);
- Đưa đèn soi vào ổ bụng;

Cắt khối u buồng trứng qua nội soi

- Thăm khám đánh giá tình trạng khối u buồng trứng xem mức độ di động và dính với các tạng xung quanh.

  + Nếu dính thì phải gỡ dính, trong khi gỡ dính tránh để khối u bị vỡ.

  + Nếu dính nhiều tiên lượng khó khăn khi cắt bằng nội soi thì phải chuyển sang mổ mở

Cắt u nang buồng trứng

- Dùng dao đốt đơn cực rạch hoặc kéo cắt trên mặt khối u dài khoảng 2cm ở bờ tự do

đối diện mạc treo buồng trứng .
- Đường rạch đủ rộng không xé toạc buồng trứng
- Dùng forcep nhỏ cặp một bên mép của vết rạch khối u và kéo lên cao
- Dùng cây nước bóc tách dần khối u khỏi vỏ u
- Khi đã đến đáy (cuống) khối u, tùy thuộc vào tình trạng của khối u:
  + Nếu u nhỏ, tiên lượng không chảy máu thì bóc lấy hết khối u.
  + Nếu nguy cơ chảy máu ở cuống khối u thì dùng dao đốt lưỡng cực đốt tổ chức dưới đáy khối u, dùng kéo hoặc dao đốt đơn cực cắt cuống khối u.
- Lấy bệnh phẩm qua túi và gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh lý.
- Cầm máu bắt đầu từ trung tâm.
- Đốt cuộn mép vào trong của bờ vết rạch.
- Kiểm tra xem có chảy máu không, nếu cần thì cầm máu bằng dao đốt lưỡng cực.
- Rút các trocart, khâu lại chỗ rạch bụng

Cắt phần phụ

- Thăm khám đánh giá tình trạng phần phụ xem có bị dính với các tạng xung quanh.
  + Nếu dính thì phải gỡ dính, trong khi gỡ dính tránh để vỡ dịch (trong ứ mủ VT)
- Tạo cửa sổ ở dây chằng rộng (để tránh niệu quản, mở vùng vô mạch giới hạn bởi động mạch chậu ngoài, vòi trứng- buồng trứng và dây chằng tròn)
- Mở rộng cửa sổ theo chiều trước sau
- Dùng dao đốt lưỡng cực cặp và đốt bó thắt lưng buồng trứng, dây chằng thắt lưng buồng trứng, vòi trứng
- Dùng kéo hoặc dao đốt đơn cực cắt bó thắt lưng buồng trứng và cuống dây chằng thắt lưng buồng trứng, dây chằng rộng
- Lấy bệnh phẩm qua túi và gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh lý.
- Kiểm tra xem có chảy máu không, nếu cần thì cầm máu bằng dao đốt lưỡng cực.
- Rút các trocart, khâu lại chỗ rạch bụng

VI.THEO DÕI

- Theo dõi xem băng có bị thấm máu không
- Vết mổ có bị bầm tím do máuSưng đỏ do viêm nhiễm
- Theo dõi tình trạng nước tiểu: có máu không và số lượng trong 24 giờ
- Cắt chỉ sau mổ 5 ngày
- Bình thường ra viện sau 24 hoặc 48 giờ

VII.TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Tai biến và xử trí nói chung giống như nội soi ổ bụng thông thường

VIII.TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản- Bộ Y tế 2013
2. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Từ Dũ 2016
3. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

PHẪU THUẬT THAI NGOÀI TỬ CUNG VỠ

I.ĐỊNH NGHĨA

Chửa ngoài tử cung là hiện tượng trứng đã thụ tinh làm tổ ở ngoài buồng tử cung (ở vòi trứng, buồng trứng, ổ bụng,…). Khi thai phát triển to lên, vòi trứng, buồng trứng sẽ nứt vỡ gây chảy máu trong ổ bụng gọi là chửa ngoài tử cung vỡ, cần phải phẫu thuật cấp cứu

Các vị trí của chửa ngoài tử cung: vòi tử cung (chủ yếu), buồng trứng, ống cổ tử cung, ổ bụng

Nguyên tắc điều trị:

Mổ cấp cứu, hồi sức tích cực trước, trong và sau phẫu thuật

II.CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có choáng hoặc huyết động không ổn định
- Việc tiếp cận nội soi quá khó khăn như dính nhiều vùng tiểu khung

III.CHUẨN BỊ

a. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa sản đã từng làm phẫu thuật trong sản phụ khoa Kíp phẫu thuật rửa tay, mặc áo, đội mũ, đeo găng vô khuẩn

b. Phương tiện, thuốc

- Bộ phẫu thuật ổ bụng
- Các loại dịch truyền thay máu và các thuốc hồi sức Thuốc tiền mê, gây mê, nội khí quản Máu cùng loại trong ca mất máu nhiều cần truyền máu cấp cứu

c. Người bệnh

- Được tư vấn về lý do phải mổ cấp cứu và nguy cơ có thể xảy ra, ký giấy cam
- đoan mổ. Nếu người bệnh choáng nặng thì người nhà ký thay Vệ sinh vùng bụng và âm hộ, thông tiểu sát khuẩn thành bụng vùng mổ Tiền mê, hồi sức tích cực trong ca choáng mất máu nặng
- Gây mê nội khí quản để chủ động về hô hấp và tuần hoàn trong khi mổ

IV.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Rạch bụng đường giữa dưới rốn hoặc đường ngang trên vệ, qua các lớp da, cân, cơ, phúc mạc để vào ổ bụng
- Dùng 2 panh kẹp nhấc phúc mạc lên cao và mở phúc mạc. Kiểm tra xem có máu trong ổ bụng, máu màu gì

  + Nếu có nhiều máu đỏ tươi: múc máu trong ổ bụng đổ vào chai có chứa Natri citrat qua phễu có 8 lần gạc để lọc lấy lại máu truyền cho người bệnh

  + Nếu máu trong bụng mầu nâu sẫm hoặc hơi đen là máu chảy đã lâu có thể bị vỡ hồng cầu, không nên truyền hoàn hồi
- Cho tay vào tìm đáy tử cung kẹp kéo lên cao kiểm tra 2 bên vòi tử cung, buồng trứng tìm chỗ vòi trứng tổn thương kẹp lại cầm máu
- Mở rộng thành bụng bằng hai panh Harmann kéo sang hai bên, nếu vòi tử cung bị vỡ, máu chảy nhiều nên cắt bỏ vòi tử cung cầm máu, dùng kìm có mấu kẹp sát với tử cung, nơi mạc treo vòi ít mạch máu, dùng kéo cắt khối chửa tới sát tai vòi tử cung

  + Nếu tổn thương ở vòi tử cung có thể bảo tồn thì khâu phục hồi vòi trứng khi người bệnh trẻ, chưa đủ con
- Khâu cuống mạch bên vòi tử cung bị cắt bằng chỉ tự tiêu và buộc chặt cầm
- máu

  + Nếu chửa ở đoạn kẽ tử cung (khối chửa nằm ngoài dây chằng tròn) thì có thể cắt góc

tử cung hay cắt tử cung bán phần nếu người bệnh có 2 con, trên 35 tuổi

+ Nếu chửa ngoài tử cung ở buồng trứng thì cắt vùng buồng trứng tổn thương, khâu cầm máu bằng chỉ tự tiêu vắt cầm máu

- Cho nằm đầu cao, lau sạch ổ bụng, kiểm tra lại tiểu khung, 2 vòi tử cung, buồng trứng, cùng đồ và các tạng lân cận
- Không đặt dẫn lưu
- Đóng thành bụng theo lớp giải phẫu. Truyền máu hoàn hồi cho người bệnh hoặc dịch thay máu và máu tươi nếu
- cần

V.TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu sau phẫu thuật: trong 6 giờ đầu phải theo dõi mạch, huyết áp và toàn trạng tại phòng hồi tỉnh (chăm sóc cấp I). Nếu mạch nhanh, huyết áp giảm, bụng gõ đục, siêu âm có nhiều dịch tự do, phải nghĩ đến chảy máu trong, có thể do tuột chỉ khâu diện cắt vòi tử cung. Cần phải phẫu thuật lại ngay để cầm máu
- Nhiễm khuẩn: trong khi phẫu thuật phải lau sạch lấy hết máu đọng và máu cục trong ổ bụng để tránh nhiễm khuẩn. Tuy nhiên tránh lau kỹ quá gây dính ổ bụng vì thanh mạc bị tổn thương. Phải cho kháng sinh toàn thân liều điều trị để dự phòng nhiễm khuẩn, đặc biệt là khi truyền máu hoàn hồi

VI.TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản- Bộ Y tế 2013
2. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Từ Dũ 2016
3. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

PHẪU THUẬT NỘI SOI GEU CHƯA VỠ

I.ĐẠI CƯƠNG:

Thai ngoài tử cung là hiện tượng trứng đã thụ tinh làm tổ ở ngoài buồng tử cung.

Các vị trí của thai ngoài tử cung: vòi tử cung (chiếm 95 – 98%), buồng trứng, ống cổ tử cung, ổ bụng.

Phẫu thuật nội soi thai ngoài tử cung là một phương pháp dùng để chẩn đoán sớm và điều trị có hiệu quả các trường hợp thai ngoài tử cung chưa vỡ hoặc thai ngoài tử cung vỡ với lượng máu trong ổ bụng chưa nhiều, chưa ảnh hưởng đến toàn trạng của người bệnh.

II. CHỈ ĐINH:

- Thai ngoài tử cung với huyết động ổn định.
- Chẩn đoán các trường hợp nghi ngờ thai ngoài tử cung
- Các yếu tố nguy cơ của Bruhat:

STT	Yếu tố nguy cơ	Số điểm
1	Tiền sử thai ngoài tử cung	2
2	Sau đó mỗi lần thai ngoài tử cung thêm	1
3	Tiền sử gỡ dính qua nội soi	1
4	Tiền sử mổ vi phẫu vòi tử cung	2
5	Chỉ có 1 vòi tử cung	2
6	Tiền sử viêm vòi tử cung	1
7	Có dính cùng bên	1
8	Có dính bên đối diện	1

- Căn cứ vào tổng số điểm để có phương pháp điều trị:

Từ 0-3 điểm: Nội soi bảo tồn vòi tử cung, nếu người bệnh còn nhu cầu sinh đẻ

4 điểm: Nội soi cắt vòi tử cung

≥ 5 điểm: Nội soi cắt vòi tử cung và triệt sản bên đối diện

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

- Các trường hợp có chống chỉ định phẫu thuật nội soi ổ bụng
- Thai ngoài tử cung vỡ gây trụy mạch.
- Không bảo tồn vòi tử cung trong trường hợp huyết tụ thành nang hoặc đã có hoạt động tim thai.

IV. CHUẨN BỊ:

a. Người thực hiện:

- BS chuyên khoa Phụ sản có kinh nghiệm, được đào tạo và có kỹ năng về phẫu thuật nội soi

b. Phương tiện :

- Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi

c. Người bệnh:

- Khám toàn thân và khám chuyên khoa để đánh giá toàn trạng người bệnh có chỉ định mổ nội soi không
- Tư vấn cho người bệnh về lý do phẫu thuật, các nguy cơ của phẫu thuật, tương lai sinh sản sau này, các biện pháp tránh thai có thể được áp dụng và nguy cơ thai ngoài tử cung tái phát
- Người bệnh ký cam đoan phẫu thuật
- Thụt tháo
- Vệ sinh vùng bụng và âm hộ, thông đái, sát khuẩn thành bụng vùng mổ
- Gây mê nội khí quản

d. Hồ sơ bệnh án:

- Hồ sơ phẫu thuật theo quy định.

V. CÁC BƯỚC THỰC HÀNH:

1. Thì 1: Bơm CO2

- Điểm chọc kim bơm CO2 thường ở ngay mép dưới rốn cũng là nơi chọc trocart đèn soi (đây là điểm chọc phổ biến nhất). Trong ca có sẹo mổ cũ đường trắng giữa dưới rốn thì có thể chọc kim ở vị trí hạ sườn trái hoặc nội soi mở.
- Có thể chọc trocart ở mép dưới rốn sau đó bơm CO2.
- Bơm CO2 đến áp lực mong muốn (khoảng 15mmHg)

2. Thì 2: Chọc Trocart

- Chọc trocart đèn soi (trocart 10 hoặc 5) ở ngay mép rốn và trocart phẫu thuật ở trên vệ

3. Thì 3: Đánh giá ổ bụng và tiểu khung

- Hút hết máu, rửa ổ bụng, đánh giá toàn bộ ổ bụng và tiểu khung đặc biệt là vị trí, tình trạng khối thai và vòi tử cung bên đối diện.

4. Thì 4:

Cắt vòi tử cung triệt để:

- Cắt vòi tử cung từ eo đến loa hoặc ngược lại
- Kẹp vòi tử cung chỗ tiếp giáp giữa eo và bóng để bộc lộ đoạn eo
- Đưa dao điện 2 cực vào trocar bên đối diện với khối thai, cầm máu từ eo vòi tử cung, vừa cầm máu vừa cắt bằng kéo hoặc dao điện 1 cực dọc theo bờ mạc treo vòi tử cung về phía loa, cần chú ý nhánh nối giữa động mạch buồng trứng và động mạch tử cung.
- Lấy bệnh phẩm: phần vòi tử cung cắt bỏ được cho vào túi nội soi sau đó lấy ra ngoài qua thành bụng, có thể lấy từng phần qua trocar to nhưng không nên vì đề phòng sót nguyên bào nuôi trong ổ bụng sẽ dẫn đến biến chứng nguyên bào nuôi tồn tại sau mổ.
- Rửa ổ bụng và kiểm tra lần cuối

Bảo tồn vòi tử cung:

- Mở vòi tử cung

  Rạch bờ tự do của vòi tử cung khoảng 1 – 2 cm ở chỗ phồng nhất bằng dao điện 1 cực, có thể rạch rộng hơn để có thể lấy hết khối thai một cách dễ dàng
- Lấy khối thai ra khỏi vòi tử cung

  Đưa ống hút qua vết rạch vào lòng vòi tử cung để hút máu cục và nguyên bào nuôi. Đưa đèn soi lại gần để xác định đã lấy hết nguyên bào nuôi chưa và có chảy máu không?
- Kiểm tra tình trạng chảy máu và cầm máu

  Thông thường máu hay chảy ở mép vết rạch vòi tử cung hay ở vị trí nhau bám. Nếu có chảy máu thì dùng dao điện 2 cực cầm máu nhẹ nhàng tránh làm tổn thương vùng xung quanh, có thể ngâm toàn bộ vòi tử cung trong nước ấm cũng có tác dụng cầm máu và tránh làm khô vòi tử cung
- Lấy bệnh phẩm

  Tổ chức nhau thai sau đó được cho vào túi nội soi và lấy ra ngoài ổ bụng. Cần chú ý lấy hết tổ chức vì nếu để sót có thể dẫn đến hậu quả nguyên bào nuôi tiếp tục làm tổ và phát triển trong ổ phúc mạc

Kết thúc cuộc mổ

- Kiểm tra lại vòi tử cung
- Rửa vùng tiểu khung
- Đánh giá lại vòi tử cung đối diện cũng như toàn bộ tiểu khung
- Không cần thiết đặt dẫn lưu

Một số kỹ thuật kết hợp

- Gỡ dính
- Tạo hình loa vòi
- Mở thông vòi tử cung
- Lộn loa vòi
- Cắt vòi tử cung

VI. THEO DÕI TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG:

1. Tai biến của phẫu thuật nội soi nói chung:

- Tổn thương đường tiêu hoá
- Tổn thương hệ tiết niệu
- Tổn thương vòi tử cung
- Bỏng do điện
- Chảy máu trong mổ

2. Tai biến của nội soi điều trị thai ngoài tử cung:

Ngoài các tai biến, biến chứng chung của soi ổ bụng can thiệp, soi ổ bụng điều trị thai ngoài tử cung có một số tai biến đặc trưng như:

Điều trị bảo tồn vòi tử cung:

- Chảy máu: chủ yếu là chảy máu ở diện nhau bám trong mổ và sau mổ dẫn tới phải cắt vòi tử cung
- Chấn thương vòi tử cung: thường do phẫu thuật viên thiếu kinh nghiệm
- Nguyên bào nuôi tồn tại

Điều trị triệt để căt vòi tử cung:

- Chảy máu: trong lúc gỡ dính, cầm máu không tốt, tổn thương mạc treo vòi tử cung, các nhánh nối giữa động mạch buồng trứng và động mạch tử cung
- Chấn thương các cơ quan khác: do khối thai dính với ruột, thành chậu hông
- Tổn thương ruột: do dính nhiều và chảy máu nhiều
- Tồn tại nguyên bào nuôi: do lấy bệnh phẩm không hết để các nguyên bào nuôi rơi vào trong bụng và tiếp tục phát triển

VII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản- Bộ Y tế 2013
2. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Từ Dũ 2016
3. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

PHẪU THUẬT GEU VỠ CÓ CHOÁNG

I.ĐỊNH NGHĨA

Chửa ngoài tử cung là hiện tượng trứng đã thụ tinh làm tổ ở ngoài buồng tử cung (ở vòi trứng, buồng trứng, ổ bụng,…). Khi thai phát triển to lên, vòi trứng, buồng trứng sẽ nứt vỡ gây chảy máu trong ổ bụng gọi là chửa ngoài tử cung vỡ, cần phải phẫu thuật cấp cứu. Các vị trí của chửa ngoài tử cung: vòi tử cung (chủ yếu), buồng trứng, ống cổ tử cung, ổ bụng.

Nguyên tắc điều trị:

Mổ cấp cứu, hồi sức tích cực trước, trong và sau phẫu thuật.

II.CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có choáng hoặc huyết động không ổn định.
- Việc tiếp cận nội soi quá khó khăn như dính nhiều vùng tiểu khung.

III.CHUẨN BỊ

a. Người thực hiện:

- Bác sĩ chuyên khoa sản đã từng làm phẫu thuật trong sản phụ khoa.
- Kíp phẫu thuật rửa tay, mặc áo, đội mũ, đeo găng vô khuẩn.

b. Phương tiện thuốc:

- Bộ phẫu thuật ổ bụng.
- Các loại dịch truyền thay máu và các thuốc hồi sức.
- Thuốc tiền mê, gây mê, nội khí quản.
- Máu cùng loại trong ca mất máu nhiều cần truyền máu cấp cứu.

c. Người bệnh:

- Được tư vấn về lý do phải mổ cấp cứu và nguy cơ có thể xảy ra, ký giấy cam đoan mổ. Nếu người bệnh choáng nặng thì người nhà ký thay.
- Vệ sinh vùng bụng và âm hộ, thông tiểu sát khuẩn thành bụng vùng mổ.
- Tiền mê, hồi sức tích cực trong ca choáng mất máu nặng.
- Gây mê nội khí quản để chủ động về hô hấp và tuần hoàn trong khi mổ

IV.CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có

V.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:

- Rạch bụng đường giữa dưới rốn hoặc đường ngang trên vệ, qua các lớp da, cân, cơ, phúc mạc để vào ổ bụng.
- Dùng 2 panh kẹp nhấc phúc mạc lên cao và mở phúc mạc. Kiểm tra xem có máu trong ổ bụng, máu mầu gì
- Nếu có nhiều máu đỏ tươi: múc máu trong ổ bụng đổ vào chai có chứa Natri citrat qua phễu có 8 lần gạc để lọc lấy lại máu truyền cho người bệnh.
- Nếu máu trong bụng mầu nâu sẫm hoặc hơi đen là máu chảy đã lâu có thể bị vỡ hồng cầu, không nên truyền hoàn hồi.
- Cho tay vào tìm đáy tử cung kẹp kéo lên cao kiểm tra 2 bên vòi tử cung, buồng trứng tìm chỗ vòi trứng tổn thương kẹp lại cầm máu.
- Mở rộng thành bụng bằng hai panh Harmann kéo sang hai bên, nếu vòi tử cung bị vỡ, máu chảy nhiều nên cắt bỏ vòi tử cung cầm máu, dùng kìm có mấu kẹp sát với tử cung, nơi mạc treo vòi ít mạch máu, dùng kéo cắt khối chửa tới sát tai vòi tử cung.
- Nếu tổn thương ở vòi tử cung có thể bảo tồn thì khâu phục hồi vòi trứng khi người bệnh trẻ, chưa đủ con.
- Khâu cuống mạch bên vòi tử cung bị cắt bằng chỉ tự tiêu và buộc chặt cầm máu.

- Nếu chửa ở đoạn kẽ tử cung (khối chửa nằm ngoài dây chằng tròn) thì có thể cắt góc tử cung hay cắt tử cung bán phần nếu người bệnh có 2 con, trên 35 tuổi.
- Nếu chửa ngoài tử cung ở buồng trứng thì cắt vùng buồng trứng tổn thương, khâu cầm máu bằng chỉ tự tiêu vắt cầm máu.
- Cho nằm đầu cao, lau sạch ổ bụng, kiểm tra lại tiểu khung, 2 vòi tử cung, buồng trứng, cùng đồ và các tạng lân cận.
- Không đặt dẫn lưu
- Đóng thành bụng theo lớp giải phẫu..
- Truyền máu hoàn hồi cho người bệnh hoặc dịch thay máu và máu tươi nếu cần

VI. THEO DÕI TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ:

- ***Chảy máu sau phẫu thuật***: trong 6 giờ đầu phải theo dõi mạch, huyết áp và toàn trạng tại phòng hồi tỉnh (chăm sóc cấp I). Nếu mạch nhanh, huyết áp giảm, bụng gõ đục, siêu âm có nhiều dịch tự do, phải nghĩ đến chảy máu trong, có thể do tuột chỉ khâu diện cắt vòi tử cung. Cần phải phẫu thuật lại ngay để cầm máu.
- ***Nhiễm khuẩ***n: trong khi phẫu thuật phải lau sạch lấy hết máu đọng và máu cục trong ổ bụng để tránh nhiễm khuẩn. Tuy nhiên tránh lau kỹ quá gây dính ổ bụng vì thanh mạc bị tổn thương. Phải cho kháng sinh toàn thân liều điều trị để dự phòng nhiễm khuẩn, đặc biệt là khi truyền máu hoàn hồi.

VII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản- Bộ Y tế 2013
2. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Từ Dũ 2016
3. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

PHẪU THUẬT MỞ BỤNG XỬ TRÍ VIÊM PHÚC MẠC TIỂU KHUNG, VIÊM PHẦN PHỤ, Ứ MỦ VÒI TỬ CUNG

I.ĐẠI CƯƠNG:

Viêm phúc mạc tiểu khung nguyên nhân thường gặp là do vỡ áp xe ở vòi tử cung, buồng trứng, nhiễm trùng sau mổ lấy thai, sẩy thai nhiễm trùng, nhiễm trùng tiểu khung sau cắt tử cung, hoặc cắt ruột thừa viêm, dò đường khâu sau nối ruột, lây nhiễm từ dịch tiêu hóa sau mổ đường tiêu hóa, tổn thương ruột sau mổ triệt sản qua nội soi không phát hiện được. Viêm phúc mạc thứ phát thường do nhiễm khuẩn nhiều loại vi khuẩn, có thể vừa hiếu khí vừa yếm khí từ ruột và âm đạo.

II.CHỈ ĐỊNH

- Áp xe phần phụ
- Thủng tử cung do nạo phá thai hoặc nạo buồng tử cung
- Viêm phúc mạc do các nguyên nhân từ đường tiêu hóa

III.CHUẨN BỊ

a. Người thực hiện:

- Bác sĩ chuyên khoa Phụ Sản đã được đào tạo.

b. Phương tiện:

- Bộ dụng cụ phẫu thuật mở bụng.

c. Người bệnh:

- Khám toàn thân và chuyên khoa đánh giá các bệnh lý phối hợp
- Được tư vấn về nguy cơ, biến chứng, tai biến của phẫu thuật

d. Hồ sơ bệnh án:

- Hồ sơ bệnh án phẫu thuật theo qui định.

IV.QUY TRÌNH KỸ THUẬT KỸ THUẬT

- Thì 1: Mở bụng đường trắng giữa, đủ rộng.
- Thì 2: Lấy dịch ổ bụng để nuôi cấy vi khuẩn cả hai loại ái khí và yếm khí.
- Thì 3: Kiểm tra kỹ toàn bộ ổ phúc mạc.
- Thì 4: Tìm nguồn nhiễm trùng và cắt bỏ, nếu áp xe Douglas thì phải dẫn lưu.
- Thì 5: Rửa ổ phúc mạc bằng dung dịch Ringer Lactat hoặc dung dịch muối sinh lý.
- Thì 6: Dẫn lưu ổ phúc mạc (nếu cần).
- Thì 7: Đóng da thưa và mũi rời

V.THEO DÕI SAU MỔ:

- Điều trị kháng sinh đường tiêm liều cao trước và sau mổ , phổ rộng và phối hợp 2-3 loại (Beta-Lactam, Aminosid, Metronidazol).
- Toàn trạng: mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ. Nếu người bệnh mất máu nhiều, thể trạng xanh, xét nghiệm máu có biểu hiện thiếu máu thì truyền máu.
- Vết mổ.
- Tình trạng trung, đại tiện.

VI.TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản- Bộ Y tế 2013
2. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Từ Dũ 2016
3. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

PHẪU THUẬT TREO TỬ CUNG

I.ĐẠI CƯƠNG

Sa sinh dục là hiện tượng tử cung sa xuống thấp trong âm đạo hoặc sa hẳn ra ngoài âm hộ, thường kèm theo sa thành trước âm đạo và bàng quang hoặc thành sau âm đạo và trực tràng

II.CHỈ ĐỊNH

Phẫu thuật nôi soi treo tử cung áp dụng cho người bệnh sa sinh dục độ II, III

III.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Phương pháp treo tử cung vào thành bụng

- Bước 1 : Chọc 3 trocar vào ổ bụng Trocar 10 vị trí rốn, 1 trocar 5 mạng sườn phải mang kìm kẹp kim, Trocar 5 trên vệ 1 cm mang kìm phẫu tích .
- Bước 2: Xuyên 2 kim mang chỉ không tiêu qua thành bụng ngay lỗ trocar trên vệ vào ổ bụng, khâu mũi dưới trên eo, mũi khâu trên cách đáy tử cung 2-3cm (tránh khâu vào vòi trứng và động mạch tử cung). Sau đó xuyên 2 kim ra khỏi thành bụng ngay lỗ trocar trên vệ .
- Bước 3: Kéo 2 mũi chỉ khâu nâng tử cung sát thành bụng .
- Bước 4: Kiểm tra không chảy máu, rút trocar

Phương pháp treo tử cung vào mỏm nhô

- Bước 1: chọc 3 trocart (trocart 10 mang ống soi tại rốn, trocart 5 thao tác mang các dụng cụ 2 bên hố chậu), tư thế Trendelenbourg
- Bước 2: Khảo sát ổ bụng và vùng chậu, xác định các mốc giải phẫu (mỏm nhô, dây chằng tử cung cùng, đỉnh hậu môn , nếp bàng quang….)
- Bước 3: Mở phúc mạc mặt trước mỏm nhô về phía dây chằng tử cung cùng, và bóc tách bộc lộ mỏm nhô
- Bước 4: Mở phúc mạc bàng quang đẩy bàng quang ra xa và bộc lộ đến thành trước âm đạo
- Bước 5: Mở phúc mạc thành sau tại đỉnh hậu môn, đẩy trực tràng ra xa, và bộc lộ đến thành sau âm đạo, cơ nâng
- Bước 6: Cố định mảnh ghép tổng hợp không tan (polypropylene) lên âm đạo và cân cổ tử cung ở thành trước và thành sau , dây chằng tử cung, và treo cố định mảnh ghép lên mỏm nhô Phủ phúc mạc che lại toàn bộ mảnh ghép
- Bước 7: Kiểm tra chảy máu Tháo CO 2 và đóng bụng
- Kiểm tra sự rút lên của tử cung

IV.TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản- Bộ Y tế 2013
2. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Từ Dũ 2016
3. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

QUY TRÌNH PHẪU THUẬT BÓC KHỐI LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG Ở TẦNG SINH MÔN, THÀNH BỤNG

I.CHUẨN BỊ

a. Người thực hiện:

- Bác sĩ Phụ sản hoặc Ngoại

b. Phương tiện

- Bộ tiểu hoặc trung phẫu (những khối Lạc nội mạc tử cung to và nằm sâu trong tổ chức)

c. Người bệnh:

- Khám toàn thân và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe và phát hiện những chống chỉ đinh.
- Thông báo, gải thích, động viên người bệnh và gia đình người bệnh yên tâm về thủ thuật sắp tiến hành, ký giấy cam đoan phẫu thuật.
- Vệ sinh tại chỗ
- Nên mổ sau sạch kinh khoảng 1 tuần.

II.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Bóc Lạc nội mạc tử cung tại thành bụng:

- Gây tê hoặc tiền mê.
- Sát khuẩn vùng phẫu thuật.
- Trải khăn vô khuẩn
- Rạch da theo đường ngang để hạn chế sẹo xấu. Rạch chiều rộng vừa đủ để bóc nang
- Dùng kéo phẫu thuật bóc tách vỏ nang xuống tận đáy (cố gắng không làm vỡ nang)
- Dùng kìm chắc kẹp cuống nang ở phần đáy, tránh chảy máu
- Dùng chỉ Vicryl số 2 hoặc 3 khâu cầm máu kỹ cuống khối Lạc nội mạc tử cung và ở thành của nang, sau đó khâu đáy và tổ chức dưới da một hoặc hai lớp tùy thuộc tổn thương. Lấy hết đáy tránh máu đọng hoặc chảy máu dưới đáy vết mổ
- Đóng da bằng khâu da mũi liền hoặc khâu da mũi rời theo thông thường bằng chỉ tự tiêu hoặc chỉ không tiêu
- Sát khuẩn lại vết mổ và bằng lại
- Thay băng và cắt chỉ (nếu khâu da bằng chỉ không tiêu) theo qui định thông thường

Bóc Lạc nội mạc tử cung tại Tầng sinh môn:

- Gây tê tủy sống
- Sát khuẩn âm đạo và Tầng sinh môn.
- Trải khăn vô khuẩn
- Rạch da theo đường ngang hoặc dọc tùy theo vị trí của Lạc nội mạc tử cung để hạn chế sẹo xấu. Rạch chiều rộng vừa đủ để bóc nang
- Dùng kéo phẫu thuật bóc tách vỏ nang xuống tận đáy (cố gắng không làm vỡ nang)
- Dùng kìm chắc kẹp cuống nang ở phần đáy, tránh chảy máu
- Dùng chỉ Vicryl số 2 hoặc 3 khâu cầm máu kỹ cuống khối Lạc nội mạc tử cung và ở thành của nang, sau đó khâu đáy và tổ chức dưới da một hoặc hai lớp tùy thuộc tổn thương. Nhớ lấy hết đáy tránh máu đọng hoặc chảy máu dưới đáy vết mổ.
- Nếu tổn thương nằm sâu trong lớp cơ mông thì phải khâu nhiều lớp để tránh hở đáy và gãy kim khi khâu
- Đóng da bằng khâu da mũi liền hoặc khâu da mũi rời theo thông thường bằng chỉ tự tiêu hoặc chỉ không tiêu
- Sát khuẩn lại vết mổ và bằng lại
- Thay băng và cắt chỉ (nên khâu da bằng chỉ không tiêu) theo qui định thông thường

Chuyển người bệnh về phòng hậu phẫu và theo dõi

III. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản- Bộ Y tế 2013
2. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Từ Dũ 2016
3. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

CẮT CỤT CỔ TỬ CUNG

I.ĐẠI CƯƠNG

Cắt cụt cổ tử cung là phương pháp cắt bỏ phần cổ tử cung nằm trong âm đạo, đến lỗ trong cổ tử cung. Phẫu thuật được thực hiện tại phòng mổ dưới gây mê toàn thân.

II.CHỈ ĐỊNH

- Cổ tử cung dài do dị dạng
- Cổ tử cung có tổn thương nghi n ờ ác tính
- Ung thư tại chỗ cổ tử cung (CIS) ở người bệnh còn nhu cầu có con

III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Đang mang thai: trì hoãn đến hết thời kỳ hậu sản.
- Đang có viêm âm đạo: trì hoãn đến khi điều trị khỏi viêm âm đạo.
- Người bệnh thể trạng xấu (chỉ số Karnofsky ≤ 50), không chịu đựng được cuộc gây mê.

IV.CHUẨN BỊ

a. Người thực hiện

- Kíp gây mê hồi sức.
- Kíp phẫu thuật: phẫu thuật viên chính là bác sĩ chuyên ngành phụ sản hoặc bác sĩ chuyên ngành ung thư phụ khoa đã được đào tạo.

b. Phương tiện, dụng cụ.

- Bộ nong cổ tử cung, thước đo buồng tử cung
- 2 kẹp pozzi, 2 van âm đạo, 1 kẹp sát trùng
- 4 kẹp Kocher cong, 1 kìm Jacobs, 1 kìm Heaney, 1 kìm mang kim
- 4 kẹp răng chuột, kẹp phẫu tích
- 1 dao phẫu thuật hoặc dao điện
- 1 kéo
- Chỉ tiêu

c. Người bệnh

- Được giải thích đầy đủ lý do phẫu thuật, ký giấy cam đoan phẫu thuật.
- Thông đái, sát khuẩn thành bụng, trải khăn vô khu ẩn sau khi đã được giảm đau.
- Người bệnh nằm tư thế phụ khoa.
- Gây mê toàn thân.

V.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Bước 1. Sát khuẩn âm hộ, âm đạo, cổ tử cung
- Bước 2. Nong cổ tử cung và nạo sinh thiết ống cổ tử cung.
- Bước 3. Khâu cố định các môi lớn và bé vào da bẹn. Kẹp cổ tử cung bằng kìm Jacobs và kéo mạnh xuống phía dưới.
- Bước 4. Dùng dao rạch quanh cổ tử cung đến hết bề dày thành âm đạo. Dùng kìm Heaney kẹp và cắt dây chằng Mackenrodt, khâu bằng chỉ Vicryl số 1.
- Bước 5. Cắt cụt cổ tử cung bằng dao cắt chéo từ ngoài vào phía ống cổ tử cung. Kẹp và khâu các mạch máu bằng chỉ Vicryl.
- Bước 6. Khâu 2 mũi Sturmdorf phía trước và sau.
- Bước 7. Kéo các mép cắt thành âm đạo, khâu che phủ bề mặt cổ tử cung.
- Bước 8. Dùng thước đo buồng tử cung kiểm tra ống cổ tử cung, đặt thông tiểu.
- Bước 9. Sát khuẩn lại vùng mổ, âm đạo, âm hộ.

VI.THEO DÕI

- Kháng sinh đường tiêm trong 7 ngày
- Vệ sinh âm đạo: lau sạch dịch tiết bằng betadin 1 lần/ngày trong 7 ngày.
- Kiêng giao hợp 6 tuần.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu: đốt điểm chảy máu, khâu cầm máu.
- Nhiễm trùng: cho người bệnh nhập viện, dùng kháng sinh mạnh đường tiêm.
- Làm thuốc hàng ngày bằng oxy già nếu nhiều mủ và lau bằng betadin

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản- Bộ Y tế 2013
2. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Từ Dũ 2016
3. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

THỦ THUẬT LEEP

I. ĐỊNH NGHĨA

LEEP là thủ thuật dùng một vòng mảnh có điện thế thấp (vòng LOOP) để khoét vùng tổn thương cổ tử cung với mục đích điều trị và lấy giải phẫu bệnh

II. CHỈ ĐỊNH

- Ung thư cổ tử cung tại chỗ Tis hoặc giai đoạn Ia, Ib trên người bệnh có nhu cầu sinh đẻ
- Tổn thương tiền ung thư CIN 1, 2, 3
- Tổn thương lành tính cổ tử cung: Polyp, condyloma, u đế, lộ tuyến, nang Naboth

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Thực hiện sau sạch kinh và hết viêm âm đạo

Bước 1: Người bệnh nằm tư thế sản khoa,

Bước 2: Bộc lộ cổ tử cung bằng mỏ vịt, sát trùng âm đạo bằng betadin

Bước 3: Cắt bỏ tổn thương bằng dao LEEP

Bước 4: Kiểm tra cổ tử cung

V. THEO DÕI TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu
- Nhiễm trùng
- Hẹp lỗ cổ tử cung: đau bụng kinh, bế kinh
- Hở eo cổ tử cung

VI. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản- Bộ Y tế 2013
2. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Từ Dũ 2016
3. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

PHẪU THUẬT CẮT POLYP CỔ TỬ CUNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Polyp cổ tử cung là khối u lành tính phát triển từ mô đệm cổ tử cung và được che phủ bởi biểu mô, xuất phát từ ống cổ tử cung, có chân hoặc không có chân, kích thước có thể thay đổi từ vài mm đến vài cm, thường gặp ở phụ nữ sinh đẻ nhiều lần. Người bệnh có polyp cổ tử cung thường không có triệu chứng nhưng cũng có thể ra khí hư nhiều, rong huyết, ra máu sau giao hợp. Thường lành tính, nhưng khoảng 1% các ca có chuyển dạng ác tính.

II. CHỈ ĐỊNH

- Polyp cổ tử cung to
- Polyp cổ tử cung có triệu chứng: ra khí hư nhiều, rong huyết, ra máu sau giao hợp.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Đang viêm âm đạo: trì hoãn đến khi điều trị khỏi viêm âm đạo.

IV. CHUẨN BỊ

- Xét nghiệm tế bào cổ tử cung /mô bệnh học để loại trừ các tổn thương tiền ung thư/ung thư.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- **Bước 1:** Sát khuẩn âm đạo, bộc lộ cổ tử cung, xác định chân polyp: có cuống, không có cuống, xuất phát từ cổ ngoài hay ống cổ tử cung.
- **Bước 2:** Dùng kẹp hình tim kẹp polyp và xoắn quanh cuống cho đến khi cuống đứt. Nếu polyp to không có cuống cần dùng dao điện cắt bỏ ở chân.
- **Bước 3:** Bôi chất dính Monsel và ép vào vị trí cuống/diện cắt để cầm máu. Có thể nhét gạc âm đạo cầm máu - Bước 4. Sát khuẩn lại âm đạo. Gửi bệnh phẩm xét nghiệm mô bệnh học.

VI. THEO DÕI

- Rút gạc âm đạo sau 6 - 12 giờ tuỳ trường hợp.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu chân polyp: bôi chất dính Monsel, đốt điểm chảy máu, khâu cầm máu
- Khâu hai động mạch cổ tử cung âm đạo: hai mũi ở vị trí 9 và 3 giờ nếu chảy máu nhiều, nếu không cầm cần phải mổ cắt tử cung

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản- Bộ Y tế 2013
2. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Từ Dũ 2016
3. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

THỦ THUẬT XOẮN POLYP CỔ TỬ CUNG, ÂM ĐẠO

I.ĐẠI CƯƠNG

Polyp cổ tử cung là khối u lành tính phát triển từ mô đệm cổ tử cung và được che phủ bởi biểu mô, xuất phát từ ống cổ tử cung, có chân hoặc không có chân, kích thước có thể thay đổi từ vài mm đến vài cm, thường gặp ở phụ nữ sinh đẻ nhiều lần. Người bệnh có polyp cổ tử cung thường không có triệu chứng nhưng cũng có thể ra khí hư nhiều, rong huyết, ra máu sau giao hợp. Thường lành tính, nhưng khoảng 1% các ca có chuyển dạng ác tính.

II.CHỈ ĐỊNH

- Polyp cổ tử cung to
- Polyp cổ tử cung có triệu chứng: ra khí hư nhiều, rong huyết, ra máu sau giao hợp

III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Đang viêm âm đạo: trì hoãn đến khi điều trị khỏi viêm âm đạo

IV.CHUẨN BỊ

- Xét nghiệm tế bào cổ tử cung /mô bệnh học để loại trừ các tổn thương tiền ung thư/ung thư

V.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- **Bước 1:** Sát khuẩn âm đạo, bộc lộ cổ tử cung, xác định chân polyp: có cuống, không có cuống, xuất phát từ cổ ngoài hay ống cổ tử cung
- **Bước 2:** Dùng kẹp hình tim kẹp polyp và xoắn quanh cuống cho đến khi cuống đứt. Nếu polyp to không có cuống cần dùng dao điện cắt bỏ ở chân
- **Bước 3:** Bôi chất dính Monsel và ép vào vị trí cuống/ diện cắt để cầm máu Có thể nhét gạc âm đạo cầm máu
- **Bước 4:** Sát khuẩn lại âm đạo. Gửi bệnh phẩm xét nghiệm mô bệnh học

VI.THEO DÕI

- Rút gạc âm đạo sau 6 - 12 giờ tuỳ trường hợp

VII.XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu chân polyp: bôi chất dính Monsel, đốt điểm chảy máu, khâu cầm máu Khâu hai động mạch cổ tử cung âm đạo: hai mũi ở vị trí 9 và 3 giờ nếu chảy máu nhiều, nếu không cầm cần phải mổ cắt tử cung

VIII.TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản- Bộ Y tế 2013
2. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Từ Dũ 2016
3. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

ĐIỀU TRỊ TỔN THƯƠNG CỔ TỬ CUNG BẰNG ĐỐT ĐIỆN, ĐỐT NHIỆT, ĐỐT LAZE, ÁP LẠNH…

I.ĐẠI CƯƠNG

Đốt điện, áp lạnh, đốt laze… là những phương pháp được áp dụng để điều trị tổn thương cổ tử cung. Trước khi áp dụng phương pháp điều trị cần xem kỹ kết quả tế bào học, soi cổ tử cung: Không có tổn thương tiền ung thư hoặc ung thư cổ tử cung. Cần điều trị tích cực, triệt để tổn thương, đề phòng các tổn thương bất thường ở CTC.

II.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Chống viêm trước khi đốt
- Thời điểm đốt: Sạch kinh 2 – 3 ngày, tối đa không quá ngày thứ 10 vòng kinh + Đặt mỏ vịt nhẹ nhàng, tránh va chạm gây chảy máu, bộc lộ cổ tử cung, lau khí hư, chất nhầy cổ tử cung
- Sát khuẩn âm đạo, cổ tử cung
- Bôi lugol 2%, xác định ranh giới vùng tổn thương
- Đốt vùng tổn tương (với đốt điện và lazer) đốt vòng quanh để khoanh giới hạn vùng tổn thương, sau đó đốt môi sau trước để tránh tiết dịch khi thực hiện thủ thuật, di đầu đốt đều hết diện tổn thương. Ước lượng độ sâu của tổn thương để tránh bỏ sót. Tổ chức sau đốt có màu trắng đục và hơi lõm xuống so với tổ chức xung quanh

Lưu ý:

- Không đốt sát lỗ ngoài cổ tử cung, cần để ít tuyến quanh lỗ khoảng 5mm để giữ vị trí giải phẫu bình thường của lỗ ngoài cổ tử cung, tránh chit hẹp và ảnh hưởng đến sự tiết nhầy CTC
- Trường hợp đốt bằng áp lạnh, cần chọn thiết diện đầu đốt thích hợp với diện tích tổn thương. Phương pháp này chỉ áp dụng với những tổn thương lộ tuyến trên CTC phẳng, không gồ ghề, CTC không có sẹo rách cũ
- Tổn thương loạn dưỡng: Lộn tuyến CTC, không có chỉ định đốt, với những người bệnh đã có con, để tránh khí hư gây phiền hà cho người bệnh

III.THEO DÕI SAU ĐỐT VÀ CÁC DI CHỨNG TÁI TẠO LÀNH TÍNH

- Theo dõi các triệu chứng lâm sang, tư vấn cho người bệnh tự theo dõi những hiện tượng sau đốt: Tiết dịch, ra máu
- Hẹn soi lại CTC sau đốt 2 tháng
- Đánh giá kết quả điều trị: Khỏi, khá, không khỏi

IV.CÁC BIẾN CHỨNG SAU ĐỐT

Các biến chứng có thể gặp: Chít hẹp cổ tử cung gây vô sinh, chảy máu, nhiễm trùng:

- Viêm bội nhiễm: Sau đốt có tiết dịch và ra máu, nếu không giữ vệ sinh có thể thấy tổn thương lan tỏa làm cho sự phục hồi biểu mô không tốt
- Chảy máu ở CTC: Nếu ra nhiều hơn lượng kinh bình thường thì chèn gạc dài (có thể chèn gạc có tẩm adrenalin), cho them kháng sinh chống nhiễm khuẩn
- Chít CTC: Nếu lỗ ngoài CTC bị chit sẽ gây đau bụng ở kỳ kinh sau. Khi đó cần nong nhẹ nhàng hàng tuần trong thời gian giữa 2 kỳ kinh, trong 2 – 3 tháng
- Vô sinh: có thể xảy ra do diệt tuyến quá nhiều, cần cho thêm estrogen trong 3-4 ngày trước phóng noãn

V.TÀI LIỆU THAM KHẢO

1.Quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản- Bộ y tế 2013

2. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Từ Dũ 2016

3. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

HÚT THAI TRỨNG

I.ĐẠI CƯƠNG

Là một thủ thuật đưa ống hút vào buồng tử cung, dưới áp lực âm hút tổ chức trứng, rau thai trong buồng tử cung

Hút thai trứng nguy hiểm hơn hút thai thường vì tử cung to và mềm nên nguy cơ chảy máu và thủng tử cung, sót trứng cao

II. CHỈ ĐỊNH

Thai trứng toàn phần và bán phần còn nguyện vọng có con

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Thiếu máu nặng, người bệnh không có nguyện vọng có con

IV. CHUẨN BỊ

a. Nhân viên

- Bác sĩ sản phụ khoa
- Rửa tay theo quy định
- Mặc áo, đeo khẩu trang, đi găng tay vô khuẩn

a. Người bệnh

Tư vấn:

- Tình trạng bệnh: tai biến , biến chứng thành ác tính có thể gặp
- Quá trình thực hiện thủ thuật: các bước thực hiện thủ thuật, tai biến có thể gặp trong khi làm thủ thuật và sau thủ thuật
- Theo dõi sau hút thai trứng, thời gian và khả năng có thai lại

Chuẩn bị:

- Khám toàn trạng(mạch, nhiệt độ, huyết áp)

Người bệnh:

- Làm mềm cổ tử cung bằng Misopristol đặt âm đạo trước khi tiến hành thủ thuật 1 giờ
- Người bệnh nằm theo tư thế phụ khoa
- Cắm đường truyền tĩnh mạch bằng dung dich muối hoặc đường đẳng trương có pha 5 đơn vị Oxytocin
- Nếu sử dụng tiền mê tĩnh mạch: tiêm thuốc tiền mê

b. Thiết bị và dụng cụ

- Dịch truyền dây truyền dịch có sẵn kim truyền Bơm hút trứng loại 1 van hoặc 2 van. Nếu cần thiết sử dụng máy hút Thuốc: Misoprostol, Ecgometrin, Oxytoxin Thuốc giảm đau: tiêm tĩnh mạch hoặc thuốc gây tê ở cổ tử cung
- Khăn vải trải vô khuẩn: trải ở mông, trên bụng và 2 đùi
- Găng tay vô khuẩn: 2 đôi
- Áo, mũ, khẩu trang vô khuẩn Bộ dụng cụ:
- Kẹp sát trùng: 2
- Van âm đạo: 1
- Kẹp cổ tử cung: 1
- Thước đo tử cung
- Ống hút: cỡ 6 đến 12
- Dụng dịch sát khuẩn, bông hoặc gạc sát khuẩn

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Trải khăn vải vô khuẩn
- Sát khuẩn vùng âm hộ, âm đạo
- Đặt van âm đạo: sát khuẩn lại âm đạo, sát khuẩn cổ tử cung

- Kẹp cổ tử cung và đo buồng tử cung
- Hút trứng bằng bơm hoặc máy hút
- Đo lại buồng tử cung
- Lau và sát khuẩn lại âm đạo, cổ tử cung bằng 1 kẹp sát khuẩn mới
- Tháo dụng cụ
- Lấy bệnh phẩm hút ra gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh
- Trao đổi với người bệnh về kết quả thủ thuật
- Ghi chép hồ sơ
- Chỉ định điều trị thích hợp: kháng sinh, thuốc co tử cung

VI. THEO DÕI NGƯỜI BỆNH SAU HÚT 3 GIỜ

- Toàn trạng: mạch, nhiệt độ, huyết áp
- Theo dõi co hồi tử cung và ra máu âm đạo

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu: nếu đang hút thì hồi sức và hút nhanh, lấy hết trứng để tử cung co lại sẽ giảm chảy máu và dùng thuốc co tử cung Oxytocin, Ecgotamin, Misoprostol
- Thủng tử cung: mổ cấp cứu
- Nếu người bệnh còn nguyện vọng có con: sau khi mở bụng, cầm tử cung trong tay, người khác tiếp tục hút trứng dưới tay phẫu thuật viên, hút sạch buồng tử cung và khâu lại lỗ thủng
- Nếu người bệnh không muốn có con nữa: cắt tử cung hoàn toàn, cắt 2 phần phụ nếu người bệnh lớn tuổi
- Sót trứng: tiếp tục dùng kháng sinh, thuốc co tử cung và hút lại buồng tử cung

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1.Quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản- Bộ y tế 2013
2. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Từ Dũ 2016
3. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

NONG BUỒNG TỬ CUNG ĐẶT DỤNG CỤ CHỐNG DÍNH

I.ĐẠI CƯƠNG

Dính buồng tử cung là tổn thương hết lớp niêm mạc làm buồng tử cung bị dính vào nhau. Nong buồng tử cung là thủ thuật đưa ống nong hoạc ống hút vào buồng tử cung tách dính 2 mặt và đặt dụng cụ tử cung tránh thai nằm giữa trong buồng tử cung để 2 mặt không dính lại.

II.CHỈ ĐỊNH

- Dính buồng tử cung sau hút thai.
- Dính buồng tử cung sau tháo dụng cụ tử cung

III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Thiếu máu nặng. Bệnh tiểu đường, bệnh tim, bệnh máu
- Thể trạng người bệnh chưa cho phép tiến hành thủ thuật.

IV.CHUẨN BỊ

a. Nhân viên

- Bác sĩ làm thủ thuật và một nữ hộ sinh/ điều dưỡng giữ van

b. Người bệnh

Tư vấn:

- Tình trạng bệnh: lý do phải chỉ định nong buồng tử cung.
- Quá trình thực hiện thủ thuật: các bước thực hiện thủ thuật, tai biến có thể gặp trong khi làm thủ thuật và sau thủ thuật.
- Theo dõi sau nong buồng tử cung đặt dụng cụ tử cung chống dính.

Chuẩn bị: khám toàn trạng(mạch, nhiệt độ, huyết áp), các xét nghiệm

- Người bệnh nằm theo tư thế phụ khoa.
- Nếu sử dụng tiền mê tĩnh mạch: tiêm thuốc tiền mê.

c. Thiết bị và dụng cụ

Vật tư tiêu hao:

- Dụng dịch sát khuẩn, bông hoặc gạc sát khuẩn.
- Thuốc gây tê cạnh cổ tử cung

Bộ dụng cụ:

- Kẹp sát trùng: 2
- Van âm đạo: 1
- Kẹp cổ tử cung: 1
- Thước đo tử cung.
- Ống hút: cỡ số 4,5.

V.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Rửa tay theo quy định
- Mặc áo, đeo khẩu trang, đi găng tay vô khuẩn
- Sát khuẩn vùng âm hộ và hai bên đùi+ Trải khăn vải vô khuẩn.
- Sát khuẩn vùng âm hộ, âm đạo.
- Đặt van âm đạo: sát khuẩn lại âm đạo, sát khuẩn cổ tử cung.
- Kẹp cổ tử cung vị trí 12 giờ và gây tê cạnh cổ tử cung.
- Dùng thước đo thăm dò tư thế tử cung, chiều cao buồng tử cung.
- Nong buồng tử cung bằng ống hút từ ống số 4 đến 5, 6 hoặc ống nong Hegar.
- Đo lại chiều cao buồng tử cung.
- Đặt dụng cụ tử cung.
- Lau và sát khuẩn lại âm đạo, cổ tử cung bằng 1 kẹp sát khuẩn mới.

- Tháo dụng cụ.
- Trao đổi với người bệnh về kết quả thủ thuật.
- Ghi chép hồ sơ.
- Chỉ định điều trị thích hợp: kháng sinh, thuốc giảm co tử cung

VI. THEO DÕI

- Toàn trạng: mạch, nhiệt độ, huyết áp.
- Theo dõi co hồi tử cung và ra máu âm đạo.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu: kiểm tra dụng cụ tử cung đúng vị trí không, nếu không có bất thường tiếp tục dùng kháng sinh, thuốc giảm co bóp tử cung. Nếu ra máu nhiều và kéo dài thì lấy dụng cụ tử cung ra.
- Thủng tử cung: mổ cấp cứu
- Dụng cụ tử cung tụt vào ổ bụng: mổ nội soi lấy vòng.
- Nhiễm trùng sau đặt dụng cụ tử cung: kháng sinh và lấy dụng cụ tử cung ra

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1.Quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản- Bộ y tế 2013
2. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Từ Dũ 2016
3. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

HÚT BUỒNG TỬ CUNG DO RONG KINH RONG HUYẾT

I.ĐẠI CƯƠNG

Là một thủ thuật đưa ống hút vào buồng tử cung, dưới áp lực âm hút tổ chức từ buồng tử cung ra

II.CHỈ ĐỊNH

- Rong huyết kéo dài đã loại trừ có thai
- Mãn kinh ra máu
- Rong huyết trong u xơ tử cung
- Rong huyết không rõ nguyên nhân

III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Thiếu máu nặng, thể trạng người bệnh chưa cho phép tiến hành thủ thuật

IV.CHUẨN BỊ

a. Nhân viên

- Bác sĩ sản phụ khoa
- Rửa tay theo quy định
- Mặc áo, đeo khẩu trang, đi găng tay

b. Người bệnh

Tư vấn:

- Tình trạng bệnh lý phải chỉ định hút buồng tử cung
- Quá trình thực hiện thủ thuật: các bước thực hiện thủ thuật, tai biến có thể gặp trong khi làm thủ thuật và sau thủ thuật.
- Theo dõi sau hút buồng tử cung

Chuẩn bị:

- Khám toàn trạng(mạch, nhiệt độ, huyết áp).
- Người bệnh nằm theo tư thế phụ khoa
- Giảm đau bằng tiền mê tĩnh mạch: tiêm thuốc tiền mê

c. Thiết bị và dụng cụ

- Bơm hút chân không bằng tay loại 1 van
- Thuốc: Misopristol, Ecgometrin, Oxytoxin
- Thuốc giảm đau: tiêm tĩnh mạch hoặc thuốc gây tê ở cổ tử cung.
- Khăn vải trải vô khuẩn: trải ở mông, trên bụng và 2 đùi
- Găng tay vô khuẩn: 2 đôi
- Áo, mũ, khẩu trang vô khuẩn.
- Bộ dụng cụ:
  + Kẹp sát trùng: 2
  + Van âm đạo: 1
  + Kẹp cổ tử cung: 1
  + Thước đo tử cung
  + Ống hút: cỡ số 4,5

V.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Sát khuẩn vùng âm hộ và hai bên đùi
- Trải khăn vải vô khuẩn
- Sát khuẩn vùng âm hộ, âm đạo
- Đặt van âm đạo: sát khuẩn lại âm đạo, sát khuẩn cổ tử cung
- Kẹp cổ tử cung và đo buồng tử cung
- Hút buồng tử cung bằng bơm hút hoặc máy hút

- Đo lại buồng tử cung
- Lau và sát khuẩn lại âm đạo, cổ tử cung bằng 1 kẹp sát khuẩn mới
- Tháo dụng cụ
- Lấy bệnh phẩm hút ra gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh
- Trao đổi với người bệnh về kết quả thủ thuật
- Ghi chép hồ sơ
- Chỉ định điều trị thích hợp: kháng sinh, thuốc co tử cung

VI. THEO DÕI NGƯỜI BỆNH SAU HÚT 3 GIỜ

- Toàn trạng: mạch, nhiệt độ, huyết áp Theo dõi ra máu âm đạo

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu: loại trừ tổn thương tử cung, dùng thuốc co tử cung Oxytocin, Ecgotamin, Misoprostol và kháng sinh
- Thủng tử cung: mổ cấp cứu
- Nếu người bệnh nguyện vọng còn có con, hút sạch buồng tử cung, khâu lại chỗ thủng.
- Sau hút nên dùng thuốc tạo vòng kinh nhân tạo

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1.Quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản- Bộ y tế 2013
2. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Từ Dũ 2016
3. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

CẮT U THÀNH ÂM ĐẠO

I.ĐẠI CƯƠNG :

Polyp thành âm đạo là một khối u dính vào thành âm đạo, polyp được hình thành từ các mô tế bào âm đạo bị viêm nhiễm kích thích phát triển tăng sinh. Polyp có kích thước từ nhỏ cho đến lớn, chúng được nói với thành âm đạo bởi một chân rộng hoặc một cuống nhỏ. Một phụ nữ có thể có một hoặc nhiều polyp thành âm đạo, có thể sâu bên trong hoặc thò ra ngoài cửa mình với những polyp to hoặc có cuống dài.

Triệu chứng:

- Chảy máu âm đạo bất thường: xảy ra giữa chu kỳ kinh nguyệt, sau khi giao hợp, sau khi thụt rửa… Polyp thành âm đạo cũng có thể bị viêm nhưng không lây nhiễm.

II.CHUẨN BỊ

a. Nhân viên

- Bác sĩ sản phụ khoa

b. Người bệnh

- Người bệnh sau sạch kinh, không bị viêm nhiễm hoặc mắc các bệnh lây truyền đường tình dục
- Vệ sinh bộ phận sinh dục

c. Thiết bị và dụng cụ

- Bộ dụng cụ xoắn polyp:
  + Máy đốt điện
  + Chỉ buộc, chỉ khâu

III.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Người bệnh nằm ở tư thế sản khoa.
- Sát khuẩn, bộc lộ vùng âm đạo có polyp
  + Nếu polyp cuống nhỏ thì tiến hành xoắn polyp, đốt điện cầm máu tại chân polyp
  + Nếu polyp cuống to tiến hành đốt cắt, khâu cầm máu
- Gửi đến phòng xét nghiệm để được khảo sát dưới kính hiển vi.

IV.PHÒNG BỆNH:

- Khám phụ khoa định kỳ để phát hiện sớm những dấu hiệu bất thường của cơ thể. Chế độ vệ sinh: chế độ vệ sinh sạch sẽ, tránh bị viêm nhiễm phần phụ và các bệnh khác…
- Tạo cho mình một lối sống lành mạnh, chế độ tập luyện thể dục thể thao để tránh các bệnh gián tiếp gây nên polyp tại âm đạo hoặc tại cổ tử cung, tử cung.
- Có chế độ ăn cân đối, đầy đủ dinh dưỡng.
- Bổ sung vitamin E, C, kẽm...để có một hệ thống miễn dịch khỏe mạnh Polyp thành âm đạo đa số lành tính và thường chỉ được phát hiện khi đã có dấu hiệu như chảy máu khi quan hệ, ra máu bất thường hoặc ra nhiều khí hư…
- Vì vậy việc đi khám phụ khoa định kỳ nhằm phát hiện sớm và điều trị là rất cần thiết không chỉ là polyp tại thành âm đạo mà bao gồm các bệnh phụ khoa khác

V.TÀI LIỆU THAM KHẢO

1.Quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản- Bộ y tế 2013

2. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Từ Dũ 2016

3. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

BÓC NANG TUYẾN BARTHOLINE

I. ĐỊNH NGHĨA

Tuyến Bartholin nằm sau hành tiền đình và được da, cơ hoành - xốp che phủ. Ống tuyến dài khoảng 2cm đổ vào lỗ âm đạo ở phía bên ngoài màng trinh. Các cấu trúc che phủ tuyến có cùng mật độ nên trong trạng thái vô bệnh không sờ nắn được tuyến này.

Sự hình thành nang và áp xe xảy ra khi ống tuyến bị tắc tạo nên một nang, không gây đau đớn gì ở phần dưới của môi bé. Nếu có nhiễm khuẩn, sẽ tạo ap xe cấp tính.

II. CHỈ ĐỊNH

- Nang tuyến Bartholin.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không bóc tách nếu nang đang viêm mủ, cần cho kháng sinh trước.

IV. CHUẨN BỊ

1. **Người thực hiện:**

- Bác sỹ chuyên khoa phụ sản đã được đào tạo.

2. **Phương tiện:**

- Thuốc giảm đau, dụng cụ tiểu phẫu.

3. **Người bệnh:**

- Được giải thích đầy đủ.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Khâu miệng túi

- Nang tuyến Bartholin được rạch rộng ở bên trong môi bé. Bóc hết nang rồi khâu lại bằng chỉ tiêu.
- Áp xe tuyến Bartholin thì rạch dẫn lưu mủ, khâu viền quanh lỗ rạch bằng chỉ tiêu để tránh tái phát do miệng áp se bị bít lại.
- Các mũi khâu đều khâu bằng chỉ tiêu, không cần dẫn lưu.
- Đặt dẫn lưu tiểu 24 giờ.

Cắt bỏ tuyến

- Cách xử trí này được thực hiện khi khâu miệng túi thất bại, bệnh thành mạn tính. Việc cắt bỏ nang gây chảy máu nhiều khó kiểm soát, hay gây khối máu tụ sau mổ. Khi cả 2 tuyến Bartholin đều bị mất sẽ làm giảm sự ẩm ướt của âm đạo trong lúc kích thích tình dục.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Sau thủ thuật, phải cho kháng sinh, đề phòng nhiễm khuẩn.
- Chảy máu: Thường ít xảy ra, băng ép hoặc khâu lại.
- Nếu bóc tách chưa hết vỏ nang, nang có thể bị tái phát sau một thời gian, khi đó phải phẫu thuật lại để bóc lấy hết nang.

VII. Tài liệu tham khảo:

1. Quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản- Bộ Y tế 2013
2. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Từ Dũ 2016
3. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

TRÍCH RẠCH MÀNG TRINH DO Ứ MÁU KINH

I.ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật trích rạch tạo lỗ thủng màng trinh nhằm dẫn lưu máu kinh, chống đau, nhiễm trùng do ứ máu kinh và thuận lợi khi giao hợp.

II.CHỈ ĐỊNH

- Màng trinh không có lỗ.
- Ứ máu kinh trong âm đạo và buồng tử cung.
- Ứ máu kinh trong âm đạo và cổ tử cung.
- Ứ máu kinh trong buồng tử cung và lan ra cả hai vòi tử cung.
- Giao hợp khó khăn do màng trinh không thủng hoặc có lỗ thủng nhỏ.

III.CHUẨN BỊ

a. Nhân viên

- Bác sĩ chuyên khoa Phụ sản

b. Người bệnh

- Người bệnh phải đủ điều kiện thực hiện phẫu thuật.
- Không có biểu hiện của triệu chứng viêm nhiễm đường sinh dục.

c. Thiết bị và dụng cụ

- Bộ dụng cụ cắt tử cung đường âm đạo

d. Hồ sơ bệnh án

- Phẫu thuật theo qui định

IV.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. **Thì 1: Thăm dò màng trinh.**

- Vị trí ,độ dày của màng trinh để quyết định đường rạch

2. **Thì 2: Rạch màng trinh theo hình dấu cộng.**

- Đường rạch qua lỗ chọc kim thăm dò.
- Cắt một mảnh màng trinh
- Tách niêm mạc để khâu kín mép, tránh dính.

V.THEO DÕI

- Theo dõi toàn trạng, các dấu hiệu sinh tồn đặc biệt trong 24 giờ đầu sau phẫu thuật.
- Theo dõi tình trạng chảy máu qua âm đạo
- Chăm sóc vệ sinh: lau âm đạo, tầng sinh môn bằng dung dịch betadin hoặc các dung dịch sát trùng khác.

VI.TÀI LIỆU THAO KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản- Bộ Y tế 2013
2. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Từ Dũ 2016
3. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

SINH THIẾT CỔ TỬ CUNG, ÂM HỘ, ÂM ĐẠO

I.ĐẠI CƯƠNG:

Bệnh ung thư cổ tử cung là ung thư ở cổ tử cung Sinh thiết cổ tử cung âm hộ âm đạo hay còn được gọi là xét nghiệm tế bào cổ tử cung (Pap smaer) nhằm phát hiện ung thư sớm. Xét nghiệm này được tiến hành bằng cách lấy tế bào cổ tử cung nhuộm soi dưới kính hiển vi. Thông thường đối tượng thực hiện xét nghiệm sinh thiết cổ tử cung có thể phát hiện chính xác đến 90% trường hợp mắc ung thư cổ tử cung .

Đối tượng xét nghiệm:

Tất cả các phụ nữ sau hai năm kể từ lần giao hợp đầu tiên trở đi nên định kì đi làm xét nghiệm tế bào cổ tử cung, điều này sẽ sớm cho họ phát hiện ung thư cổ tử cung

II. CHỈ ĐỊNH:

Trong quá trình soi cổ tử cung nếu nghi ngờ có ung thư cổ tử cung, người bệnh sẽ được chỉ định sinh thiết cổ tử cung

III. CHUẨN BỊ

a. Nhân viên

- Bác sĩ sản phụ khoa

b. Người bệnh

- Không soi sinh thiết cổ tử cung trong thời gian ra kinh
- Không quan hệ tình dục trong vòng hai ngày trước khi soi sinh thiết cổ tử cung.
- Không dùng các loại thuốc giảm đau, hóa chất khử mùi hay thụt rửa âm đạo trong vòng một ngày trước soi sinh thiết cổ tử cung.
- Người bệnh được tư vấn về quá trình làm thủ thuật cũng như các hiện tượng có thể xảy ra sau khi sinh thiết, tầm quan trọng của việc sinh thiết cổ tử cung trong việc phát hiện sớm ung thư cổ tử cung

c. Thiết bị và dụng cụ

- Máy soi cổ tử cung
- Dụng cụ sinh thiết

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Người bệnh nằm ở tư thế sản khoa
- Đặt mỏ vịt bộc lộ cổ tử cung
- Lau sạch âm đạo
- Bôi dung dịch acid axetic 3% lên cổ tử cung, chờ 2 phút
- Tiếp tục bôi dung dịch lugol 10% rồi quan sát
- Tại vùng bôi nếu phát hiện các dấu hiệu bất thường bác sĩ sẽ dùng dụng cụ sinh thiết bấm vào vùng nghi ngờ lấy một mảnh bệnh phẩm sau đó bảo quản gửi đến phòng xét nghiệm
- Kết quả soi và sinh thiết cổ tử cung thường sẽ có trong vòng 1 đến 2 tuần sau đó.

V. THEO DÕI

Trong vòng một tháng, người bệnh cần đến tái khám để nhận kết quả và theo dõi hoặc điều trị tiếp nếu cần thiết.

Những lưu ý sau khi xét nghiệm: Sau khi thực hiện soi và sinh thiết cổ tử cung, không được quan hệ tình dục cũng như thụt rửa hay đưa bất kỳ thứ gì vào bên trong âm đạo ít nhất là trong vòng một tuần.

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Thông thường, người bệnh có thể bị xuất huyết nhẹ sau khi sinh thiết và không có tác dụng phụ nào khác. Tuy nhiên, nếu sau thủ thuật sinh thiết cổ tử cung có biểu hiện các triệu

chứng như: xuất huyết nhiều, đau bụng dưới, sốt, ớn lạnh hay dịch tiết có mùi hôi thì cần báo ngay cho bác sĩ để xử trí.

VII. TÀI LIỆU THAO KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản- Bộ Y tế 2013
2. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Từ Dũ 2016
3. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

CHÍCH ÁP XE VÚ

I.ĐẠI CƯƠNG

Là tổn thương ổ mủ ở vú do nhiễm trùng hoặc do tắc sữa mà không được điều trị sớm

II.CHỈ ĐỊNH

- Các áp xe đã thành mủ

III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Khối viêm đỏ chưa thành mủ

IV.CHUẨN BỊ

a. Nhân viên

- Bác sĩ

b. Người bệnh

- Người bệnh và gia đình: được giải thích lý do phải trích áp xe và ký giấy cam đoan đồng thủ thuật
- Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định
- Người bệnh cởi bỏ áo
- Tư thế nằm ngửa duỗi thẳng

c. Thiết bị và dụng cụ

- Cồn 70 hoặc dung dịch sát trùng như Betadin
- Bơm tiêm 5mL
- Thuốc gây tê tại chỗ bằng Xylocain 1% hoặc thuốc tê xịt bề mặt
- Bộ dụng cụ để chích áp xe:
  + Các khăn trải phẫu thuật vô khuẩn
  + Bàn khám hoặc bàn mổ

d. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án phẫu thuật phiên, đủ các xét nghiệm cần thiết

V.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. **Thì 1: Sát trùng rộng vùng áp xe từ trong ra ngoài**

- Dùng khăn vô trùng để bao bọc xung quanh vùng thủ thuật

2. **Thì 2: Xác định khối áp xe, tìm chỗ da mềm nhất**
3. **Thì 3: Rạch da ngay trên khối áp xe đường rạch theo đường chéo nan hoa với tâm là núm vú**

- Sau khi rạch qua da và tổ chức dưới da đi thẳng vào khối áp xe tránh làm nát các tổ chức xung quanh gây chảy máu.
- Dùng kẹp nhỏ hoặc đầu ngón tay trỏ phá các vách của khối áp xe thông nhau để mủ chảy ra
- Để da hở, đặt một gạc con trong ổ áp xe để dẫn lưu mủ ra ngoài, rút sau 12 giờ

VI.THEO DÕI

- Người bệnh được dùng thuốc giảm đau và kháng sinh uống hoặc tiêm trong 5 đến 7 ngày, thuốc chống phù nề
- Theo dõi chảy máu tại vết rạch

VII.TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu: chảy máu tại vùng rạch da hoặc trong ổ áp xe, khâu chỗ chảy máu dùng tiếp kháng sinh
- Không thoát mủ: mở thông lại, dùng kháng sinh tiêm

VIII.TÀI LIỆU THAO KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản- Bộ Y tế 2013
2. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Từ Dũ 2016
3. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

KHÁM PHỤ KHOA

I.ĐẠI CƯƠNG:

Khám phụ khoa là khám bộ phận sinh dục ngoài thời kỳ có thai. Mục đích khám là để phát hiện các bệnh ở âm hộ, âm đạo, cổ tử cung, thân tử cung, vòi trứng và buồng trứng, đồng thời xem có gì bất thường trong tiểu khung

II.CHỈ ĐỊNH

Thiếu

III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Thiếu

IV.CHUẨN BỊ

a. Nhân viên

- Bác sĩ, nữ hộ sinh

b. Người bệnh

- Được đi tiêu và tiểu trước
- Tôn trọng quy tắc khám 3 người

c. Thiết bị và dụng cụ

- Bàn khám, đèn chiếu
- Mỏ vịt, kìm kẹp bông, kìm sinh thiết, thước đo buồng tử cung, kìm cặp cổ tử cung
- Bông, gạc, găng cao su, dầu paraffin, dd acid acetic 3%, lugol 3%, thuốc sát khuẩn
- Máy soi cổ tử cung

V.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. **Hỏi:**

- Tên, tuổi, nghề nghiệp
- Lý do đến khám
- Tiền sử kinh nguyệt, tiền sử sản khoa, khí hư

2. **Nhìn:**

- Quan sát toàn thân: da, niêm mạc, cơ thể có phát triển cân đối không?
- Giọng nói, mọc râu, lông.
- Sẹo mổ cũ, hệ thống lông trên vệ, trên bụng, âm vật, hai môi lớn, hai môi bé, tầng sinh môn…

3. **Khám bằng mỏ vịt:**

- Đặt mỏ vịt đúng cách, nhẹ nhàng, qua mỏ vịt quan sát âm đạo, cổ tử cung, đánh giá niêm dịch, khí hư, xem xét các tổn thương phối hợp (nang nước, nhân di căn chorio), có dị tật bẩm sinh (vách ngăn, chấn thương sau đẻ như lỗ rò, sẹo rách cổ tử cung, âm đạo…), nang naboth cổ tử cung, polyp.
- Soi cổ tử cung bằng dung dịch acid acetic và lugol, chứng nghiệm Hinselmann, Schiller

4. **Thăm âm đạo kết hợp nắn bụng:**

- Đánh giá tử cung và 2 bên phần phụ

5. **Gõ:**

- Trong trường hợp có dịch cổ chướng,máu… phải gõ bụng ở tư thế nghiêng trái hoặc phải để xác định chẩn đoán

6. **Nghe:**

- Trường hợp khối u to, cần phân biệt với tử cung có thai bằng cách dung ống nghe sản khoa hoặc máy Doppler để phát hiện xem có tiếng tim thai hay tiếng thổi tử cung không

7. **Đo buồng tử cung:**

- Trong một số trường hợp như u xơ tử cung, sa sinh dục.. thì dùng thước đo buồng tử cung để thăm dò

VI.THEO DÕI

- Người bệnh được dùng thuốc giảm đau và kháng sinh uống hoặc tiêm trong 5 đến 7 ngày, thuốc chống phù nề
- Theo dõi chảy máu tại vết rạch

VII.TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu: chảy máu tại vùng rạch da hoặc trong ổ áp xe, khâu chỗ chảy máu dùng tiếp kháng sinh
- Không thoát mủ: mở thông lại, dùng kháng sinh tiêm

VIII.TÀI LIỆU THAO KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản- Bộ Y tế 2013
2. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Từ Dũ 2016
3. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

SOI CỔ TỬ CUNG

I.ĐẠI CƯƠNG

Soi cổ tử cung là phương pháp kiểm tra kỹ vùng cổ tử cung, âm đạo và âm hộ để phát hiện các bệnh viêm nhiễm, lộ tuyến, ung thư cổ tử cung…

Soi cổ tử cung là một trong những khâu cần thiết trong khám phụ khoa. Mục đích của phương pháp này là nhằm phát hiện nguyên nhân, các yếu tố gây viêm nhiễm phụ khoa, lộ tuyến cổ tử cung,… Từ đó, giúp người bệnh có thể ngăn ngừa và điều trị kịp thời những ảnh hưởng do các bệnh phụ khoa gây ra

II.CHỈ ĐỊNH

- Soi cổ tử cung là một trong những thủ thuật trong quá trình tầm soát các bệnh phụ khoa theo định kỳ. Tuy nhiên, thủ thuật này cũng có thể tách riêng và áp dụng đối với các trường hợp:
- Chị em có biểu hiện viêm nhiễm và có nhu cầu soi cổ tử cung để phát hiện nguyên nhân gây bệnh, loại bệnh . Chị em có nhu cầu thực hiện tầm soát ung thư cổ tử cung, các bệnh viêm nhiễm xảy ra ở cổ tử cung

III.QUY TRÌNH KỸ THUẬT

- Bác sĩ dùng mỏ vịt để cho vào âm đạo và cổ tử cung, sau đó sẽ hướng máy soi vào và quan sát từ âm hộ, âm đạo, cổ tử cung .
- Thực hiện soi tại các vị trí để phát hiện tình trạng hiện tại của các bộ phận và phát hiện các bất thường (nếu có) .
- Phân tích kết quả và đọc kết quả, chẩn đoán bệnh

IV.TÀI LIỆU THAO KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản- Bộ Y tế 2013
2. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Từ Dũ 2016
3. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

BÓC NHÂN XƠ VÚ

I.ĐẠI CƯƠNG

Tỷ lệ các tổn thương vú lành tính có thể gặp ở khoảng 50% phụ nữ trong đó nhiều nhất là nang xơ vú và nhân xơ vú

II.CHỈ ĐỊNH

- Các nang xơ lành tính hoặc nguy cơ thoái triển xấu dẫn đến ung thư
- Người bệnh có nguyện vọng được bóc bỏ Tổn thương nghi ngờ khi làm sinh thiết

III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tổn thương nghi bất thường nhiều hơn (ví dụ ung thư)
- Người bệnh chưa có con (tương đối), có thể để theo dõi, điều trị nội khoa

IV.CHUẨN BỊ

a. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên được đào tạo về phẫu thuật vú, cả thẩm mĩ và giữ được chức năng vú (nếu chỉ bóc bỏ nhân vú lành tính)

b. Người bệnh

- Người bệnh cởi bỏ áo
- Tư thế nằm ngửa duỗi thẳng

c. Thiết bị và dụng cụ

- Cồn 70 hoặc dung dịch sát trùng như Betadin
- Bơm tiêm 5ml
- Thuốc gây tê tại chỗ bằng Xylocain 1% hoặc gây mê
- Bộ dụng cụ để phẫu thuật
- Các khăn trải phẫu thuật vô khuẩn
- Bàn phẫu thuật thông thường

d. Hồ sơ bệnh án:

- Bệnh án phẫu thuật theo chương trình, đủ các xét nghiệm thăm dò, được duyệt mổ của bệnh viện

V.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. **Thì 1**

- Sát trùng rộng vùng phẫu thuật từ trong ra ngoài
- Dùng khăn vô trùng để bao bọc xung quanh phẫu trường

2. **Thì 2**

- Xác định vị trí khối u cần cắt bỏ, nếu nhỏ có thể dùng kim để xác định mốc tốt nhất là làm dưới gây mê, nếu không có điều kiện thì gây tê tại chỗ
- Sau khi rạch qua da và tổ chức dưới da dùng kéo bóc tách để đi thẳng vào khối u tránh làm nát các tổ chức xung quanh gây chảy máu
- Lấy bỏ khối u qua vết rạch sau khi đã bóc tách và cầm máu kĩ các tổ chức xung quanh khối u bằng chỉ tiêu. Nếu khối u ở sâu thì sau đó cần khâu ép lại tổ chức đã rạch sau khi đã kiểm tra kĩ không thấy chảy máu

3. **Thì 3**

- Khâu phục hồi lại da bằng chỉ lin hoặc khâu luồn dưới da bằng chỉ tiêu Vicryl 2.0.
- Băng lại vết mổ có thể băng ép bằng băng chun quanh ngực nếu nghi ngờ diện bóc tách còn có thể chảy máu, sẽ tháo bỏ sau 12-24 giờ
- Sau khi bóc xong tổ chức bóc bỏ phải được gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh

VI.THEO DÕI

1. **Người bệnh**

- Được dùng thuốc giảm đau thêm và thuốc kháng sinh và thuốc chống phù nề

2. **Theo dõi chảy máu**

- Tại vết mổ hoặc có thể gây tụ máu dưới da làm bầm tím cả một vùng vú, trong ca này thì tuỳ theo mức độ chảy máu mà có thể phải mở vết mổ để cầm máu lại hoặc dùng băng chun băng ép chặt để cầm máu

3. **Người bệnh**

- Có thể ăn uống trở lại bình thường sau phẫu thuật và xuất viện sau phẫu thuật 6 giờ nếu là gây tê tại chỗ và vết mổ không chảy máu

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. **Chảy máu**

- Vì tổ chức vú là tổ chức mỡ lỏng lẻo dễ chảy máu nên trong quá trình phẫu thuật phải vừa bóc tách vừa cầm máu và nên khâu ép hết đáy diện bóc tách

2. **Tụ máu**

- Cắt chỉ, khâu cầm máu, dùng tiếp kháng sinh

3. **Nhiễm trùng vết mổ**

- Nếu có thường xảy ra vào ngày thứ 4 hoặc thứ 5 sau phẫu thuật với triệu chứng sưng đau đỏ tấy vùng vết mổ. Trong trường hợp này phải dùng thêm kháng sinh và tách vết mổ để mủ chảy ra ngoài rửa vết mổ bằng Betadin hàng ngày

VIII. TÀI LIỆU THAO KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản- Bộ Y tế 2013
2. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Từ Dũ 2016
3. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

PHẦN 2:
KẾ HOẠCH HOÁ GIA ĐÌNH

TRIỆT SẢN NỮ QUA ĐƯỜNG RẠCH NHỎ

I.ĐẠI CƯƠNG

Triệt sản nữ (thắt và cắt VTC) là biện pháp tránh thai hiệu quả nhất, an toàn, kinh tế, đơn giản, không ảnh hưởng đến sức khoẻ, quan hệ tình dục.

Tuyến áp dụng từ tuyến huyện bao gồm cả đội KHHGĐ lưu động của huyện trở lên.

Nguyên tắc chung

- Làm tắc VTC bằng cách thắt và cắt VTC
- Đảm bảo tuần hoàn nuôi dưỡng cho VTC và buồng trứng

II. CHỈ ĐỊNH

- Phụ nữ ở độ tuổi sinh đẻ đã có đủ số con mong muốn, các con khoẻ mạnh tự nguyện dung một biện pháp tránh thai vĩnh viễn và không hồi phục sau khi đã được tư vấn đầy đủ
- Phụ nữ bị các bệnh chống chỉ định có thai
- Do nguyên nhân y tế - xã hội: đẻ nhiều lần, đời sống kinh tế khó khăn, nguyện vọng người mẹ không muốn đẻ thêm nữa.
- Do nguyên nhân xã hội hoàn toàn: không muốn có con nữa, phụ thuộc vào nguyện vọng của người phụ nữ hoặc cặp vợ chồng

III. CHUẨN BỊ

a. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa Phụ sản có kinh nghiệm, được đào tạo và có kỹ năng về phẫu thuật triệt sản

b. Phương tiện

- Bộ dụng cụ phẫu thuật triệt sản

c. Người bệnh

- Tư vấn cho khách hang về ưu nhược điểm cử triệt sản nữ
- Giải thích qui trình triệt sản nữ
- Hỏi tiền sử nội ngoại khoa
- Khám toàn thân và khám chuyên khoa để đánh giá bệnh lý phối hợp
- Xét nghiệm máu: hemoglobin và hematocrit
- Người bệnh ký cam đoan phẫu thuật
- Thụt tháo
- Vệ sinh vùng bụng và âm hộ, thông đái, sát khuẩn thành bụng vùng mổ

d. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ phẫu thuật theo quy định, có duyệt mổ của lãnh đạo khoa, bệnh viện và phân công phẫu thuật viên.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Thời điểm thực hiện
  + Khi không có thai
  + Sau đẻ: thời điểm tốt nhất là trong vòng 7 ngày đầu hoặc 6 tuần sau đẻ
  + Sau phá thai; trong vòng 7 ngày đầu
  + Kết hợp triệt sản sau phẫu thuật bụng dưới

1. **Thì 1**

- Gây tê tại chỗ
- Đường mở bụng nhỏ (minilap)
- Đường mở bụng lớn khi kết hợp phẫu thuật khác và triệt sản

2. **Thì 2 Kỹ thuật làm tắc vòi tử cung**

- Tìm và xác định hai vòi tử cung đi từ sừng tử cung tới loa vòi tử cung
- Dùng kẹp răng chuột nâng phần eo của vòi tử cung hình thành quai vòi
- Dùng chỉ catgut thắt dưới quai một đoạn
- Cắt quai vòi trên chỉ buộc
- Thực hiện kỹ thuật tương tự cho vòi tử cung bên đối diện
- Sau khi kiểm tra đủ gạc, đóng bụng theo từng lớp có thể không cần khâu phúc mạc thành bụng

V. THEO DÕI

- Ngay sau triệt sản theo sõi các dấu hiệu sinh tồn
- Uống kháng sinh 5 ngày
- Giảm đau

VI. TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG

- Chảy máu ổ bụng
- Khối máu tụ

VII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản- Bộ Y tế 2013
2. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Từ Dũ 2016
3. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

PHẪU THUẬT NỘI SOI TRIỆT SẢN NỮ

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật này đã được Blundell (Anh) đề xuất từ năm 1827. Năm 1880, Lundgren (Mỹ) thực hiện ca triệt sản đầu tiên sau khi phẫu thuật mổ lấy thai lần 2.

Triệt sản nữ (thắt vòi tử cung) là biện pháp tránh thai hiệu quả nhất, an toàn, kinh tế, đơn giản

Nguyên tắc chung

- Làm tắc thắt vòi tử cung bằng cách thắt và cắt thắt vòi tử cung
- Đảm bảo tuần hoàn nuôi dưỡng cho thắt vòi tử cung và buồng trứng

II. CHỈ ĐỊNH

- Do nguyên nhân y tế đơn thuần: bệnh lý mẹ
- Do nguyên nhân y tế - xã hội: đẻ nhiều lần, đời sống kinh tế khó khăn, nguyện vọng người mẹ không muốn đẻ thêm nữa.
- Do nguyên nhân xã hội hoàn toàn: không muốn có con nữa, phụ thuộc vào nguyện vọng của người phụ nữ hoặc cặp vợ chồng
- Do yêu cầu của vận động kế hoạch hóa gia đình nhằm giảm dân số

III. CHUẨN BỊ

a. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa Phụ sản có kinh nghiệm, được đào tạo

b. Phương tiện

- Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi

c. Người bệnh

- Khám toàn thân và khám chuyên khoa để đánh giá bệnh lý phối hợp
- Tư vấn cho người bệnh về lý do phẫu thuật, các nguy cơ của phẫu thuật.
- Người bệnh ký cam đoan phẫu thuật
- Thụt tháo
- Vệ sinh vùng bụng và âm hộ, thông đái, sát khuẩn thành bụng vùng mổ

d. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ phẫu thuật theo quy định, có duyệt mổ của lãnh đạo khoa, bệnh viện và phân công phẫu thuật viên.

IV. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN KỸ THUẬT

1. **Thì 1: bơm CO2:**

- Điểm chọc kim bơm CO2 thường ở ngay mép dưới rốn cũng là nơi chọc trocart đèn soi (đây là điểm chọc phổ biến nhất). Trong ca có sẹo mổ cũ đường trắng giữa dưới rốn thì có thể chọc kim ở vị trí hạ sườn trái hoặc nội soi mở.
- Bơm CO2 đến áp lực mong muốn (khoảng 15mmHg)
- Có thể chọc trocart đèn soi trực tiếp ở ngay mép rốn sau đó bơm CO2

2. **Thì 2: Chọc Trocart**

- Chọc trocart đèn soi (trocart 10 hoặc 5) ở ngay mép rốn và trocart phẫu thuật ở trên vệ

3. **Thì 3: Bộc lộ đánh giá toàn bộ tiểu khung, quan sát tử cung, vòi tử cung**
4. **Thì 4: Triệt sản**

- Đốt vòi tử cung bằng dao 2 cực, ở vị trí sát 2 tai vòi
- Dùng dao 1 cực cắt đôi vòi tử cung ở vị trí vừa đốt bằng dao 2 cực
- Sau đó dùng dao 2 cực đốt lại 2 đầu mỏm cắt vòi tử cung.

5. **Thì 5: Rửa ổ bụng nếu cần và kiểm tra lại lần cuối**
6. **Thì 6: Rút trocart, khâu da**

V. TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG

- Tổn thương hệ tiêu hóa
- Tổn thương hệ tiết niệu
- Tổn thương mạch máu
- Bỏng do điện
- Chảy máu trong mổ
- Có thai lại sau triệt sản

VI. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản- Bộ Y tế 2013
2. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Từ Dũ 2016
3. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

CẤY, RÚT MẢNH GHÉP TRÁNH THAI

I.ĐẠI CƯƠNG

Thuốc cấy tránh thai là biện pháp tránh thai tạm thời có chứa Progestin. Hiện nay thuốc cấy tránh thai có 2 loại : Norplant gồm 6 nang mềm, vỏ bằng chất dẻo sinh học, mỗi nang chứa 36 mg Levonogestrel và Implanon chỉ có 1 nang chứa 68 mg Etonogestrel. Norplant có tác dụng tránh thai trong 5 năm, Implanon có tác dụng tránh thai trong 3 năm.

II.CHỈ ĐỊNH

- Phụ nữ muốn sử dụng một biện pháp tránh thai dài hạn có hồi phục và không có chống chỉ định.
- Muốn rút que cấy tránh thai vì đã hết hạn sử dụng hoặc muốn có thai hoặc theo yêu cầu của người bệnh.

III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Chống chỉ định tuyệt đối

- Có thai
- Đang bị ung thư vú

Chống chỉ định tương đối

- Ra máu âm đạo bất thường chưa rõ nguyên nhân
- Đã từng bị ung thư vú và không có biểu hiện tái phát trong vòng 5 năm trở lại
- U gan, xơ gan
- Bệnh huyết khối, viêm tĩnh mạch
- Lupus ban đỏ
- Đã từng bị hoặc đang bị tai biến mạch máu não hoặc thiếu máu cơ tim
- Đau nửa đầu có kèm mờ mắt

IV.CHUẨN BỊ

a. Người thực hiện

- Nữ hộ sinh trung học, y sĩ hay bác sĩ chuyên khoa phụ sản, đã được đào tạo

b. Phương tiện

- Que cấy tránh thai
- Lidocain 1% hoặc Xylocain 1% gây tệ hại chỗ 2-3 ml
- Dung dịch sát khuẩn Betadin.
- Găng, khăn vô khuẩn
- Băng, băng chun
- Gạc vô khuẩn
- Bơm tiêm gây tê tại chỗ 5 ml

c. Người bệnh

- Hỏi tiền sử loại trừ chống chỉ định
- Khám phụ khoa
- Được tư vấn về các ưu, nhược điểm của que cấy tránh thai
- Các tác dụng phụ
- Cách theo dõi que cấy
- Cấy ở tay không thuận

V.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. **Thời điểm cấy**

- Ngay khi đang có kinh hoặc trong 7 ngày đầu của vòng kinh (chưa giao hợp)
- Ở bất kỳ thời điểm nào nếu chắc chắn không có thai. Nếu quá 7 ngày từ khi bắt đầu hành kinh cần tránh giao hợp hoặc sử dụng thêm biện pháp tránh thai hỗ trợ trong 7

ngày kế tiếp.
- Sau 6 tuần sau khi sinh
- Ngay sau khi phá thai hoặc sẩy thai
- Ngay sau khi lấy que cấy nếu muốn cấy tiếp

2. **Kỹ thuật cấy**

d. Norplant (6 que)
- Sát khuẩn vùng da định cấy, thường ở mặt trong cánh tay không thuận
- Gây tê dưới da vùng cấy, mỗi nang quạt 1 ml Lidocain 1%
- Rạch da 2 mm
- Đưa ống đặt vào dưới da qua đường rạch
- Đặt từng que Norplant từ bên này sang bên kia
- Băng chỗ cấy

e. Implanon (1 que)
- Sát khuẩn vùng da định cấy, thường ở mặt trong cánh tay không thuận
- Gây tê vùng định cấy bằng lidocain 1% dọc đường cấy
- Lấy ống cấy vô khuẩn ra khỏi bao bì
- Kiêm tra bằng mắt thường xem nang cấy có trong kim không
- Cấy nang thuốc
- Kiểm tra nang thuốc đã được cấy
- Băng ép bằng gạc vô khuẩn

3. **Kỹ thuật tháo (áp dụng chung cho Norplant và Implanon)**
- Sát khuẩn
- Gây tê
- Rạch da 2 mm
- Dùng tay nắn cho đầu nang lộ ra
- Dùng một kẹp nhỏ kẹp đầu nang cấy và kéo nhẹ ra
- Sát khuẩn, băng lại

VI. NHỮNG VẤN ĐỀ KHÓ KHĂN KHI SỬ DỤNG VÀ CÁCH XỬ TRÍ

1. **Rối loạn kinh nguyệt**
- Vô kinh
- Kinh không đều, ra máu thấm giọt
- Ra máu quá nhiều (hiếm gặp)

2. **Xử trí**
- Thuốc tránh thai kết hợp hoặc estrogen trong 21 ngày nếu rong huyết
- Transamin 500mg 4v/ ngày từ 7 đến 10 ngày
- Giải thích cho người bệnh tình trạng rối loạn kinh nguyệt sẽ giảm và hết sau vài tháng cấy que.
- Có ca phải tháo que cấy.

3. **Tại vị trí cấy**
- Đau sau khi cấy
- Đảm bao băng ép không quá chặt
- Tránh đè mạnh vào vùng cấy
- Cho thuốc giảm đau
- Nhiễm khuẩn vị trí cấy (ít khi gặp)

VII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản- Bộ Y tế 2013
2. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Từ Dũ 2016
3. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

ĐẶT VÀ THÁO DỤNG CỤ TỬ CUNG

I.ĐẠI CƯƠNG

Dụng cụ tử cung là một biện pháp tránh thai tạm thời và hiệu quả.

Dụng cụ tử cung có hai loại:

- Loại dụng cụ tử cung có chứa đồng (TCu 380A có tác dụng tránh thai 8- 10 năm và Mutiload 375 có tác dụng trong 5 năm)
- Loại dụng cụ TC giải phóng Levonogestrel chứa 52 mg Levonogestrel, giải phóng 20mcg hoạt chất/ngày tác dụng tối đa 5 năm

II.CHỈ ĐỊNH

- Phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ muốn áp dụng một biện pháp tránh thai tạm thời, dài hạn hiệu quả cao và không có chống chỉ định
- Phụ nữ đang đặt DCTC muốn tháo để sinh đẻ hoặc chuyển BPTT khác

III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Tuyệt đối

- Có thai
- Nhiễm khuẩn hậu sản
- Ngay sau sảy thai nhiễm khuẩn
- Ra máu âm đạo chưa rõ nguyên nhân
- Ung thư cổ tử cung, ung thư niêm mạc tử cung
- U xơ tử cung hoặc các dị dạng khác làm biến dạng buồng tử cung
- Đang viêm tiểu khung, nhiễm khuẩn đường sinh sản
- Bệnh huyết áp cao, bệnh gan, bệnh thận, bệnh tim nặng
- Lao vùng chậu

Tương đối

- Có nguy cơ bị nhiễm khuẩn đường sinh sản hoặc nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục cao
- Có tiền sử thai ngoài tử cung
- Trong thời gian từ 48 giờ đến 4 tuần sau đẻ
- Tháo dụng cụ tử cung theo yêu cầu của người bệnh hoặc của cán bộ y tế không có chống chỉ định
- Đang bị bệnh lupus ban đỏ hệ thống ,hoặc có giảm tiểu cầu trầm trọng
- Bệnh nguyên bào nuôi lành tính có nồng độ β-hCG giảm dần
- Đã từng bị ung thư vú và không có biểu hiện tái phát trong 5 năm trở lại (chỉ với vòng levonogestrel)
- Bệnh AIDS đang không ổn định
- Đang bị thuyên tắc mạch (chỉ chống chỉ định với levonogestrel)
- Đang hoặc đã bị thiếu máu cơ tim

IV.CHUẨN BỊ

a. Người thực hiện

- Nữ hộ sinh trung cấp, y sĩ hay bác sĩ chuyên khoa phụ sản.
- Người làm thủ thuật: rửa tay, đội mũ, mặc áo, đeo khẩu trang, đeo găng vô khuẩn.

b. Phương tiện

- Dụng cụ tử cung
- Van hoặc mỏ vịt
- Kẹp pozzi
- 2 panh sát khuẩn

- Dung dịch sát khuẩn, khăn vô khuẩn, găng, bông gạc vô khuẩn.

c. Người bệnh

- Được tư vấn và giới thiệu về loại dụng cụ tử cung hiện có, hướng dẫn cụ thể về loại dụng cụ tử cung người bệnh sẽ dùng.
- Giới thiệu và giải thích về ưu nhược điểm của loại dụng cụ tử cung mà người bệnh đó chọn.
- Cách theo dõi sau đặt và tháo dụng cụ tử cung
- Cho người bệnh đi tiểu
- Để người bệnh nằm trên bàn theo tư thế phụ khoa

V.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Thời điểm đặt dụng cụ tử cung

a. Dụng cụ tử cung có chứa đồng (Tcu 380A và Multiload 375)

- Đặt dụng cụ tử cung sau sạch kinh 2 ngày chưa giao hợp là thuận lợi nhất
- Ở bất kỳ thời điểm nào nếu biết chắc chắn là không có thai, không cần sử dụng biện pháp tránh thai hỗ trợ
- Bất kỳ lúc nào trong vòng 12 ngày đầu của kỳ kinh (chưa giao hợp).

b. Dụng cụ tử cung giải phóng Levonogestrel

- Trong vòng 7 ngày đầu kể từ ngày kinh đầu tiên
- Ở bất kỳ thời điểm nào nếu biết chắc chắn là không có thai,
- Nếu đã quá 7 ngày từ khi bắt đầu hành kinh cần tránh giao hợp hoặc sử dụng thêm biện pháp tránh thai hỗ trợ trong vòng 7 ngày kế tiếp.
- Vô kinh; bất cứ thời điểm nào nếu khẳng định không có thai, cần tránh giao hợp hoặc sử dụng thêm biện pháp tránh thai hỗ trợ trong 7 ngày kế tiếp.
- Sau sinh 4-6 tuần trở đi (kể cả sau phẫu thuật lấy thai)
- Sau phá thai ba tháng đầu và ba tháng giữa, trừ nhiễm khuẩn sau phá thai.

2. Kỹ thuật

a. Đặt dụng cụ tử cung Tcu 380A và Multiload 375

- Khám trong để xác định tư thế, thể tích tử cung.
- Thay găng vô khuẩn
- Sát khuẩn bộ phận sinh dục ngoài (kẹp sát khuẩn 1)
- Trải khăn vô khuẩn
- Bộc lộ cổ tử cung
- Sát khuẩn cổ tử cung và túi cùng âm đạo bằng Betadin (kẹp sát khuẩn 2)
- Cặp cổ tử cung bằng pozzi
- Đo buồng tử cung
- Lắp dụng cụ tử cung vào ống đặt
- Đưa dụng cụ tử cung vào trong tử cung. Cắt dây dụng cụ tử cung để lại từ 2– 3 cm và gập vào túi cùng sau âm đạo.

b. Đặt dụng cụ tử cung giải phóng Levonogestrel

- Các bước như với dụng cụ tử cung Tcu 380A và Multiload 375
- Chú ý: thao tác thành thạo kỹ thuật đặt theo từng bước

3. Tháo dụng cụ tử cung

a. Vì lý do y tế

- Có thai
- Ra máu nhiều
- Đau bụng dưới nhiều
- Nhiễm khuẩn tử cung hoặc tiểu khung
- Dụng cụ tử cung bị tụt thấp

- Đã mãn kinh (sau khi mất kinh từ tháng 12 trở lên)
- Dụng cụ tử cung đã hết hạn

b. Vì lý do cá nhân

- Muốn có thai trở lại
- Muốn dùng một biện pháp tránh thai khác
- Không cần dùng biện pháp tránh thai khác

c. Cách tháo dụng cụ tử cung

- Cả 3 loại dụng cụ tử cung (Tcu 380A, Multiload 375 và Mirena) đều có dây nên chỉ cần dùng kẹp cặp vào 2 dây nhẹ nhàng kéo ra là được.
- Nếu không thấy dây phải nong cổ tử cung dùng panh hình tim hoặc panh dài không có răng cặp và kéo dụng cụ tử cung.

VI.THEO DÕI

- Sau khi đặt dụng cụ tử cung cho người bệnh nằm theo dõi 30 phút, uống thuốc kháng sinh 5 ngày tránh viêm nhiễm, uống thuốc giảm co bóp tử cung, làm việc nhẹ.
- Kiêng giao hợp 1 tuần
- Khám lại vào các thời điểm
- Một tháng sau khi đặt
- Ba tháng sau khi đặt
- Một năm kiểm tra lại một lần
- Khám lại ngay khi chưa có dấu hiệu bất thường như đau bụng nhiều, ra máu nhiều kéo dài, âm đạo ra dịch hôi…

VII.XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Biến chứng do đặt và tháo dụng cụ tử cung rất ít. Tuy nhiên một số biến chứng có thể gặp trong khi đặt và tháo dụng cụ tử cung như: thủng tử cung, nhiễm khuẩn, chảy máu nhiều….
- Thủng tử cung phẫu thuật khâu lỗ thủng
- Nhiễm khuẩn: điều trị kháng sinh
- Ra máu nhiều có thể phải lấy dụng cụ tử cung

VIII.TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản- Bộ Y tế 2013
2. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Từ Dũ 2016
3. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

TRIỆT SẢN NAM

I. CHỈ ĐỊNH

- Nam giới đang ở trong độ tuổi sinh sản đã có đủ số con mong muốn, các con khỏe mạnh, tự nguyện dùng một biện pháp tránh thai vĩnh viễn và không hồi phục.

II. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Đang nhiễm khuẩn tại chỗ vùng bìu, bệnh lây truyền qua đường tình dục, viêm tinh hoàn, viêm mào tinh.
- Tràn dịch màng tinh.
- Các bệnh lý tại chỗ: thoát vị bẹn, có khối u trong bìu, giãn tĩnh mạch vùng bìu.
- Rối loạn đông máu.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Khám

- Tìm hiểu kỹ xem người bệnh có đúng chỉ định không.
- Hỏi tiền sử bệnh tật nội ngoại khoa, khám toàn thân.
- Khám vùng sinh dục ngoài (bìu, tinh hoàn, mào tinh).
- Có đơn tình nguyện triệt sản có chữ ký cả 2 vợ chồng.

2. Thời điểm thực hiện

- Có thể thực hiện triệt sản nam ở bất kỳ thời gian nào thuận tiện.

3. Kỹ thuật triệt sản nam không dùng dao

- Rửa sạch và sát khuẩn vùng sẽ thực hiện thủ thuật.
- Trải săng vải có lỗ để hở vùng bìu.
- Gây tê tại chỗ bằng Lidocain 1%.
- Dùng kỹ thuật 3 ngón tay để xác định và cố định ống dẫn tinh.
- Đặt kẹp ôm ống dẫn tinh qua cả da bìu.
- Chọc kìm chuyên dụng qua da.
- Bộc lộ và nâng cao ống dẫn tinh.
- Cặp để cố định ống dẫn tinh bằng kẹp vòng tròn.
- Bóc tách cân tinh.
- Thắt và cắt đoạn ống dẫn tinh.
- Đặt 1 mảnh cân để cách ly đầu xa của ống dẫn tinh.
- Thực hiện các bước kỹ thuật tương tự để thắt và cắt ống dẫn tinh bên đối diện.
- Băng ép lỗ mở da bìu.

IV. THEO DÕI

1. Hướng dẫn người bệnh tự chăm sóc

- Người bệnh có thể có cảm giác tức nặng ở bìu nhưng không đau (nên mặc quần lót chật trong vài ngày đầu giúp có cảm giác thoải mái).
- Tránh lao động nặng trong 1 -2 ngày đầu.

2. Theo dõi các dấu hiệu viêm nhiễm tại chỗ.

- Sau 1 tuần có thể sinh hoạt tình dục nhưng phải dùng bao cao su trong 20 lần xuất tinh đầu hoặc trong vòng 3 tháng đầu tiên sau khi triệt sản.

V. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản- Bộ Y tế 2013
2. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Từ Dũ 2016
3. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

PHẦN 3:
PHÁ THAI

PHÁ THAI BẰNG THUỐC ĐẾN HẾT 7 TUẦN

I.ĐẠI CƯƠNG

Phá thai bằng thuốc (PTBT) là phương pháp chấm dứt thai kì bằng cách sử dụng thuốc Mifepristone và misoprostol.

Điều kiện áp dụng:

- Người bệnh cần ở gần bệnh viện (không quá 60 phút khi đi bằng cách bất cứ phương tiện gì)

II. CHỈ ĐỊNH:

- Thai trong tử cung có tuổi thai đến hết 49 ngày (theo siêu âm)

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. **Tuyệt đối:**

- Hẹp van hai lá, tắc mạch hoặc tiền sử tắc mạch.
- Bệnh lý tuyến thượng thận,
- Rối loạn đông máu, sử dụng thuốc chống đông.
- Thiếu máu nặng và trung bình.
- Dị ứng misoprostol hoặc mifepristone.
- Chẩn đoán xác định hoặc nghi ngờ thai ngoài tử cung
- Có thai ở sẹo mổ cũ ở tử cung.

2. **Tương đối:**

- Điều trị corticoid toàn thân lâu ngày
- Tăng huyết áp
- Đang viêm nhiễm sinh dục cấp tính (nên điều trị viêm nhiễm trước khi PTBT)
- Dị dạng sinh dục.
- Vết mổ cũ ở tử cung: cân nhắc rất thận trọng, đồng thời phải giảm liều Misoprostol và tăng khoảng cách thời gian giữa các lần dùng thuốc.

IV. CHUẨN BỊ

a. Người thực hiện:

- Bác sĩ sản phụ khoa đã được huấn luyện về phá thai bằng thuốc và thành thạo kĩ thuật
- phá thai bằng phương pháp ngoại khoa

V. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

1. **Tư vấn:**

- Thảo luận về quyết định chấm dứt thai kì.
- Tư vấn về các biện pháp phá thai hiện có tại cơ sở.
- Tư vấn về phương pháp phá thai bằng thuốc.
- Tư vấn về các tai biến có thể xảy ra và tác dụng phụ của thuốc
- Tư vấn về theo dõi sau phá thai bằng thuốc
- Các dấu hiệu cần khám lại ngay
- Sự cần thiết của việc khám lại sau 2 tuần
- Các dấu hiệu bình thường sau khi dùng thuốc
- Các dấu hiệu phục hồi sức khỏe và khả năng sinh sản sau phá thai
- Thông tin về các biện pháp tránh thai, hướng dẫn chọn lưa biện pháp thích hợp và sử dụng đúng để tránh phá thai lần nữa

2. **Chuẩn bị người bệnh**

- Hỏi tiền sử để loại trừ chống chỉ định
- Khám toàn thân
- Khám phụ khoa

- Siêu âm
- Ký cam kết tự nguyện phá thai

3. **Phác đồ sử dụng thuốc**

- Uống 1 viên Mifepristone 200mcg tại bệnh viện. Theo dõi mạch, huyết áp, tình trạng toàn thân của người bệnh trong vòng 15 phút. Sau đó cho người bệnh về nhà.
- Sau 24-48 giờ, ngậm dưới lưỡi hoặc ngậm bên má 800mcg misoprostol tại nhà hoặc bệnh viện.

VI. THEO DÕI

1. **Theo dõi trong những giờ đầu sau dùng thuốc**

- Dấu hiệu sinh tồn mỗi giờ một lần trong ba giờ đầu
- Tình trạng ra máu âm đạo, đau bụng (có thể sử dụng thuốc giảm đau nếu cần) và các tác dụng phụ (nôn, buồn nôn, tiêu chảy, sốt).

2. **Khám lại sau 2 tuần: để đánh giá hiệu quả điều trị**

- Khai thác bệnh sử, khám lâm sàng, siêu âm kiểm tra (nếu cần thiết)
- Sẩy thai hoàn toàn: kết thúc điều trị
- Ứ máu nhiều, sót nhau, thai lưu:
  + Ngậm dưới lưỡi 400mcg misoprostol hoặc
  + Uống 600 mcg misoprostol (có thể dùng lặp lại)
  + Hút buồng tử cung
- Thai tiếp tục phát triển: hút thai hoặc tiếp tục liệu trình phá thai bằng thuốc nếu người bệnh mong muốn và trong giới hạn tuổi thai cho phép.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu nhiều: khi âm đạo ướt đẫm 2 băng vệ sinh dày trong 1 giờ và kéo dài 2 giờ liên tiếp

Xử trí:

1. **Khi không ảnh hưởng tổng trạng**

- Nếu thấy sẩy thai đang tiến triển và nhau thập thò cổ tử cung thì dùng kiềm tim gắp mô nhau ra, và dùng thuốc co hồi tử cung (oxytocin, misoprostol)
- Nếu ứ dịch buồng tử cung nhiều thì hút buồng tử cung cầm máu

2. **Khi có ảnh hưởng tổng trạng: vừa hồi sức vừa thực hiện thủ thuật như trên, có thể nhập viện**

- Rong huyết kéo dài, mệt mỏi, có dấu hiệu thiếu máu: điều trị nội khoa hoặc ngoại khoa tùy tình trạng lâm sàng, và có thể nhập viện
- Nhiễm khuẩn rất hiếm khi xảy ra
- Triệu chứng: sốt hoặc ớn lạnh, dịch tử cung có mùi hôi, đau vùng bụng hoặc vùng chậu, ra máu âm đạo kéo dài hoặc ra máu thấm giọt, tử cung di đông đau hoặc bạch cầu, CRP tăng
- Xử trí:
  + Nhập viện
  + Kháng sinh liều cao hoặc phối hợp
  + Điều trị nội hoặc ngoại khoa tùy tình trạng bệnh
  + Hút buồng tử cung nếu cần

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản- Bộ Y tế 2013
2. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Từ Dũ 2016
3. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

PHÁ THAI BẰNG THUỐC CHO TUỔI THAI ĐẾN HẾT 8 TUẦN

I. CHỈ ĐỊNH

- Thai trong tử cung với tuổi thai phù hợp theo tuyến được phép áp dụng.

II.CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Tuyệt đối:

- Bệnh lý tuyến thượng thận.
- Điều trị corticoid toàn thân lâu ngày.
- Tăng huyết áp, hẹp van 2 lá, tắc mạch hoặc có tiền sử tắc mạch. Rối loạn đông máu, sử dụng thuốc chống đông.
- Thiếu máu nặng.
- Dị ứng mifepriston hay misoprostol.

Tương đối:

- Đang cho con bú.
- Đang đặt dụng cụ tử cung (có thể lấy DCTC trước phá thai bằng thuốc). Đang viêm nhiễm đường sinh dục cấp tính (cần điều trị trước)

III.CHUẨN BỊ

Điều kiện áp dụng:

- Người bệnh có thể tới được cơ sở y tế trong vòng 60 phút.
- Cơ sở vật chất:
- Nơi cung cấp dịch vụ phải có nhà vệ sinh gần phòng theo dõi khi thực hiện phá thai.
- Có phòng thủ thuật và phương tiện đủ tiêu chuẩn theo qui định để thực hiện can thiệp khi cần.

b. Phương tiện

- Phương tiện dụng cụ: cấp cứu, xử lý dụng cụ và chất thải.
- Thuốc: mifepriston, misoprostol, giảm đau, cấp cứu chống choáng.

c. Người bệnh:

- Người cung cấp dịch vụ tự giới thiệu với người bệnh
- Hỏi tiền sử nội ngoại khoa ,sản phụ khoa ,tiền sử dị ứng
- Hỏi ngày đầu của kỳ kinh cuối
- Khám lâm sàng, khám hỏi bệnh sử đánh giá chỉ định và chống chỉ định
- Siêu âm đánh giá chính xác tuổi thai

d. Hồ sơ bệnh án bệnh án:

- Điền đầy đủ vào hồ sơ bệnh án phá thai

IV.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Tư vấn phá thai bằng thuốc (khuyến khích nữ hộ sinh được đào tạo làm công tác tư vấn):

- Giới thiệu hiệu quả của phá thai bằng thuốc và khẳng định người bệnh phải chấp nhận hút thai nếu phá thai bằng thuốc thất bại.
- Giới thiệu qui trình phá thai bằng thuốc: cách uống thuốc và sự xuất hiện của các triệu chứng bình thường sau uống thuốc (ra huyết âm đạo và đau bụng). Nhấn mạnh sự cần thiết của việc khám lại theo hẹn.
- Tư vấn cách tự theo dõi và tự chăm sóc sau dùng thuốc phá thai. - Giới thiệu các tác dụng phụ của thuốc phá thai và cách xử lý.
- Kê đơn thuốc giảm đau.
- Nhấn mạnh các triệu chứng cần trở lại cơ sở y tế ngay.

- Cung cấp thông tin liên lạc trong những tình huống cấp cứu.
- Cung cấp thông tin về khả năng có thai trở lại sau phá thai bằng thuốc.
- Giới thiệu các BPTT, giúp người bệnh lựa chọn BPTT phù hợp và hướng dẫn người bệnh sử dụng đúng.
- Cung cấp BPTT hoặc giới thiệu địa điểm cung cấp BPTT.

Qui trình phá thai:

1. **Thai đến hết 49 ngày:**

Uống 200 mg mifepriston tại cơ sở y tế và theo dõi sau uống 15 phút. Uống hoặc ngậm dưới lưỡi 400 mcg misoprostol sau khi dùng mifepriston từ 36 đến 48 giờ, có thể uống tại cơ sở y tế hay tại nhà.

2. **Thai từ 50 đến hết 63 ngày.**

Uống 200 mg mifepriston.

Ngậm dưới lưỡi 800 mcg misoprostol (nếu người bệnh nôn nhiều có thể đặt túi cùng sau) sau khi dùng mifepriston từ 36 đến 48 giờ, tại cơ sở y tế và theo dõi tại cơ sở y tế ít nhất 3 giờ.

V.THEO DÕI

1. **Theo dõi trong những giờ đầu sau uống thuốc:**

- Dấu hiệu sinh tồn mỗi giờ một lần trong 3 giờ đầu (nếu cần).
- Tình trạng ra máu âm đạo, đau bụng (có thể dùng thuốc giảm đau nếu cần) và các triệu chứng tác dụng phụ: nôn, buồn nôn, tiêu chảy, sốt.

2. **Khám lại sau 2 tuần:**

- Đánh giá hiệu quả điều trị.
- Sẩy thai hoàn toàn: kết thúc điều trị.
- Sót thai, sót nhau, thai lưu: có thể tiếp tục dùng misoprostol đơn thuần liều 400 600 mcg uống hay ngậm dưới lưỡi hoặc hút buồng tử cung.
- Thai tiếp tục phát triển: hút thai
- Ứ máu trong buồng tử cung: tùy theo mức độ, có thể điều trị nội khoa hay

VI.XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Tai biến: chảy máu nhiều, rong huyết kéo dài, nhiễm khuẩn, sót thai, sót nhau.
- Xử trí: theo phác đồ cho từng tai biến.

VII.TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản- Bộ Y tế 2013
2. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Từ Dũ 2016
3. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

PHÁ THAI ĐẾN HẾT 7 TUẦN
BẰNG PHƯƠNG PHÁP HÚT CHÂN KHÔNG

I.ĐẠI CƯƠNG

Phá thai bằng phương pháp hút chân không là phương pháp chấm dứt thai nghén bằng cách dùng bơm hút chân không để hút thai trong tử cung

II.CHỈ ĐỊNH:

- Phá thai đến hết tuần thứ 7

III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối tuy nhiên cần thận trọng đối với trường hợp đang viêm cấp tính đường sinh dục (cần được điều trị).

Chú ý: Những cơ sở y tế không đủ điều kiện hồi sức, phẫu thuật cấp cứu, không được thực hiện thủ thuật này trong các trường hợp sau:

- U xơ tử cung to.
- Vết mổ ở tử cung.
- Sau đẻ dưới 6 tháng
- Dị dạng đường sinh dục.
- Các bệnh lý nội-ngoại khoa

IV.CHUẨN BỊ

a. Người thực hiện

- Bác sĩ sản phụ khoa
- Rửa tay thường qui bằng xà phòng hoặc dung dịch sát khuẩn dưới vòi nước chảy.
- Trang phục y tế: Áo choàng, quần, mũ, khẩu trang, kính bảo hộ.

b. Phương tiện

- Phòng thủ thuật: Bảo đảm tiêu chuẩn qui định
- Dụng cụ:
- Phương tiện bảo hộ.
  + Áo choàng y tế, mũ, khẩu trang.
  + Găng tay vô khuẩn
  + Kính bảo vệ mắt
- Bộ dụng cụ hút chân không:
  + Bơm hút 1 van, bơm hút 2 van, bơm MVA plus, các ống hút và dầu bôi trơn.
  + Hai kẹp sát khuẩn ngoài và trong.
  + Van hoặc mỏ vịt.
  + Kẹp cổ tử cung.
  + Nến nong.
  + Bơm, kim tiêm gây tê tại cổ tử cung.
  + Bông gạc và dung dịch sát khuẩn.
- Thuốc giảm đau, gây tê, hộp chống choáng và thuốc tăng co tử cung.
- Bộ dụng cụ kiểm tra mô.
- Các phương tiện xử lý dụng cụ và xử lý chất thải.

c. Người bệnh:

- Người cung cấp dịch vụ tự giới thiệu với người bệnh.
- Hỏi tiền sử bệnh về nội, ngoại, sản khoa. Nếu có bệnh nội khoa (tim mạch, tăng huyết áp...), dị dạng đường sinh dục thì thực hiện thủ thuật này ở tuyến cao hơn.
- Làm test thử thai (nếu cần)
- Siêu âm (nếu cần).

- Khám toàn thân.
- Khám phụ khoa: xác định có thai, đánh giá tuổi thai, kiểm tra những dấu hiệu và triệu chứng của nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục và loại trừ các trường hợp cần trì hoãn.
- Người bệnh ký cam kết tự nguyện phá thai (dưới 18 tuổi phải có đơn cam kết của bố hoặc mẹ hoặc người giám hộ).
- Cho uống thuốc giảm đau và kháng sinh 30 phút trước khi làm thủ thuật.

Tư vấn:

- Thảo luận về quyết định chấm dứt thai nghén.
- Tư vấn về các phương pháp phá thai hiện có tại cơ sở.
- Các bước tiến hành hút thai chân không.
- Tai biến có thể xảy ra khi hút thai.
- Tư vấn về theo dõi sau khi hút thai.
- Các dấu hiệu cần khám lại ngay sau khi hút thai.
- Các dấu hiệu hồi phục sức khỏe và khả năng sinh sản sau hút thai.
- Cung cấp thông tin về các BPTT, hướng dẫn chọn lựa BPTT phù hợp và sử dụng đúng để tránh phá thai lặp lại.

V. QUY TRÌNH KỸ THUẬT:

- Khám xác định kích thước và tư thế tử cung.
- Thay găng vô khuẩn.
- Sát khuẩn ngoài, trải khăn sạch dưới mông.
- Đặt van, bộc lộ cổ tử cung và sát khuẩn cổ tử cung, âm đạo.
- Kẹp cổ tử cung.
- Gây tê cạnh cổ tử cung.
- Đưa ống hút vào buồng tử cung để kiểm tra hướng và độ sâu của buồng tử cung bằng vạch trên ống hút.
- Nong cổ tử cung (nếu cần).
- Hút thai.
- Kiểm tra chất hút.
- Đánh giá thủ thuật đã hoàn thành.
- Xử lý dụng cụ và chất thải

VI. THEO DÕI

- Theo dõi mạch, huyết áp và ra máu âm đạo ít nhất 30 phút sau thủ thuật.
- Kê đơn kháng sinh.

Tư vấn sau thủ thuật.

- Cung cấp BPTT hoặc chuyển đến cơ sở cung cấp BPTT. Cung cấp một biện pháp tránh thai tạm thời (như bao cao su hoặc viên tránh thai) nếu biện pháp người bệnh lựa chọn không có sẵn tại cơ sở.
- Có thể đặt DCTC ngay sau khi hút thai nếu đảm bảo buồng tử cung sạch, không có chống chỉ định và người bệnh lựa chọn biện pháp này.
- Có thể sử dụng các biện pháp tránh thai nội tiết vào ngày phá thai.
- Khám lại sau 1 đến 2 tuần.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Tai biến sớm: Choáng, chảy máu, thủng tử cung, rách cổ tử cung và đờ tử cung.
- Tai biến muộn: Nhiễm khuẩn, sót thai, sót rau, dính buồng tử cung.

Xử trí:

- Điều trị theo phác đồ cho từng tai biến (xem tài liệu đào tạo về phá thai).
- Chuyển người bệnh đến tuyến điều trị thích hợp.

VIII.TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản- Bộ Y tế 2013
2. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Từ Dũ 2016
3. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

TRIỆT SẢN NỮ QUA ĐƯỜNG RẠCH NHỎ

I.ĐẠI CƯƠNG

Triệt sản nữ (thắt và cắt VTC) là biện pháp tránh thai hiệu quả nhất, an toàn, kinh tế, đơn giản, không ảnh hưởng đến sức khoẻ, quan hệ tình dục

Tuyến áp dụng từ tuyến huyện bao gồm cả đội KHHGĐ lưu động của huyện trở lên

Nguyên tắc chung

- Làm tắc VTC bằng cách thắt và cắt VTC
- Đảm bảo tuần hoàn nuôi dưỡng cho VTC và buồng trứng

II.CHỈ ĐỊNH

- Phụ nữ ở độ tuổi sinh đẻ đã có đủ số con mong muốn, các con khỏe mạnh tự nguyện dung một biện pháp tránh thai vĩnh viễn và không hồi phục sau khi đã được tư vấn đầy đủ
- Phụ nữ bị các bệnh chống chỉ định có thai
- Do nguyên nhân y tế - xã hội: đẻ nhiều lần, đời sống kinh tế khó khăn, nguyện vọng người mẹ không muốn đẻ thêm nữa.
- Do nguyên nhân xã hội hoàn toàn: không muốn có con nữa, phụ thuộc vào nguyện vọng của người phụ nữ hoặc cặp vợ chồng

III.CHUẨN BỊ

a. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa Phụ sản có kinh nghiệm, được đào tạo và có kỹ năng về phẫu thuật triệt sản

b. Phương tiện

- Bộ dụng cụ phẫu thuật triệt sản

c. Người bệnh

- Tư vấn cho khách hang về ưu nhược điểm cử triệt sản nữ
- Giải thích qui trình triệt sản nữ
- Hỏi tiền sử nội ngoại khoa
- Khám toàn thân và khám chuyên khoa để đánh giá bệnh lý phối hợp
- Xét nghiệm máu: hemoglobin và hematocrit
- Người bệnh ký cam đoan phẫu thuật
- Thụt tháo
- Vệ sinh vùng bụng và âm hộ, thông đái, sát khuẩn thành bụng vùng mổ

d. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ phẫu thuật theo quy định, có duyệt mổ của lãnh đạo khoa, bệnh viện và phân công phẫu thuật viên.
- Thời điểm thực hiện
- Khi không có thai
- Sau đẻ: thời điểm tốt nhất là trong vòng 7 ngày đầu hoặc 6 tuần sau đẻ
- Sau phá thai; trong vòng 7 ngày đầu
- Kết hợp triệt sản sau phẫu thuật bụng dưới

IV.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. **Thì 1**

Gây tê tại chỗ

- Đường mở bụng nhỏ (minilap)
- Đường mở bụng lớn khi kết hợp phẫu thuật khác và triệt sản

2. **Thì 2: Kỹ thuật làm tắc vòi tử cung**

- Tìm và xác định hai vòi tử cung đi từ sừng tử cung tới loa vòi tử cung
- Dùng kẹp răng chuột nâng phần eo của vòi tử cung hình thành quai vòi
- Dùng chỉ catgut thắt dưới quai một đoạn
- Cắt quai vòi trên chỉ buộc
- Thực hiện kỹ thuật tương tự cho vòi tử cung bên đối diện

Sau khi kiểm tra đủ gạc , đóng bụng theo từng lớp có thể không cần khâu phúc mạc thành bụng

V. THEO DÕI

- Ngay sau triệt sản theo sõi các dấu hiệu sinh tồn
- Uống kháng sinh 5 ngày
- Giảm đau

VI. TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG

- Chảy máu ổ bụng
- Khối máu tụ

VII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản- Bộ Y tế 2013
2. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Từ Dũ 2016
3. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

PHÁ THAI 6 ĐẾN 12 TUẦN
BẰNG PHƯƠNG PHÁP HÚT CHÂN KHÔNG

I.ĐẠI CƯƠNG

Phá thai bằng phương pháp hút chân không là phương pháp chấm dứt thai nghén bằng cách dùng bơm hút chân không để hút thai trong tử cung từ tuần thứ 6 đến hết tuần thứ 12

II. CHỈ ĐỊNH

- Phá thai từ tuần thứ 6 đến hết tuần thứ 12

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối
- Thận trọng đối với trường hợp đang bị viêm cấp tính đường sinh dục cần được điều trị hoặc chuyển tuyến
- Chú ý: không được làm thủ thuật tại tuyến xã những ca sau:
  + U xơ tử cung to
  + Vết mổ ở tử cung
  + Sau đẻ dưới 6 tháng
  + Dị dạng đường sinh dục
  + Các bệnh lý nội – ngoại khoa

IV. CHUẨN BỊ

a. Người thực hiện

- Bác sĩ, y sĩ sản nhi, nữ hộ sinh trung học và cao đẳng được đào tạo về phá thai bằng phương pháp hút chân không.
- Thủ thuật viên và người phụ rửa tay, mặc áo, đội mũ, khẩu trang, đeo găng vô khuẩn và kính bảo vệ mắt.

b. Phương tiện

- Bộ dụng cụ hút chân không gồm: Bơm hút một van, bơm hút hai van, bơm hút MVA plus, các ống hút và dầu bôi trơn
- Hai kẹp sát khuẩn ngoài và trong
- Van hoặc mỏ vịt
- Kẹp cổ tử cung
- Nến nong
- Bơm, kim tiêm gây tê tại cổ tử cung
- Bông gạc và dung dịch sát khuẩn
- Thuốc giảm đau: Paracetamol 500mg, Ibuprophen 400 mg. Thuốc gây tê tại chỗ Lidocain 1% hoặc Xylocain 1% thuốc co hồi tử cung, hộp chống choáng.
- Bộ dụng cụ kiểm tra mô sau hút
- Các phương tiện xử lý dụng cụ và xử lý chất thải

c. Người bệnh

- Hỏi tiền sử về các bệnh nội ngoại khoa
- Khám toàn thân
- Khám phụ khoa
- Làm test thử thai
- Siêu âm (nếu cần)
- Tính tuổi thai
- Tư vấn
- Người bệnh ký cam kết tự nguyện phá thai (dưới 18 tuổi phải có đơn cam kết của bố hoặc mẹ hoặc người giám hộ)

- Nên chuẩn bị cổ tử cung bằng cách cho ngậm dưới lưỡi/ ngậm áp má hoặc uống 400mcg Misoprostol, 3 giờ trước khi làm thủ thuật đối với các trường hợp: thai từ 9 đến 12 tuần, cổ tử cung chắc cứng, người bệnh là vị thành niên.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Cho uống thuốc giảm đau và kháng sinh 30 phút trước khi làm thủ thuật
- Khám xác định kích thước và tư thế tử cung
- Thay găng vô khuẩn
- Sát khuẩn ngoài, trải khăn sạch dưới mông
- Đặt van, bộc lộ cổ tử cung và sát khuẩn cổ tử cung, âm đạo
- Kẹp cổ tử cung
- Gây tê cạnh cổ tử cung bằng dung dịch Lidocain 1% hoặc dung dịch Xylocain 1%
- Đo buồng tử cung bằng ống hút
- Nong cổ tử cung (nếu cần)
- Hút thai
- Kiểm tra chất hút
- Đánh giá thủ thuật đã hoàn thành
- Có thể đặt dụng cụ tử cung ngay sau khi hút thau nếu đảm bảo buồng tử cung sạch, không có chống chỉ định và người bệnh lựa chọn biện pháp này.
- Sát khuẩn âm đạo cổ tử cung

VI. THEO DÕI

- Theo dõi mạch, huyết áp và ra máu âm đạo ít nhất 30 phút sau thủ thuật
- Kê đơn kháng sinh
- Tư vấn sau thủ thuật
- Hẹn khám lại sau hai tuần
- Gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh lý những ca kiểm tra mô không thấy nhau thai

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Tai biến sớm: choáng, chảy máu, thủng tử cung, rách cổ tử cung
- Tai biến muộn: nhiễm khuẩn, sót thai, sót rau, dính buồng tử cung
- Xử trí:

  + Xử trí theo phác đồ cho từng tai biến

  + Thủng tử cung: nếu lỗ thủng nhỏ, không chảy máu, đảm bảo buồng tử cung sạch, cho kháng sinh, thuốc co hồi tử cung, theo dõi toàn trạng.

  + Nếu lỗ thủng to, có chảy máu trong hoặc chảy máu ra ngoài nhiều kèm theo tổn thương các tạng trong ổ bụng phải phẫu thuật khâu lỗ thủng, phục hồi tổn thương các tạng (nếu có)

  + Rách cổ tử cung: chèn bấc gạc hoặc khâu vết rách

  + Nhiễm khuẩn sau hút thai: điều trị kháng sinh

  + Sót rau, sót thai: hút lại buồng TC, điều trị kháng sinh

  + Dính buồng tử cung sau hút: phải nong buồng TC, cho vòng kinh nhân tạo, đặt vòng chống dính hoặc phẫu thuật để tách dính.

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản- Bộ Y tế 2013
2. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Từ Dũ 2016
3. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

PHẦN 4:
SẢN KHOA

PHẪU THUẬT LẤY THAI LẦN ĐẦU

I.ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật lấy thai là trường hợp lấy thai và nhau thai ra khỏi tử cung qua đường rạch thành bụng và rạch tử cung. Định nghĩa này không bao gồm mở bụng lấy thai trong trường hợp thai lạc chỗ nằm trong ổ bụng và vỡ tử cung thai đã nằm trong ổ bụng.

II. CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định mổ lấy thai chủ động

Khung chậu bất thường

- Nếu không phải là ngôi chỏm thì đều phải mổ lấy thai. Nếu là ngôi chỏm: Mổ lấy thai nếu khung chậu hẹp tuyệt đối, khung chậu méo.
- Làm nghiệm pháp lọt ngôi chỏm để thử thách cho sinh đường dưới nếu khung chậu giới hạn (thai không to), nếu thất bại thì có chỉ định mổ.

Đường ra của thai bị cản trở

- Khối u tiền đạo: thường hay gặp là u xơ ở eo tử cung hay cổ tử cung, u nang buồng trứng, các khối u khác nằm trên đường thai đi ra.
- Nhau tiền đạo trung tâm hay nhau tiền đạo gây chảy máu nhiều buộc phải mổ cấp cứu để cầm máu cứu mẹ.

Tử cung có sẹo mổ trong trường hợp sau

- Các sẹo mổ ở thân tử cung: sẹo bóc u xơ, sẹo của phẫu thuật tạo hình tử cung, sẹo khâu chỗ vỡ, chỗ thủng tử cung, sẹo của phẫu thuật cắt xén góc tử cung, sừng tử cung.
- Sẹo của phẫu thuật mổ ngang đoạn dưới tử cung từ hai lần trở lên hoặc lần mổ lấy thai trước cách chưa được 24 tháng.

Chỉ định mổ vì nguyên nhân của người mẹ

- Mẹ bị cách bệnh lý toàn thân mạn tính hay cấp tính nếu sinh đường dưới có thể có nguy cơ cho tính mạng người mẹ (bệnh tim nặng, tăng huyết áp, tiền sản giật nặng và sản giật).
- Các bất thường ở đường sinh dục dưới của người mẹ như: chít hẹp âm đạo (bẩm sinh hay mắc phải), tiền sử mổ rò, mổ sa sinh dục.
- Các dị dạng của tử cung như: tử cung đôi (tử cung không có thai thường trở thành khối **u tiền đạo), tử cung hai sừng… đặc biệt là khi kèm theo ngôi thai bất thường.**

Nguyên nhân về phía thai

- Thai bị suy dinh dưỡng / chậm tăng trưởng trong tử cung nặng.
- Thai bị bất đồng nhóm máu với mẹ nếu không lấy thai ra thì có nguy cơ thai bị chết lưu trong tử cung.

2. Chỉ định mổ lấy thai trong quá trình chuyển dạ

Các chỉ định này hầu hết đều là những chỉ định tương đối. Cần phải có nhiều chỉ định tương đối để hình thành nên một chỉ định mổ lấy thai.

Chỉ định mổ vì nguyên nhân người mẹ

- Con so lớn tuổi là thai phụ con so có tuổi từ 35 trở lên. Có thể kèm theo hay không lý do vô sinh: tiền sử điều trị vô sinh, con hiếm.
- Các bệnh lý của người mẹ vẫn có thể cho phép theo dõi chuyển dạ sẽ được mổ lấy thai nếu xuất hiện thêm một yếu tố sinh khó khác.

Chỉ định mổ vì nguyên nhân của thai

- Thai to > 4.000g không phải do thai bất thường.
- Các ngôi bất thường: ngôi vai/ngang, ngôi trán, ngôi thóp trước, ngôi mặt cằm sau, ngôi mông.

- Đa thai: nếu thai thứ nhất không phải là ngôi đầu.
- Chuyển dạ có diễn tiến suy thai khi chưa đủ điều kiện sanh đường dưới.

Chỉ định mổ vì bất thường trong chuyển dạ

- Cơn co tử cung bất thường sau khi đã dùng các loại thuốc tăng co hay giảm co để điều chỉnh mà không thành công.
- Cổ tử cung không xóa hay mở mặc dù cơn co tử cung đồng bộ, phù hợp với độ mở cổ tử cung.
- Ối vỡ non/sớm làm cuộc chuyển dạ ngừng tiến triển, giục sanh thất bại.
- Bất tương xứng đầu thai với khung chậu.

Chỉ định mổ lấy thai vì các tai biến trong chuyển dạ

- Chảy máu vì nhau tiền đạo, nhau bong non.
- Dọa vỡ và vỡ tử cung.
- Sa dây rốn khi thai còn sống.
- Sa chi sau khi đã thử đẩy lên nhưng không thành công.

III. CHUẨN BỊ

a. Người thực hiện

- Kíp hộ sinh khoa chuẩn bị bệnh mổ
- Kíp gây mê hồi sức.
- Kíp phẫu thuật.
- Kíp chăm sóc sơ sinh khi cần hồi sức sơ sinh.

b. Người bệnh và người nhà

- Tư vấn đầy đủ lý do và nguy cơ tai biến có thể xảy ra khi phẫu thuật lấy thai, ký giấy cam kết phẫu thuật.
- Mổ chương trình – chủ động: Chuẩn bị từ đêm trước mổ
  + Nhịn ăn từ 22g
  + Thụt tháo lúc 5g sáng ngày mổ
- Vệ sinh vùng bụng và TSM

c. Phương tiện, dụng cụ, thuốc

- Bộ dụng cụ, thuốc dùng gây tê tủy sống/ngoài màng cứng, gây mê toàn thân.
- Bộ dụng cụ mổ lấy thai đã tiệt trùng.
- Phương tiện chăm sóc và hồi sức sơ sinh.
- Thuốc để hồi sức và các thuốc dùng trong sản khoa, sơ sinh.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Giải thích cho sản phu và gia đình lý do mổ, các nguy cơ có thể gặp cho mẹ và bé, ký giấy cam kết trước mổ.
- Vô cảm: gây mê toàn thân hoặc gây tê ngoài màng cứng hoặc gây tê tủy sống

Vào ổ bụng:

- Rạch đường giữa dưới rốn hay đường ngang trên vệ tùy theo khả năng của phẫu thuật viên, tình trạng sản phụ và thai nhi.
- Rạch lớp mỡ dưới da
- Rạch đường trắng giữa 2 cơ thẳng bụng (có thể rạch 1 đoạn nhỏ rồi tách bằng ngón tay) nếu mổ theo đường dọc
- Nếu mổ theo đường ngang thì rạch cân về 2 bên theo đường mổ đó, tách cân khỏi lớp cơ rộng lên trên rồi mới mở đường giữa 2 cơ thẳng bụng
- Vào phúc mạc bằng cách phẫu thuật viên cặp phúc mạc bằng kẹp phẫu tích không răng, phụ mổ cặp phúc mạc bên đối diện bằng kẹp cầm máu không răng. Phẫu thuật viên và phụ mổ lần lượt nhả ra và cặp trở lại rồi mới dùng dao hay kéo mở 1 lỗ ở phúc mạc. Dùng kéo mở rộng phúc mạc lên phía trên và dưới.

- Chèn gạc ướt 2 bên, chừa dây ra ngoài
- Đặt van trên vệ che bàng quang và bộc lộ rõ vùng đoạn dưới tử cung.
- Rạch phúc mạc theo đường ngang khoảng 2cm dưới "đường bám chặt của phúc mạc"
- Dùng kéo cong đầu tù tách phúc mạc bóc được của đoạn dưới lên trên và xuống dưới, mũi kéo cong lên trên tránh tổn thương động mạch tử cung
- Dùng dao rạch một đoạn nhỏ ngang 1-2cm trên đoạn dưới rồi dùng 2 ngón tay trỏ xé rộng vết mổ ngang sang 2 bên.

Lấy thai và nhau ra khỏi tử cung

- Phẫu thuật viên lấy thai bằng bàn tay trái trong khi người phụ hút máu và nước ối (nếu đầu quá cao có thể dùng Forceps).
- Sau khi phần chỏm lộ ra ngoài vết mổ, người phụ ấn đáy tử cung để giúp đầu thai nhi sổ ra ngoài
- Trường hợp ngôi ngang: lấy thai bằng chân thai nhi. Nếu là ngôi ngược: lấy thai bằng mông (ngôi ngược kiểu mông) hoặc bằng chân (ngôi ngược hoàn toàn)
- Lau khô, Kẹp cắt rốn chậm, chuyển thai ra ngoài lau sạch, cho bé nằm trên ngực mẹ (nếu mẹ được gây tê tủy sống hay ngoài màng cứng).
- Cho 10 đơn vị oxytocin vào chai dịch truyền đang chảy và cho chảy nhanh để tử cung co hồi tốt (không tiêm oxytocin trực tiếp vào tĩnh mạch)
- Tiến hành lấy rau
- Lau sạch buồng tử cung bằng gạc to
- Nếu khi mổ sản phụ chưa chuyển dạ, nong cổ tử cung bằng ngón tay rồi thay găng.

Khâu phục hồi cơ tử cung

- Phục hồi cơ đoạn dưới tử cung bằng chỉ Vicryl 0, bắt đầu bằng khâu 2 góc tử cung, tránh sót góc.
- Tiếp tục khâu cơ tử cung mũi liên tục hay mũi rời cách nhau 1cm, có thể khâu thêm lớp thứ 2 để vùi lớp đầu, kiểm tra cầm máu
- Phủ phúc mạc tử cung bằng chỉ Catgut 00 bằng mũi khâu liên tục, kiểm tra cầm máu
- Bỏ van trên vệ, lấy gạch, lau sạch ổ bụng, kiểm tra 2 buồng trứng, 2 ống dẫn trứng, mặt sau tử cung và túi cùng Douglas phía sau.

Đóng bụng

- Khâu phúc mạc thành bụng bằng chỉ Catgut 00 bằng mũi khâu liên tục
- Khâu 2 cơ thẳng bụng cho sát vào nhau bằng 2-3 mũi Catgut khâu rời
- Khâu cân bằng chỉ Vicryl 0
- Nếu lớp mỡ dày thì khâu bằng chỉ Catgut mũi rời hoặc mũi liên tục
- Khâu da bằng chỉ lanh, mũi rời hoặc khâu liên tục dưới da bằng chỉ Vicryl nhỏ
- Sát khuẩn lại vết mổ và băng vô khuẩn
- Phẫu thuật viên giữ tay sạch để lấy máu ứ trong âm đạo và xem tử cung co hồi tốt hay không. Sát khuẩn âm đạo
- Lau sạch máu dính trên người bệnh trước khi chuyển qua hồi sức

V. THEO DÕI CHĂM SÓC SAU PHẪU THUẬT

- Theo dõi sau phẫu thuật
- Mạch, huyết áp, tổng trạng, nước tiểu.
- Co hồi tử cung, huyết âm đạo.
- Vết mổ thành bụng.
- Trung tiện.
- Chăm sóc
- Cho thuốc giảm đau sau phẫu thuật.
- Cho sản phụ ăn uống sớm (uống, ăn thức ăn lỏng khi chưa trung tiện, ăn bình thường

khi đã có trung tiện).
- Vận động sớm.
- Cho con bú sớm.
- Kháng sinh điều trị (nếu cần)

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Về phía mẹ

a. Tai biến gần

- Nhiễm trùng: có thể bị nhiễm trùng vết mổ, nhiễm trùng đường tiết niệu, viêm phổi. Thường gặp là nhiễm trùng vết mổ; nhiễm trùng ối gây viêm phúc mạc có thể dẫn đến cắt tử cung trong thời gian hậu phẫu.
- Tai biến do phẫu thuật như chạm phải các cơ quan lân cận (bàng quang, ruột), khâu phải niệu quản, rò bàng quang-tử cung/âm đạo.
- Chảy máu nhiều, Băng huyết trong hay sau mổ do đờ tử cung; chảy máu do rách đoạn dưới tử cung.
- Liệt ruột.
- Bung vết mổ, thoát vị thành bụng.
- Xuất huyết nội,
- Thuyên tắc tĩnh mạch, huyết khối.
- Tử vong cho mẹ: có thể do thuyên tắc mạch ối, chảy máu không cầm được hoặc do không có đủ máu khi người mẹ thuộc nhóm máu hiếm.
- Các tai biến do gây mê – hồi sức: có thể có những biến chứng do vô cảm như hội chứng hít (trong trường hợp gây mê nội khí quản); tụt huyết áp, nhức đầu sau mổ (Trong trường hợp gây tê tủy sống), phản ứng thuốc (choáng phản vệ).

b. Tai biến xa

- Dính ruột, tắc ruột.
- Tắc ống dẫn trứng gây vô sinh thứ phát.
- Lạc nội mạc tử cung tại sẹo MLT hay sẹo mổ thành bụng.
- Sẹo trên thân tử cung có thể bị nứt trong những lần có thai sau (nứt khi chưa vào chuyển dạ hoặc khi đã vào chuyển dạ).
- Trong những lần có thai sau, khả năng sẽ phải mổ lại tăng và nếu sanh ngả âm đạo phải giúp sanh bằng giác hút hoặc forceps để giảm nguy cơ nứt sẹo mổ cũ trên đoạn dưới tử cung…

2. Về phía con

- Thai nhi có thể bị ảnh hưởng bởi thuốc mê.
- Bị chạm thương trong khi phẫu thuật.
- Hít phải nước ối, đặc biệt nước ối có phân su.
- Trẻ sơ sinh do sanh mổ có nguy cơ suy hô hấp nặng (hội chứng chậm hấp thu dịch phổi) và đe dọa tính mạng do sự can thiệp khi mẹ chưa chuyển dạ, nhất là trẻ được can thiệp sanh mổ ở thời kỳ thai chưa đủ tháng (trước 39 tuần).
- Tử vong chu sinh (trong vòng 28 ngày sau khi sanh) ở trường hợp mổ lấy thai cao hơn so với sanh thường.
- Mổ lấy thai cũng làm gia tăng nguy cơ trẻ bị chết khi sanh ở lần sanh con tiếp theo (có thể tử cung bị sẹo do cuộc mổ lần trước không tạo điều kiện để bánh nhau bám tốt, do đó việc cung cấp máu và chất dinh dưỡng nuôi bào thai không đầy đủ)…

VII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản- Bộ Y tế 2013
2. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Từ Dũ 2016
3. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

PHẪU THUẬT LẤY THAI LẦN 2 TRỞ LÊN

I.ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật lấy thai là phẫu thuật nhằm lấy thai ra khỏi tử cung sau khi mở bụng và mở tử cung.

II.CHUẨN BỊ

a. Người thực hiện

- Kíp gây mê hồi sức.
- Kíp phẫu thuật: Phẫu thuật viên, người gây tê tủy sống cùng các trợ thủ và dụng cụ viên thực hiện rửa tay ngoại khoa, mặc áo, khẩu trang, đi găng vô khuẩn
- Nữ hộ sinh chăm sóc sơ sinh.

b. Phương tiện, dụng cụ, thuốc

- Bộ dụng cụ, thuốc dùng gây tê tủy sống, gây mê toàn thân.
- Bộ dụng cụ mổ lấy thai đã tiệt trùng.
- Phương tiện chăm sóc và hồi sức sơ sinh.
- Các thuốc để hồi sức và các thuốc dùng trong sản khoa.

c. Người bệnh

- Được giải thích đầy đủ lý do phẫu thuật lấy thai, ký giấy cam đoan phẫu thuật.
- Thông đái, sát khuẩn thành bụng, trải khăn vô khuẩn sau khi đã được giảm đau.

d. Giảm đau:

- Giảm đau vùng (gây tê tủy sống hay gây tê ngoài màng cứng) là ưu tiên. Có thể gây mê nội khí quản khi giảm đau vùng có chống chỉ định
- Không khuyến cáo gây tê tại chỗ hay gây tê tĩnh mạch

III.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. **Thì 1.** Mở bụng:

- Có thể đường trắng giữa dưới rốn hoặc đường ngang trên mu tùy theo sẹo mổ cũ lần trước
- Gỡ dính(nếu có)
- Bộc lộ vùng mổ: chèn gạc, đặt van vệ.

2. **Thì 2.** Mở phúc mạc đoạn dưới tử cung.

Lưu ý ở thì này một số trường hợp sẹo mổ cũ dính kéo cao bàng quang lên trên nên khi mở phúc mạc nên dùng kéo cong bóc tách đẩy bàng quang xuống tránh rạch vào bàng quang.

3. **Thì 3.** Rạch ngang cơ tử cung đoạn dưới đến màng ối:

- Mở đoạn dưới tử cung ở ngay giữa (lưu ý tránh chạm vào phần thai ở ngay dưới). Mở rộng vết rạch tử cung sang hai bên. Đường mở tử cung song song với đường mở phúc mạc đoạn dưới.
- Đường rạch ngang đoạn dưới khoảng 8-10cm .

4. **Thì 4.** Lấy thai và nhau:

- Lấy thai: lấy đầu thai nếu là ngôi đầu, lấy chân thai hay mông thai nếu là các ngôi còn lại.
- Dùng miếng gạc mỏng lau nhớt miệng trẻ.
- Kẹp và cắt dây rốn.
- Tiêm tĩnh mạch chậm (qua dây truyền) 10 đơn vị oxytocin. Lấy rau bằng cách kéo dây rốn và ấn đáy tử cung qua thành bụng. Làm sạch buồng tử cung. Nong cổ tử cung nếu cần.
- Kiểm tra và kẹp các mạch máu lớn đang chảy.

5. **Thì 5.** Khâu vết rạch tử cung và phúc mạc:

- Khâu phục hồi lớp cơ tử cung bằng chỉ tiêu số 1. Có thể bằng mũi rời hay khâu vắt có khóa hay không có khóa. Mũi khâu lấy toàn bộ chiều dày lớp cơ tử cung. Không nên khâu cả lớp nội mạc tử cung. Thông thường khâu một lớp là đủ. Nếu cần thì khâu vắt lớp thứ hai để cầm máu và che phủ lớp khâu thứ nhất.
- Phủ phúc mạc đoạn dưới tử cung bắt buộc khi có nguy cơ nhiễm khuẩn.

6. **Thì 6.** Lau sạch ổ bụng, kiểm tra tử cung, phần phụ và các tạng xung quanh, đếm đủ gạc
7. **Thì 7.** Đóng thành bụng theo từng lớp.
8. **Thì 8.** Lấy máu và lau âm đạo.

IV. THEO DÕI CHĂM SÓC SAU PHẪU THUẬT

1. **Theo dõi sau phẫu thuật**

- Mạch, huyết áp, toàn trạng, bài tiết nước tiểu.
- Co hồi tử cung, lượng máu chảy từ tử cung ra.
- Vết mổ thành bụng.
- Trung tiện.

2. **Chăm sóc**

- Cho thuốc giảm đau sau phẫu thuật.
- Cho sản phụ uống, ăn sớm (uống, thức ăn lỏng khi chưa trung tiện, ăn bình thường khi đã có trung tiện).
- Vận động sớm.
- Cho con bú sớm.
- Kháng sinh điều trị (nếu cần).

V. TAI BIẾN

1. **Trong phẫu thuật**

- Chảy máu
- Chấn thương thai nhi
- Chấn thương ruột
- Rạch vào bàng quang
- Thắt vào niệu quản

2. **Sau phẫu thuật**

- Nhiễm trùng vết mổ, tiểu khung, viêm phúc mạc toàn thể, nhiễm trùng huyết.
- Chảy máu do nhiễm trùng vết mổ tử cung.

VI. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản- Bộ Y tế 2013
2. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Từ Dũ 2016
3. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

PHẪU THUẬT LẤY THAI
TRÊN NGƯỜI BỆNH CÓ SẸO MỔ BỤNG CŨ PHỨC TẠP

I.ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật lấy thai là phẫu thuật nhằm lấy thai ra khỏi tử cung sau khi mở bụng và mở tử cung.

II.CHUẨN BỊ

a. Người thực hiện

- Kíp gây mê hồi sức.
- Kíp phẫu thuật: Phẫu thuật viên, người gây tê tủy sống cùng các trợ thủ và dụng cụ viên thực hiện rửa tay ngoại khoa, mặc áo, khẩu trang, đi găng vô khuẩn
- Nữ hộ sinh chăm sóc sơ sinh.

b. Phương tiện, dụng cụ, thuốc

- Bộ dụng cụ, thuốc dùng gây tê tủy sống, gây mê toàn thân.
- Bộ dụng cụ mổ lấy thai đã tiệt trùng.
- Phương tiện chăm sóc và hồi sức sơ sinh.
- Các thuốc để hồi sức và các thuốc dùng trong sản khoa.

c. Người bệnh

- Được giải thích đầy đủ lý do phẫu thuật lấy thai, ký giấy cam đoan phẫu thuật.
- Thông đái, sát khuẩn thành bụng, trải khăn vô khuẩn sau khi đã được giảm đau.

d. Giảm đau:

- Giảm đau vùng (gây tê tủy sống hay gây tê ngoài màng cứng) là ưu tiên. Có thể gây mê nội khí quản khi giảm đau vùng có chống chỉ định
- Không khuyến cáo gây tê tại chỗ hay gây tê tĩnh mạch

III.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. **Thì 1.** Mở bụng:

- Có thể đường trắng giữa dưới rốn hoặc đường ngang trên mu tùy theo sẹo mổ cũ lần trước
- Gỡ dính(nếu có)
- Bộc lộ vùng mổ: chèn gạc, đặt van vệ.

2. **Thì 2.** Mở phúc mạc đoạn dưới tử cung.

Lưu ý ở thì này một số trường hợp sẹo mổ cũ dính kéo cao bàng quang lên trên nên khi mở phúc mạc nên dùng kéo cong bóc tách đẩy bàng quang xuống tránh rạch vào bàng quang.

3. **Thì 3.** Rạch ngang cơ tử cung đoạn dưới đến màng ối:

- Mở đoạn dưới tử cung ở ngay giữa (lưu ý tránh chạm vào phần thai ở ngay dưới). Mở rộng vết rạch tử cung sang hai bên. Đường mở tử cung song song với đường mở phúc mạc đoạn dưới.
- Đường rạch ngang đoạn dưới khoảng 8-10cm .

4. **Thì 4.** Lấy thai và rau:

- Lấy thai: lấy đầu thai nếu là ngôi đầu, lấy chân thai hay mông thai nếu là các ngôi còn lại.
- Dùng miếng gạc mỏng lau nhớt miệng trẻ.
- Kẹp và cắt dây rốn.
- Tiêm tĩnh mạch chậm(qua dây truyền) 10 đơn vị oxytocin. Lấy rau bằng cách kéo dây rốn và ấn đáy tử cung qua thành bụng. Làm sạch buồng tử cung. Nong cổ tử cung nếu cần.

- Kiểm tra và kẹp các mạch máu lớn đang chảy.

5. **Thì 5.** Khâu vết rạch tử cung và phúc mạc:

- Khâu phục hồi lớp cơ tử cung bằng chỉ tiêu số 1. Có thể bằng mũi rời hay khâu vắt có khóa hay không có khóa. Mũi khâu lấy toàn bộ chiều dày lớp cơ tử cung. Không nên khâu cả lớp nội mạc tử cung. Thông thường khâu một lớp là đủ. Nếu cần thì khâu vắt lớp thứ hai để cầm máu và che phủ lớp khâu thứ nhất.
- Phủ phúc mạc đoạn dưới tử cung bắt buộc khi có nguy cơ nhiễm khuẩn.

6. **Thì 6.** Lau sạch ổ bụng, kiểm tra tử cung, phần phụ và các tạng xung quanh, đếm đủ gạc
7. **Thì 7.** Đóng thành bụng theo từng lớp.
8. **Thì 8.** Lấy máu và lau âm đạo.

IV. THEO DÕI CHĂM SÓC SAU PHẪU THUẬT

1. Theo dõi sau phẫu thuật

- Mạch, huyết áp, toàn trạng, bài tiết nước tiểu.
- Co hồi tử cung, lượng máu chảy từ tử cung ra.
- Vết mổ thành bụng.
- Trung tiện.

2. Chăm sóc

- Cho thuốc giảm đau sau phẫu thuật.
- Cho sản phụ uống, ăn sớm (uống, thức ăn lỏng khi chưa trung tiện, ăn bình thường khi đã có trung tiện).
- Vận động sớm.
- Cho con bú sớm.
- Kháng sinh điều trị (nếu cần).

V. TAI BIẾN

1. Trong phẫu thuật

- Chảy máu
- Chấn thương thai nhi - Chấn thương ruột
- Rạch vào bàng quang - Thắt vào niệu quản

2. Sau phẫu thuật

- Nhiễm trùng vết mổ, tiểu khung, viêm phúc mạc toàn thể, nhiễm trùng huyết.
- Chảy máu do nhiễm trùng vết mổ tử cung.

VI. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản- Bộ Y tế 2013
2. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Từ Dũ 2016
3. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

PHẪU THUẬT LẤY THAI TRÊN NGƯỜI MẮC BỆNH TOÀN THÂN (TIM MẠCH, THẬN, GAN, HUYẾT HỌC, NỘI TIẾT)

I.ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật lấy thai là phẫu thuật nhằm lấy thai ra khỏi tử cung sau khi mở bụng và mở tử cung.

Nguyên tắc điều trị:

- Sản phụ được dự phòng corticoid nếu có các yếu tố nguy cơ trong quá trình mang thai.
- Vừa hồi sức, điều chỉnh huyết động, vừa tiến hành phẫu thuật.

II.CHUẨN BỊ

a. Người thực hiện

- Kíp gây mê hồi sức
- Kíp phẫu thuật
- Nữ hộ sinh chăm sóc sơ sinh.

b. Phương tiện, dụng cụ, thuốc

- Bộ dụng cụ, thuốc dùng gây tê tủy sống, gây mê toàn thân
- Bộ dụng cụ mổ lấy thai đã tiệt trùng, dự phòng bộ dụng cụ cắt tử cung
- Phương tiện chăm sóc và hồi sức sơ sinh
- Các thuốc để hồi sức và các thuốc dùng trong sản khoa, đặc biệt là máu và các dịch thay thế máu, tiểu cầu, các yếu tố đông máu.

c. Người bệnh

- Được giải thích đầy đủ lý do phẫu thuật lấy thai, ký giấy cam đoan phẫu thuật.
- Thông đái, sát khuẩn thành bụng, trải khăn vô khuẩn sau khi đã được giảm đau

III.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. **Thì 1.** Mở bụng

- Có thể đường trắng giữa dưới rốn hoặc đường ngang trên mu. Bộc lộ vùng mổ: chèn gạc, đặt van vệ.

2. **Thì 2.** Mở phúc mạc đoạn dưới tử cung
3. **Thì 3.** Rạch ngang cơ tử cung đoạn dưới đến màng ối.

- Mở đoạn dưới tử cung ở ngay giữa (lưu ý tránh chạm vào phần thai ở ngay dưới). Mở rộng vết rạch tử cung sang hai bên.
- Đường mở tử cung song song với đường mở phúc mạc đoạn dưới.
- Đường rạch ngang đoạn dưới khoảng 8-10cm.

4. **Thì 4.** Lấy thai và nhau

- Lấy thai: lấy đầu thai nếu là ngôi đầu, lấy chân thai hay mông thai nếu là các ngôi còn lại.
- Dùng miếng gạc mỏng lau nhớt miệng trẻ.
- Kẹp và cắt dây rốn.
- Tiêm tĩnh mạch chậm (qua dây truyền) 10 đơn vị oxytocin.
- Lấy nhau bằng cách kéo dây rốn và ấn đáy tử cung qua thành bụng.
- Làm sạch buồng tử cung.
- Nong cổ tử cung nếu cần.
- Kiểm tra và kẹp các mạch máu lớn đang chảy.

5. **Thì 5.** Khâu vết rạch tử cung và phúc mạc

- Khâu phục hồi lớp cơ tử cung bằng chỉ tiêu số 1. Có thể bằng mũi rời hay khâu vắt có

khóa hay không có khóa. Mũi khâu lấy toàn bộ chiều dày lớp cơ tử cung. Không nên khâu cả lớp nội mạc tử cung. Thông thường khâu một lớp là đủ. Nếu cần thì khâu vắt lớp thứ hai để cầm máu và che phủ lớp khâu thứ nhất. Phủ phúc mạc đoạn dưới tử cung bắt buộc khi có nguy cơ nhiễm khuẩn. Trong quá trình phẫu thuật nếu tử cung có kèm chảy máu không cầm, tiến hành khâu cầm máu bằng các mũi chữ X, thắt động mạch tử cung, động mạch hạ vị, mũi B-lynch…

- Cắt tử cung bán phần hoặc hoàn toàn trong trường hợp chảy máu không cầm, hoặc rối loạn đông máu nặng, phong huyết tử cung rau.

6. **Thì 6.** Lau sạch ổ bụng, kiểm tra tử cung, phần phụ và các tạng xung quanh, đặt dẫn lưu ổ bụng nếu cần, đếm đủ gạc.
7. **Thì 7.** Đóng thành bụng theo từng lớp. Đặt dẫn lưu vết mổ nếu cần thiết
8. **Thì 8.** Lấy máu và lau âm đạo.

IV. THEO DÕI SAU PHẪU THUẬT

Theo dõi sau phẫu thuật

- Mạch, huyết áp, toàn trạng, bài tiết nước tiểu
- Co hồi tử cung, lượng máu chảy từ tử cung ra
- Vết mổ thành bụng. Các dẫn lưu.
- Xét nghiệm sinh hóa, huyết học.
- Trung tiện

Chăm sóc

- Cho thuốc giảm đau sau phẫu thuật
- Điều chỉnh huyết động và kiểm soát chức năng đông cầm máu
- Tiếp tục điều trị nội khoa tình trạng bệnh lý sản khoa theo phác đồ
- Cho sản phụ uống, ăn sớm (uống, thức ăn lỏng khi chưa trung tiện, ăn bình thường khi đã có trung tiện)
- Vận động sớm
- Cho con bú sớm
- Kháng sinh điều trị

V. BIẾN CHỨNG

Trong phẫu thuật

- Rối loạn huyết động
- Rối loạn đông máu
- Suy đa tạng
- Chảy máu
- Chấn thương thai nhi
- Chấn thương ruột
- Rạch vào bàng quang
- Thắt vào niệu quản

Sau phẫu thuật

- Rối loạn huyết động
- Rối loạn đông máu
- Suy đa tạng
- Nhiễm trùng vết mổ, tiểu khung, viêm phúc mạc toàn thể, nhiễm trùng huyết.
- Chảy máu do nhiễm trùng vết mổ tử cung.

VI. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản- Bộ Y tế 2013
2. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Từ Dũ 2016
3. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

PHẪU THUẬT LẤY THAI DO BỆNH LÝ SẢN KHOA (NHAU TIỀN ĐẠO, NHAU BONG NON, SẢN GIẬT, TIỀN SẢN GIẬT…)

I.ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật lấy thai là phẫu thuật nhằm lấy thai ra khỏi tử cung sau khi mở bụng và mở tử cung.

Tiền sản giật, sản giật là biến chứng nội khoa thường gặp nhất ở phụ nữ mang thai với tỉ lệ từ 2% - 8%. Triệu chứng thường gặp là phù, huyết áp tăng và protein niệu. Là 1 trong những nguyên nhân chính gây tử vong cho mẹ và thai. Sản giật được chẩn đoán khi có cơn co giật xảy ra ở phụ nữ mang thai có triệu chứng tiền sản giật và không có nguyên nhân nào khác để giải thích. Các cơn co giật trong sản giật thường là toàn thân, có thể xuất hiện trước, trong chuyển dạ hay trong thời kỳ hậu sản. Sản giật có thể dự phòng được bằng cách phát hiện và điều trì sớm tiền sản giật.

Nhau bong non là nhau bám đúng vị trí nhưng bong một phần hay toàn bộ bánh nhau trước khi sổ thai. Nhau bong non là một cấp cứu sản khoa, thường xảy ra ở 3 tháng cuối thời kì thai nghén, diễn biến nặng đe dọa tính mạng của thai nhi và sản phụ. Đây là bệnh lý của hệ thống mao mạch, xảy ra đột ngột có thể tiến triển rất nhanh từ thể nhẹ thành thể nặng.

Nhau tiền đạo là nhau bám một phần hay toàn bộ vào đoạn dưới tử cung gây chảy máu vào 3 tháng cuối của thai kỳ, trong chuyển dạ và sau đẻ. Nhau tiền đạo có thể gây tử vong hoặc bệnh lý mắc phải cho mẹ và cho con do chảy máu và đẻ non. Theo giải phẫu nhau tiền đạo được chia thành 5 loại là: nhau tiền đạo bám thấp, nhau tiền đạo bám bên, nhau tiền đạo bám mép, nhau tiền đạo bán trung tâm, nhau tiền đạo trung tâm.

Các bệnh lý toàn thân kể trên đều có thể dẫn đến các biến chứng rất nặng nề: mất máu cấp, rối loạn đông máu, suy đa tạng… hậu quả phải cắt tử cung trong phẫu thuật thậm chí nguy hiểm tính mạng.

II.CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý tiền sản giật – sản giật:
  + Tiền sản giật nặng: có 1 hoặc nhiều trong các triệu chứng sau:
  + Huyết áp tâm thu ≥ 160 và/hoặc huyết áp tâm trương ≥ 110mmHg + Protein/niệu ≥ 3,5g/24 giờ hay que thử 3+ (2 mẫu thử ngẫu nhiên)
  + Thiểu niệu, nước tiểu < 20ml/giờ, Creatinine/huyết tương > 1.3mg/dL + Tiểu cầu < 100,000/mm3
  + Tăng men gan ALT hay AST (gấp 3 lần ngưỡng trên giá trị bình thường) + Ure máu > 360mmol/l
  + Nhức đầu hay nhìn mờ
  + Đau vùng thượng vị hoặc hạ sườn phải + Sản giật
  + Bệnh lý rau bong non chỉ định mổ tối cấp cứu
- Bệnh lý nhau tiền đạo: nhau tiền đạo trung tâm, hoặc bán trung tâm, hoặc nhau cài răng lược: mổ chủ động khi thai đủ tháng hoặc khi có chảy máu nhiều. Nhau tiền đạo bám thấp, bám bên, bám mép chảy máu nhiều không đủ điều kiện theo dõi chuyển dạ.

Nguyên tắc điều trị

- Sản phụ được dự phòng corticoid nếu có các yếu tố nguy cơ trong quá trình mang thai.
- Vừa hồi sức, điều chỉnh huyết động, vừa tiến hành phẫu thuật.

III.CHUẨN BỊ

a. Người thực hiện

- Kíp gây mê hồi sức
- Kíp phẫu thuật
- Nữ hộ sinh chăm sóc sơ sinh.

b. Phương tiện, dụng cụ, thuốc

- Bộ dụng cụ, thuốc dùng gây tê tủy sống, gây mê toàn thân
- Bộ dụng cụ mổ lấy thai đã tiệt trùng, dự phòng bộ dụng cụ cắt tử cung
- Phương tiện chăm sóc và hồi sức sơ sinh
- Các thuốc để hồi sức và các thuốc dùng trong sản khoa, đặc biệt là máu và các dịch thay thế máu, tiểu cầu, các yếu tố đông máu.

c. Người bệnh

- Được giải thích đầy đủ lý do phẫu thuật lấy thai, ký giấy cam đoan phẫu thuật.
- Thông đái, sát khuẩn thành bụng, trải khăn vô khuẩn sau khi đã được giảm đau.

IV.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. **Thì 1.** Mở bụng

- Có thể đường trắng giữa dưới rốn hoặc đường ngang trên mu. Bộc lộ vùng mổ: chèn gạc, đặt van vệ.

2. **Thì 2.** Mở phúc mạc đoạn dưới tử cung.
3. **Thì 3.** Rạch ngang cơ tử cung đoạn dưới đến màng ối.

- Mở đoạn dưới tử cung ở ngay giữa (lưu ý tránh chạm vào phần thai ở ngay dưới). Mở rộng vết rạch tử cung sang hai bên.
- Đường mở tử cung song song với đường mở phúc mạc đoạn dưới.
- Đường rạch ngang đoạn dưới khoảng 8-10cm.

4. **Thì 4.** Lấy thai và nhau

- Lấy thai: lấy đầu thai nếu là ngôi đầu, lấy chân thai hay mông thai nếu là các ngôi còn lại.
- Dùng miếng gạc mỏng lau nhớt miệng trẻ.
- Kẹp và cắt dây rốn.
- Tiêm tĩnh mạch chậm (qua dây truyền) 10 đơn vị oxytocin.
- Lấy nhau bằng cách kéo dây rốn và ấn đáy tử cung qua thành bụng.
- Làm sạch buồng tử cung.
- Nong cổ tử cung nếu cần.
- Kiểm tra và kẹp các mạch máu lớn đang chảy.

5. **Thì 5.** Khâu vết rạch tử cung và phúc mạc

- Khâu phục hồi lớp cơ tử cung bằng chỉ tiêu số 1. Có thể bằng mũi rời hay khâu vắt có khóa hay không có khóa. Mũi khâu lấy toàn bộ chiều dày lớp cơ tử cung. Không nên khâu cả lớp nội mạc tử cung. Thông thường khâu một lớp là đủ. Nếu cần thì khâu vắt lớp thứ hai để cầm máu và che phủ lớp khâu thứ nhất. Phủ phúc mạc đoạn dưới tử cung bắt buộc khi có nguy cơ nhiễm khuẩn. Trong quá trình phẫu thuật nếu tử cung có kèm chảy máu không cầm, tiến hành khâu cầm máu bằng các mũi chữ X, thắt động mạch tử cung, động mạch hạ vị, mũi B-lynch…
- Cắt tử cung bán phần hoặc hoàn toàn trong trường hợp chảy máu không cầm, hoặc rối loạn đông máu nặng, phong huyết tử cung rau.

6. **Thì 6.** Lau sạch ổ bụng, kiểm tra tử cung, phần phụ và các tạng xung quanh, đặt dẫn lưu ổ bụng nếu cần, đếm đủ gạc.
7. **Thì 7.** Đóng thành bụng theo từng lớp. Đặt dẫn lưu vết mổ nếu cần thiết
8. **Thì 8.** Lấy máu và lau âm đạo.

V.THEO DÕI CHĂM SÓC SAU PHẪU THUẬT

Theo dõi sau phẫu thuật

- Mạch, huyết áp, toàn trạng, bài tiết nước tiểu
- Co hồi tử cung, lượng máu chảy từ tử cung ra
- Vết mổ thành bụng. Các dẫn lưu.
- Xét nghiệm sinh hóa, huyết học.
- Trung tiện

Chăm sóc

- Cho thuốc giảm đau sau phẫu thuật
- Điều chỉnh huyết động và kiểm soát chức năng đông cầm máu
- Tiếp tục điều trị nội khoa tình trạng bệnh lý sản khoa theo phác đồ
- Cho sản phụ uống, ăn sớm (uống, thức ăn lỏng khi chưa trung tiện, ăn bình thường khi đã có trung tiện)
- Vận động sớm
- Cho con bú sớm
- Kháng sinh điều trị

VI. TAI BIẾN

Trong phẫu thuật

- Rối loạn huyết động
- Rối loạn đông máu
- Suy đa tạng
- Chảy máu
- Chấn thương thai nhi
- Chấn thương ruột
- Rạch vào bàng quang
- Thắt vào niệu quản

Sau phẫu thuật

- Rối loạn huyết động
- Rối loạn đông máu
- Suy đa tạng
- Nhiễm trùng vết mổ, tiểu khung, viêm phúc mạc toàn thể, nhiễm trùng huyết.
- Chảy máu do nhiễm trùng vết mổ tử cung.

VII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản- Bộ Y tế 2013
2. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Từ Dũ 2016
3. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

PHẪU THUẬT THẮT ĐỘNG MẠCH TỬ CUNG

I.ĐẠI CƯƠNG

Thắt động mạch tử cung là thủ thuật làm tắc nghẽn luồng máu chảy trong động mạch tử cung, do đó làm giảm lưu lượng máu tới tử cung.

II.CHỈ ĐỊNH

- Chảy máu ở buồng tử cung do những nguyên nhân khác nhau.
- Chảy máu ở vùng rau bám trong rau tiền đạo.
- Đờ tử cung.

III.CHUẨN BỊ

a. Người thực hiện:

- Bác sĩ chuyên khoa Phụ sản đã được đào tạo.
- Rửa tay, mặc áo, đội mũ, đeo khẩu trang, đi găng tay vô khuẩn.

b. Phương tiện:

- Dụng cụ phẫu thuật trung phẫu.
- Chỉ tiêu, kim lớn, tan nhanh.

c. Người bệnh:

- Được chuẩn bị như một trường hợp phẫu thuật cấp cứu sản phụ khoa.
- Người bệnh được tư vấn mục đích, tai biến có thể gặp phải khi thực hiện.

IV.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Thì 1: Mở phúc mạc đoạn dưới. - Đường rạch ngang đoạn dưới thấp. - Nếu thắt động mạch tử cung ngay sau khi phẫu thuật lấy thai thì sử dụng đường rạch ngang đoạn dưới ở thì phẫu thuật lấy thai.

Thì 2: Bóc tách lá phúc mạc trước và sau, bộc lộ động mạch tử cung ở vị trí động mạch đổi hướng từ đáy dây chằng rộng quặt ngược lên mặt bên thân tử cung.

Thì 3: Thắt động mạch tử cung. - Sau khi bộc lộ động mạch dùng chỉ perlon luồn qua động mạch và thắt động mạch tử cung bên phải và bên trái. - Trong trường hợp có thai, cuống mạch phát triển, bóc tách có nguy cơ chảy máu nhiều, có thể dùng kim chọc qua mặt dưới cuống mạch lấy cả tổ chức cơ tử cung và buộc. Thắt động mạch tử cung bằng cách khâu cả tổ chức quanh động mạch.

Thì 4: Khâu phúc mạc rồi tiếp tục thắt động mạch đối diện.

V.TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Khi thắt động mạch tử cung ở thấp có thể thắt vào niệu quản, trong trường hợp đó phải mổ và tháo ra.
- Huyết tụ khi kim chọc vào búi mạch trong trường hợp không bóc tách hai lá của dây chằng rộng để bộc lộ động mạch tử cung. Cần kẹp chặn ngay các mạch máu ở phía dưới dây chằng rộng đề phòng máu tụ lan ra đáy chậu và thành tử cung.

VI. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản- Bộ Y tế 2013
2. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Từ Dũ 2016
3. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

PHẪU THUẬT THẮT ĐỘNG MẠCH HẠ VỊ TRONG CẤP CỨU SẢN PHỤ KHOA

I.ĐẠI CƯƠNG

Thắt động mạch hạ vị (động mạch chậu trong) là làm tắc dòng máu chảy vào động mạch hạ vị, làm giảm lưu lượng máu tại các cơ quan vùng tiểu khung tức thời.

II.CHỈ ĐỊNH

- Chảy máu tại vùng tiểu khung do nhiều nguyên nhân khác nhau: rau tiền đạo, rách hoặc chấn thương đoạn dưới tử cung.
- Phẫu thuật phức tạp vùng tiểu khung dễ chảy máu cần phải làm giảm lưu lượng tuần hoàn tiểu khung trong quá trình phẫu thuật.
- Phẫu thuật ung thư, đặc biệt là ung thư tế bào nuôi có nhiều nhân ung thư không thể bóc tách hết cần làm giảm lượng máu tới tế bào ung thư.
- Chỉ định có tính chất cấp cứu trong quá trình phẫu thuật, thường không có chỉ định chủ động trước.
- Tuy nhiên, phải chỉ định sớm, không được để người bệnh bị mất máu nhiều gây rối loạn đông máu.

III.CHUẨN BỊ

a. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa Phụ sản đã được đào tạo và kíp trợ thủ.

b. Phương tiện

- Dụng cụ phẫu thuật đại phẫu
- Kim chỉ tốt, thông Neslaton, Disteur để bóc tách và bộc lộ động mạch hạ vị, niệu quản

c. Người bệnh

- Được chuẩn bị như một trường hợp phẫu thuật cấp cứu sản phụ khoa.
- Người bệnh được tư vấn mục đích, tai biến có thể gặp phải khi thực hiện.

IV.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. **Thì 1.** Rạch phúc mạc sau tương ứng với vị trí của động mạch hạ vị

- Điểm mốc: 2- 3cm bên phải và bên trái mỏm nhô, có thể dùng ngón tay trỏ thăm dò động mạch chậu gốc phải và trái (dựa vào vị trí mạch đập) xuống dần đến chỗ phân nhánh động mạch chậu ngoài và động mạch chậu trong.
- Dùng kẹp kéo nếp phúc mạc lên để cắt thủng một lỗ ở phúc mạc sau đúng vị trí điểm mốc.
- Dùng kéo cong tù đầu tách phúc mạc và cắt rộng phúc mạc xuống dưới khoảng 4cm dọc theo đường đi của động mạch chậu trong.

  Chú ý: niệu quản nằm ngay dưới phúc mạc và bắt chéo động mạch chậu ở trị trí này, nên rất dễ bị tổn thương khi cắt phúc mạc.

2. **Thì 2.** Bộc lộ niệu quản và động mạch hạ vị.

- Dùng kéo cong khép kín luồn mặt dưới phúc mạc tách lớp tổ chức dưới phúc mạc bằng cách mở mũi kéo ra (không được cắt vì dễ cắt nhầm vào niệu quản)
- Bộc lộ niệu quản sang một bên bằng cách luồn chỉ hoặc ống cao su nhỏ có 27 đường kính 1.5 – 2mm qua mặt dưới niệu quản kéo sang một bên.
- Tiếp tục bóc tách tổ chức quanh động mạch chậu bằng kéo theo động tác như đã mô tả trên, bộc lộ động mạch chậu gốc dần xuống chỗ phân nhánh của động mạch chậu trong và động mạch chậu ngoài.
- Tách động mạch chậu trong khỏi thành trước tĩnh mạch chậu. Động tác này phải nhẹ nhành, cẩn thận để tránh tổn thương tĩnh mạch chậu nằm sau động mạch.

3. **Thì 3.** Thắt động mạch hạ vị.

- Sử dụng kẹp mũi cong tù, luồn qua mặt dưới động mạch hạ vị và phía trước tĩnh mạch hạ vị từ ngoài vào trong. Khi thấy mũi kẹp lộ rõ ở bờ trong động mạch hạ vị thì mở kẹp để kẹp một sợi chỉ perlon kéo luồn qua động mạch hạ vị.
- Xác định sợi chỉ đã luồn đúng phía dưới động mạch hạ vị.
- Thắt động mạch hạ vị: sau khi đã kiểm tra vị trí luồn chỉ đúng mới buộc thắt động mạch hạ vị và cắt chỉ cách nút buộc 1cm.
- Kiểm tra lại mạch bẹn.

4. **Thì 4.** Khâu phục hồi phúc mạc.

- Để lại vị trí niệu quản như cũ.
- Khâu vết cắt phúc mục bằng mũi khâu vắt với chỉ catgut (không nên khâu kín vết cắt phúc mạc bằng mũi khâu túi, vì mũi khâu túi sẽ làm co kéo phúc mạc và có thể làm gấp khúc niệu quản).

V. TAI BIẾN

- Chảy máu.
- Tổn thương niệu quản.
- Thắt nhầm động mạch chậu ngoài.

VI. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản- Bộ Y tế 2013
2. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Từ Dũ 2016
3. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

PHẪU THUẬT CẮT TỬ CUNG HOÀN TOÀN DO CHẢY MÁU THỨ PHÁT SAU CHẢY MÁU SẢN KHOA

I.ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật cắt tử cung hoàn toàn là phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ khối tử cung, bao gồm thân tử cung, cổ tử cung, vòi trứng, buồng trứng, để lại phúc mạc đoạn dưới đủ để khâu phủ kín vùng hố chậu. Tuy nhiên cũng có trường hợp phẫu thuật cắt tử cung hoàn toàn để lại một hoặc hai phần phụ tùy theo bệnh lý.

II.CHỈ ĐỊNH

- Nhau tiền đạo trung tâm, nhau bám chặt xuống sâu tận cổ tử cung gây chảy máu mà thắt ĐM hạ vị vẫn không cầm máu được.
- Thai ở cổ tử cung bị sẩy, chảy máu sau khi đã can thiệp các thủ thuật như khâu, đốt nhiệt mà không có kết quả.

III.CHUẨN BỊ

a. Người thực hiện:

- Bác sĩ chuyên khoa Phụ sản đã được đào tạo và kíp trợ thủ.

b. Phương tiện:

- Dụng cụ phẫu thuật đại phẫu.

c. Người bệnh:

- Được chuẩn bị như một trường hợp phẫu thuật cấp cứu sản khoa.
- Người bệnh được tư vấn mục đích, tai biến có thể gặp phải khi thực hiện.

IV.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. **Thì 1:** Mở thành bụng theo đường Pfannenstiel hoặc đường giữa dưới rốn.
2. **Thì 2:** Kẹp cắt các dây chằng thắt lưng – buồng trứng, dây chằng tử cung – vòi trứng và cuống mạch, dây chằng tròn cả hai bên, hai lá dây chằng rộng.
3. **Thì 3:** Tách và cắt phúc mạc tử cung – bàng quang.

- Dùng kéo tách lớp mỏng phúc mạc ngang với chỗ bám di động ở eo tử cung và cắt ngang trước đoạn dưới tử cung. Dùng gạc gấp hình củ ấu nhỏ đẩy phúc mạc xuống sâu. Động tác này sẽ tách đẩy bàng quang ra phía trước, bộc lộ cổ tử cung và túi cùng âm đạo trước.

4. **Thì 4:** Cắt dây chằng tử cung - cùng và phúc mạc sau.

- Kéo tử cung ra phía trước, bộc lộ hai dây chằng tử cung – cùng và mặt sau cổ tử cung. Dùng kéo sắc cắt gốc hai dây chằng tử cung – cùng gần chỗ bám ở cổ tử cung.
- Tách phúc mạc sau vòng quanh cổ tử cung phía trên và đẩy xuống ngang mức cắt âm đạo

5. **Thì 5:** Kẹp các cuống mạch đi vào tử cung

- Kẹp cắt động mạch tử cung
- Kẹp nhánh động mạch âm đạo.
- Dùng kéo cong tách phần tổ chức phía trước dây chằng tử cung – cùng sát theo mặt của mỗi bên cổ tử cung, bộc lộ nhánh động mạch nhỏ từ dưới đi lên và kẹp bằng kẹp Kocher cong.
- Vị trí này gần sát với niệu quản nên cần chú ý: không nên kéo mạnh, không cắt ra ngoài quá, phải kẹp sát bờ bên tử cung - Kẹp động mạch tử cung từng bên.
- Tiếp tục phẫu tích lên phía trên vị trí kẹp tử cung – cùng, bộc lộ động mạch tử cung và kẹp động mạch tử cung từng bên bằng kẹp J.L Fauvre. Khi kẹp và cắt bó mạch đi vào

tử cung này sẽ bộc lộ vòm âm đạo

6. **Thì 6:** Cắt âm đạo.

- Dùng gạc lớn che phủ cùng đồ sau.
- Tay trái phẫu thuật viên kéo tử cung mạnh lên trên, tay phải dùng kéo sắc mở cùng đồ trước
- Dùng kẹp Kocher thẳng kẹp mép trước âm đạo để giữ.
- Tiếp tục cắt vòng quanh sát với chỗ bám âm đạo và cổ tử cung từ phía trước sang phải, ra sau và qua trái.

7. **Thì 7:** Đóng âm đạo.

- Dùng kim cong và chỉ tiêu khâu qua lớp tổ chức dưới niêm mạc và niêm mạc âm đạo bằng mũi khâu vắt hoặc mũi rời chữ X.

8. **Thì 8:** Thắt các cuống mạch tử cung.

- Dùng kim cong và chỉ lâu tiêu (hoặc chỉ không tiêu) khâu vào tổ chức gần cuống mạch ngay dưới chỗ kẹp để tránh tuột chỉ.

9. **Thì 9:** Phủ phúc mạc tiểu khung.
10. **Thì 10:** Đóng thành bụng

V. TAI BIẾN

- Chảy máu: do buộc chỉ lỏng, hay tuột chỉ ở các cuống mạch và mỏm cắt âm đạo
- Nhiễm trùng: do chuẩn bị người bệnh không tốt.
- Tổn thương bàng quang: do khâu chọc vào bàng quang, cắt vào bàng quang do đẩy phúc mạc tử cung – bàng quang không tốt.
- Thắt hoặc cắt vào niệu quản: do dính hoặc thắt cuống động mạch cổ tử cung – âm đạo quá xa bờ ngoài cổ tử cung.

VI. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản- Bộ Y tế 2013
2. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Từ Dũ 2016
3. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

GÂY CHUYỂN DẠ BẰNG THUỐC

I.ĐẠI CƯƠNG

Gây chuyển dạ hay khởi phát chuyển dạ là chủ động gây ra cơn co tử cung trước khi chuyển dạ tự nhiên bằng các phương pháp nội khoa hoặc ngoại khoa. Các phương pháp gây chuyển dạ đều hướng tới mục tiêu gây được cơn co tử cung đều đặn, làm cho cổ tử cung xóa và mở, làm cho ngôi thai lọt xuống và cuối cùng thai nhi được đẻ qua đường âm đạo một cách an toàn. Hiện nay có hai phương pháp gây chuyển dạ bằng thuốc chủ yếu và an toàn là truyền oxytocin tĩnh mạch và đặt cerviprim - là một Prostaglandin E2.

II.CHỈ ĐỊNH

- Ối vỡ non
- Thai quá ngày sinh
- Khi giảm có chỉ định đình chỉ thai nghén
- Thai chậm phát triển trong tử cung có chỉ định đình chỉ thai nghén
- Thai bất thường có chỉ định đình chỉ thai nghén
- Thai lưu
- Bệnh lý của mẹ cần đình chỉ thai nghén: ung thư, tiền sản giật, tăng huyết áp, đái tháo đường,...

III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Chống chỉ định tuyệt đối	Chống chỉ định tương đối
Chống chỉ định về phía mẹ	
Khung chậu hẹp	Ung thư cổ tử cung
Sẹo mổ cũ ở thân tử cung	Sẹo mổ lấy thai ngang đoạn dưới tử cung
Herpes sinh dục đang hoạt động	Đa thai
Bệnh lý mạn tính trầm trọng	Đẻ nhiều lần
Chống chỉ định về phía thai và phần phụ của thai	
Ngôi ngang	Ngôi mông
Thai suy	Thai to
Rau tiền đạo	Rau bám thấp

IV.CHUẨN BỊ

a. Người thực hiện:

- Bác sĩ: bác sĩ chuyên khoa sản ra chỉ định dùng thuốc và chỉ định theo dõi người bệnh.
- Nữ hộ sinh: thực hiện y lệnh của bác sĩ (đối với thuốc cerviprim có thể do bác sĩ trực tiếp đặt thuốc); theo dõi cuộc chuyển dạ theo hướng dẫn quốc gia.

b. Phương tiện:

- Bàn đẻ, máy monitor sản khoa, thuốc và dịch truyền, phương tiện đỡ đẻ,…

c. Người bệnh:

- Được tư vấn về quá trình gây chuyển dạ, vệ sinh bộ phận sinh dục trước khi dùng thuốc

d. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện với đủ xét nghiệm công thức máu, đông cầm máu, nhóm máu, siêu âm thai.

e. Chỉ tiến hành khởi phát chuyển dạ ở cơ sở có phẫu thuật

V.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Khám sản phụ Mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở, tim phổi, ngôi thai, ước trọng lượng thai, khung chậu, đánh giá sự chín muồi của cổ tử cung

2. Thang điểm tính chỉ số Bishop:

	0 điểm	1 điểm	2 điểm	3 điểm
Độ mở cổ tử cung (cm)	0	1 – 2	3 – 4	5 – 6
Độ xóa cổ tử cung (%)	<30	40 – 50	60 – 70	>80
Mật độ cổ tử cung	Chắc	Trung bình	Mềm	
Hướng cổ tử cung	Sau	Trung gian	Trước	
Độ lọt ngôi thai	-3	-2	-1, 0	+1, +2

Nếu tổng điểm:

<5: Khả năng giục sinh thất bại
5 – 6: Tiên lượng sinh ngã âm đạo dè dặt
7 – 9: Tiên lượng sinh trong vòng 8 giờ
>10: Tiên lượng sinh trong vòng 2 – 3 giờ

3. Theo dõi tim thai và cơn co tử cung 30phút
4. Gây chuyển dạ bằng Oxytocin:

- Pha 5 đơn vị oxytocin trong 500ml dung dịch Glucose 5%, truyền tĩnh mạch cho người bệnh.
- Cách tính nồng độ oxytocin (kim truyền 1ml=20giọt):
  + 10 giọt/phút = 5 mU/phút
  + 20 giọt/phút = 5 mU/phút
  + 30 giọt/phút = 5 mU/phút
  + 40 giọt/phút = 5 mU/phút
  + 50 giọt/phút = 5 mU/phút

VI.VI.THEO DÕI

- Theo dõi sát tim thai, cơn co tử cung mỗi 30 phút

VII.XỬ TRÍ TAI BIẾN

Tai biến

- Suy thai, cơn co tử cung mau mạnh, ngộ độc nước do truyền oxytocin liều cao kéo dài

Xử trí

- Ngừng truyền, nằm nghiêng trái, thở oxy, cho thuốc giảm co bóp nếu cần; mổ lấy thai nếu suy thai.

VIII.TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản- Bộ Y tế 2013
2. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Từ Dũ 2016
3. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

NGHIỆM PHÁP LỌT NGÔI CHỎM

I.ĐẠI CƯƠNG

Nghiệm pháp lọt ngôi chỏm là phương pháp đánh giá cuộc đẻ khi khung chậu giới hạn, trọng lượng thai nhi bình thường hoặc khi khung chậu bình thường nhưng thai nhi lại khá to, nhằm đưa ra quyết định là thai nhi có thể đẻ được qua đường âm đạo hay phải mổ lấy thai.

II.CHỈ ĐỊNH

- Khung chậu giới hạn, thai bình thường.
- Khung chậu bình thường, thai to.
- Khung chậu hẹp, thai nhỏ.

Điều kiện:

- Ngôi chỏm
- Có chuyển dạ thật sự:
  + Cổ tử cung xóa hết và mở từ 4cm trở lên.
  + Cơn co tử cung tốt (4-5 cơn/ 10 phút). Nếu cơn co không đủ phải tăng co bằng oxytocin, nhỏ giọt bằng đường truyền tĩnh mạch.
- Theo dõi cẩn thận để phát hiện kịp thời những biến chứng xảy ra trong khi làm nghiệm pháp như sa dây rốn, thai suy, cơn co cường tính (>5 cơn/10 phút), dọa vỡ tử cung.

III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Khung chậu hẹp hoàn toàn hoặc hẹp eo giữa và eo dưới.
- Thai suy.
- Các ngôi không phải là ngôi chỏm
- Có vết mổ cũ ở tử cung.

IV.CHUẨN BỊ

a. Người thực hiện:

- Bác sĩ sản phụ khoa hoặc hộ sinh

b. Phương tiện:

- Một kim dài 15cm hoặc một cành của kiềm Kocher để bấm ối.
- Thuốc tăng hoặc giảm cơn co tử cung, dịch truyền.
- Biểu đồ chuyển dạ, monitor sản khoa

V.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:

Bước 1: Sản phụ nằm ở tư thế sản phụ khoa.

Bước 2: Khám sản khoa, đánh giá tình trạng tim thai, cơn co tử cung, ngôi thai, khung chậu.

Bước 3: Dùng kiềm bấm ối khi có cơn co tử cung và xé rộng màng ối để ngôi thai tì vào cổ tử cung. Nếu ngôi thai còn cao phải đề phòng sa dây rốn.

Bước 4: Ghi rõ giờ bắt đầu bấm ối và diễn tiến của tim thai, cơn co tử cung, ngôi thai.

Bước 5: Đánh giá tình trạng cổ tử cung, độ lọt của ngôi thai mỗi giờ trong 02 giờ.

Chú ý: Nếu cơn co tử cung tăng nhiều > 5 cơn/10 phút, giảm số giọt oxytocin, thuốc giảm co.

VI.THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Mổ lấy thai cấp cứu ngay trong trường hợp:

- Cơn co tử cung dồn dập dù đã ngưng oxytocin và cho thuốc giảm co.
- Thai suy.
- Sa dây rốn.

- Sau 2 giờ làm nghiệm pháp, cổ tử cung không mở thêm hoặc cứng chắc hơn hay phù nề, ngôi thai vẫn cao, không lọt và bắt đầu có bướu huyết thanh.

Theo dõi thêm chuyển dạ:

- Nếu sau 2 giờ làm nghiệm pháp lọt mà cổ tử cung mở thêm từ 2cm trở lên, tim thai trong giới hạn bình thường, ngôi thai xuống sâu hơn trong tiểu khung, có thể quyết định theo dõi thêm; khi cổ tử cung mở trọn, đầu lọt thấp, có thể cho sản phụ rặn sanh thường hay sinh giúp bằng dụng cụ.

VII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản- Bộ Y tế 2013
2. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Từ Dũ 2016
3. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

ĐỂ CHỈ HUY BẰNG TRUYỀN OXYTOCIN TĨNH MẠCH

I. ĐẠI CƯƠNG

Thuốc oxytocin là thuốc gây co bóp tử cung cả về tần số lẫn cường độ.

II. CHỈ ĐỊNH

- Gây cơn co tử cung trong trường hợp đã có chuyển dạ nhưng cơn co tử cung thưa và yếu. Chỉ định này áp dụng ở nơi có phẫu thuật mổ lấy thai với chỉ định rõ ràng của bác sĩ.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Chống chỉ định tuyệt đối:

- Bất tương xứng đầu - chậu.
- Ngôi không có chỉ định đẻ đường âm đạo (ngôi trán, thóp trước, ngôi mông không thuận lợi, ngôi ngang)
- Nhau tiền đạo trung tâm
- Nhau bong non
- Suy thai cấp và mạn tính.
- Mẹ bị bệnh lý tim mạch gây rối loạn cung lượng tim
- Không có phòng phẫu thuật, bác sĩ và phương tiện phẫu thuật.

Chống chỉ định tương đối:

- Vết mổ cũ mổ lấy thai.
- Đa thai, đa ối.

IV. THỰC HIỆN

- Truyền tĩnh mạch dung dịch Glucose 5% x 500 ml nhỏ giọt tĩnh mạch với tốc độ VIII giọt / phút.
- Pha oxytocin 05 đơn vị (01 ống) vào chai Glucose 5% đang truyền tĩnh mạch với tốc độ VIII giọt / phút.
- Lắc đều chai Glucose 5% đã có oxytocin cho thuốc pha đều.

V. THEO DÕI

- Theo dõi sát chuyển dạ bằng monitor sản khoa, đặc biệt theo dõi tim thai và cơn co tử cung.
- Ghi diễn tiến chuyển dạ lên trên biểu đồ chuyển dạ.
- Theo dõi trong 20-30 phút, nếu cơn gò chưa đạt 3 cơn / 10 phút (khởi phát chuyển dạ), hoặc chưa đạt số cơn gò theo độ mở cổ tử cung thì chỉnh giọt tăng VIII giọt / phút (4 mIU/ phút) sao cho đạt tần số và cường độ phù hợp (MVU??). Liều tối đa là Xl giọt / phút (20mIU / phút).
- Khám ngoài: mỗi 15 phút / lần đều đặn theo dõi cơn co tử cung, nhịp tim thai, độ lọt ngôi.
- Khi đã đạt được số cơn gò phù hợp giai đoạn chuyển dạ và độ mở cổ tử cung, đánh giá sự tiến triển của chuyển dạ bằng độ mở CTC và ngôi thai theo qui định Hướng dẫn Quốc gia tùy vào giai đoạn của cuộc chuyển dạ.
- Nếu có dấu hiệu suy thai phải ngưng truyền oxytocin. Sau khi ngừng truyền oxytocin 15 phút không có kết quả, phải phẫu thuật lấy thai ngay hoặc forceps nếu đủ điều kiện.
- Khi phát hiện có chuyển dạ ngưng tiến (theo dõi tối đa 2 giờ).
  + Cân nhắc việc có tiếp tục sử dụng oxytocin liều cao hơn, hoặc
  + Phối hợp thuốc làm mềm cổ tử cung, hoặc
  + Mổ lấy thai.

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Cơ gò cường tính:

- Khi có > 5 cơn / 10 phút và mỗi cơn kéo dài trên 90 giây.
- Xử trí:

+ Ngưng truyền oxytocin.

+ Có thể phối hợp thêm thuốc giảm gò. Theo dõi sát tần số cơn gò và tình trạng tim thai trong 30-45 phút. Sau 45 phút cơn gò tử cung không giảm phải mổ lấy thai ngay hoặc giúp sanh bằng dụng cụ khi đủ điều kiện.

2. Dọa vỡ - vỡ tử cung.
3. Thai suy cấp trong chuyển dạ.
4. Nhau bong non.
5. Ngộ độc nước.
6. Ảnh hưởng lên tim mạch:

- Khi dùng liều cao >45 mIU/ phút hay khi tiêm tĩnh mạch trực tiếp
- Gây tụt huyết áp, giảm tưới máu động mạch vành, ngưng tim.

7. Giãn cơ trơn:

- Khi dùng liều cao trực tiếp. Thường gặp đi kèm sản phụ được gây tê hay gây mê.

8. Dị ứng: ít thấy
9. Ảnh hưởng lên thai: suy thai, ngạt sau sinh, tăng billirubin / máu gây tăng mức độ vàng da sau sanh.

VII.TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản- Bộ Y tế 2013
2. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Từ Dũ 2016
3. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

THEO DÕI LIÊN TỤC CƠN CO TỬ CUNG VÀ NHỊP TIM THAI

I. MỤC ĐÍCH:

- Phát hiện thai suy trong quá trình có thai và trong chuyển dạ.
- Phát hiện cơn co tử cung bất thường và sự đáp ứng của tim thai với cơn co tử cung.

II. THEO DÕI LIÊN TỤC NHỊP TIM THAI TRƯỚC CHUYỂN DẠ:

- Nhằm mục đích đánh giá tình trạng thiếu oxy gây suy thai
- Có 2 loại test thử nghiệm chính:

  + Test không đả kích: theo dõi nhịp tim thai đơn thuần, không cần tạo nên cơn co tử cung.

  + Test đả kích: Theo dõi nhịp tim thai tương ứng với cơn co tử cung hay là thử nghiệm chịu đựng của thai đối với cơn co tử cung tạo nên do oxytocin (test oxytocin) hoặc do kích thích núm vú.

1. Theo dõi liên tục nhịp tim thai không đả kích:

a. Chỉ định:

- Tất cả phụ nữ có thai, đặc biệt là thai nghén nguy cơ cao.

b. Thời gian thử nghiệm:

- Khoảng từ 20 đến 30 phút nếu xuất hiện 3-4 lần nhịp tim thai đáp ứng rõ, tương ứng với thai vận động có thể kết luận là thai bình thường.

c. Phân tích kết quả:

- Test có đáp ứng: tim thai tăng lên khoảng 15 nhịp / phút trong thời điểm thai cử động. Tim thai căn bản dao động bình thường.
- Test không đáp ứng: Nhịp tim thai không thay đổi hoặc tăng dưới 15 nhịp/ phút trong thời điểm thai cử động hoặc nhịp tim thai căn bản và dao động nội tại của tim thai không bình thường (<5 nhịp/ phút). Nếu test không đáp ứng thì thai nhi có thể bị đe dọa, khi đó cần có những đánh giá tiếp theo (test đả kích hoặc các chỉ số sinh học của thai nhi hoặc can thiệp để lấy thai ra).
- Kết quả test được cho là bệnh lý khi nhịp tim thai chậm kèm theo đường nhịp tim thai cơ bản bất thường.

2. Theo dõi liên tục nhịp tim thai có sử dụng oxytocin:

a. Chỉ định:

- Chỉ áp dụng ở những cơ sở có điều kiện, phương tiện.
- Thai nghén có nguy cơ cao cần đánh giá tình trạng thai khi test không đả kích không đáp ứng.

b. Chống chỉ định tuyệt đối:

- Tử cung có vết mổ cũ, nhau tiền đạo, rỉ ối.

c. Chống chỉ định tương đối:

- Đa ối, tiền sử sanh non, đa thai.

d. Thời điểm làm Test:

- Chỉ làm khi tuổi thai sau 34 tuần.

e. Các bước tiến hành:

- Chuẩn bị người thực hiện, dụng cụ và thai phụ, các bước tiến hành như theo dõi liên tục nhịp tim thai tương ứng với cơ co tử cung trong chuyển dạ.
- Theo dõi nhịp tim thai có sử dụng oxytocin.
- Pha 05 UI oxytocin trong dung dịch glucose 5% truyền nhỏ giọt tĩnh mạch liều ban đầu 5 giọt/ phút sau 10 -15 phút tăng dần liều cho đến khi đạt được 3 cơn/ 10 phút, ghi

lại nhịp tim thai và cơn co tử cung trong thời gian từ 30 - 40 phút.

f. Đánh giá kết quả:

- Kết quả âm tính khi nhịp tim thai không thay đổi về tần số và cường độ.
- Kết quả dương tính khi xuất hiện nhịp tim thai chậm muộn thường xuyên.
- Kết quả nghi ngờ khi thỉnh thoảng mới xuất hiện nhịp tim thai chậm muộn, phải làm lại thử nghiệm trong vòng 24 giờ.
- Tăng kích thích: nhịp tim thai chậm xảy ra do cơn co quá mau, mỗi cơn co cách nhau dưới 2 phút hoặc cơn co kéo dài trên 60 giây, trương lực cơ bản của tử cung tăng.
- Không đạt yêu cầu khi đường biểu diễn nhịp tim thai không rõ ràng, khó phân tích.

3. **Test kích thích đầu vú:**

- Giống như thử nghiệm dùng oxytocin nhưng oxytocin được thay thế bằng kích thích hai múm vú.

III. THEO DÕI LIÊN TỤC NHỊP TIM THAI TRONG CHUYỂN DẠ

a. Chỉ định:

- Nếu có điều kiện nên áp dụng cho tất cả sản phụ.
- Áp dụng cho các trường hợp thai nghén có nguy cơ cao như:
- Sản phụ bị bệnh lý ảnh hưởng đến thai.
- Sản phụ có tiền sử sản khoa nặng nề.
- Sản phụ lớn tuổi.
- Có dấu hiệu nghi ngờ thai suy hoặc thai kém phát triển trong tử cung.
- Chuyển dạ: ối vỡ non, ối vỡ sớm, rối loạn cơn co tử cung, chuyển dạ kéo dài, tử cung có sẹo mổ cũ.

b. Chuẩn bị:

- Phương tiện: Monitor sản khoa ghi cơn co tử cung và nhịp tim thai.
- Sản phụ: Được giải thích về mục đích theo dõi thai bằng máy và cách thức tiến hành.

c. Các bước tiến hành:

- Đặt đầu dò ghi cơn co tử cung và nhịp tim thai.
- Ghi biểu đồ nhịp tim thai và cơn co tử cung.
- Ghi những thông tin cần thiết về sản phụ trên băng giấy ghi của máy.

d. Phân tích kết quả:

- Nhịp tim thai: Tần số, đường tim thai cơ bản, độ dao động.
- Sự thay đổi của tim thai khi có cơn co tử cung.
- Cơn co tử cung: Tần số, biên độ của cơn co và trương lực cơ bản của tử cung.

IV. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Theo dõi:

- Thai phụ không cử động nhiều vì có thể làm thay đổi vị trí của đầu dò gây nhiễu trên giấy ghi.
- Nếu thấy nhịp tim thai bị nhiễu, cần kiểm tra lại vị trí đặt đầu dò và băng chun cố định đầu dò để có kết quả rõ ràng.
- Xem kết quả ghi trên giấy 10 phút/lần, nếu xuất hiện nhịp tim thai hay cơn co tử cung bất thường cần khám lại ngay để có thái độ xử trí kịp thời.

Xử trí:

Do tư thế nằm ngửa, thai phụ có thể bị choáng (mạch nhanh, huyết áp hạ, vã mồ hôi, mệt mỏi) và thai có thể bị suy do tư thế nằm ngửa của mẹ biểu hiện bằng nhịp tim thai chậm, kéo dài có khi tới vài phút. Cần phải thay đổi ngay tư thế nằm của sản phụ (nghiêng trái) và cho mẹ thở oxygen, nếu nhịp tim thai không được cải thiện phải tìm cách lấy thai ra nhanh nhất.

V. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản- Bộ Y tế 2013
2. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Từ Dũ 2016
3. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

FORCEPS

I.ĐẠI CƯƠNG

Là thủ thuật sử dụng hai cành forceps cặp hai bên đầu thai nhi hỗ trợ giúp đầu thai nhi sổ ra ngoài.

II.CHỈ ĐỊNH

1. **Về phía mẹ:**

- Mẹ rặn không sổ.
- Mẹ có chống chỉ định cho rặn: bệnh lý nội khoa (tim, phổi, thận, thần kinh), tử cung có sẹo mổ cũ, tiền sản giật nặng, sản giật...
- Tầng sinh môn rắn, không giãn nở.

2. **Về phía thai:**

- Thai suy.
- Forceps đầu hậu trong ngôi mông.

3. **Điều kiện**

- Thai đẻ được đường dưới
- Đầu lọt trung bình hoặc thấp
- Cổ tử cung mở hết
- Vỡ hoàn toàn hoặc bấm ối

III.CHUẨN BỊ

a. Người thực hiện:

- Y sĩ, bác sĩ chuyên khoa phụ sản
- Khám lại toàn thân, tư vấn cho người mẹ và gia đình.
- Rửa tay, mặc áo, đội mũ, đeo khẩu trang, đeo găng đã được tiệt khuẩn như làm phẫu thuật.

b. Phương tiện:

- Bộ forceps, bộ dụng cụ đỡ đẻ và bộ khâu tầng sinh môn, bộ kiểm tra cổ tử cung.
- Các phương tiện để hồi sức sơ sinh.

c. 3. Sản phụ:

- Đặt sản phụ ở tư thế sản khoa, mở rộng hai đùi.
- Động viên sản phụ nằm yên, thở đều, không rặn.
- Sát khuẩn rộng vùng âm hộ, tầng sinh môn.
- Thông đái.
- Trải khăn vô khuẩn như phẫu thuật đường dưới.
- Nếu mẹ được chỉ định forceps vì bệnh tim, tăng huyết áp, tiền sản giật… thì phải điều trị nội khoa thích hợp trước khi làm thủ thuật.
- Nên giảm đau bằng gây tê tại chỗ hoặc gây tê ngoài màng cứng hoặc gây tê tủy sống.
- Chỉ rặn khi hai bướu đỉnh đã ra khỏi âm hộ nếu không phải trường hợp chỉ định vì không được cho sản phụ rặn.
- Theo dõi mạch, huyết áp, chảy máu.

IV.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. **Thì 1: Xác định ngôi, thế, kiểu thế, độ lọt và điều kiện làm forceps.**
2. **Thì 2: Đặt hai cành forceps.**

Đặt cành trái:

- Dùng hai ngón tay phải đưa vào bên trái khung chậu (giữa đầu thai nhi và âm đạo), nhằm mục đích bảo vệ và hướng dẫn khi đặt cành forcep.
- Cầm cành trái bằng tay trái, đưa nhẹ nhàng cán và thân forceps vào vị trí giữa đầu thai

nhi và hai ngón tay phải. Lúc đầu cành forceps ở tư thế thẳng đứng, sau khi cán đã ôm đầu thai nhi thì chuyển hướng thành ngang.

- Đưa cành trái forcep cho người phụ giữ.

Đặt cành phải:

- Đặt tiếp cành phải, đối xứng để khớp với cành trái. Nếu không khớp, cần đặt lại.

3. **Thì 3: Khớp cành và kéo.**

- Khớp hai cành với nhau. Kéo từ từ theo cơ chế đẻ bằng sức của cẳng tay, tốt nhất trong cơn co phối hợp với sức rặn của người mẹ, trừ trường hợp có chống chỉ định rặn. Cắt tầng sinh môn giữa hai cành forceps.

4. **Thì 4: Tháo cành forceps.**

- Khi đường kính lớn nhất của đầu thai nhi (lưỡng đỉnh) qua âm hộ thì ngừng kéo để tháo cành.
- Cành đặt sau lấyra trước, cành đặt trước lấy ra sau.
- Đỡ thai nhi như đỡ đẻ thường.
- Đỡ nhau như thường lệ bằng phương pháp xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ.
- Kiểm tra tổn thương cổ tử cung âm đạo và tầng sinh môn.
- Khâu tầng sinh môn và các vết rách

V. THEO DÕI

- Tình trạng sản phụ: huyết áp, nhịp tim, nhịp thở, nhiệt độ
- Lượng máu mất, thường do chấn thương đường sinh dục

VI. TAI BIẾN

1. **Sản phụ:**

- Chấn thương tầng sinh môn: Tai biến thường gặp hàng đầu sau can thiệp forceps. Đối với forceps eo dưới, tỷ lệ rách tầng sinh môn độ 3 và 4 chiếm 13%.
- Són tiểu không tự chủ
- Do chấn thương cơ đáy chậu và các đám rối thần kinh
- Mất máu sau can thiệp bằng forceps:
- Thường là hậu quả của tình trạng chấn thương tầng sinh môn nặng nề
- Tỷ lệ truyền máu sau sinh cao hơn nhiều (4,2%) so với mổ lấy thai không biến chứng (1,4%) và đẻ thường (0,4%).
- Nếu nặng có thể dẫn tới shock giảm thể tích.
- Nhiễm trùng hậu sản

2. **Thai nhi:**

- Đẻ bằng forceps có thể gây tai biến nặng nề cho sản phụ nhưng ít gây ảnh hưởng xấu trên thai nhi. Các tai biến có thể gặp bao gồm tụ máu dưới da đầu, liệt dây thần kinh sọ VII, liệt đám rối thần kinh cánh tay.

VII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản- Bộ Y tế 2013
2. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Từ Dũ 2016
3. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

GIÁC HÚT

I.ĐẠI CƯƠNG

Giác hút sản khoa là một thủ thuật sản khoa dùng dụng cụ tạo lực hút chân không tác động lên đầu thai (ngôi chỏm) để kéo thai ra ngoài.

II.CHỈ ĐỊNH

- Giai đoạn hai kéo dài.
- Nghi ngờ thai suy (nước ối có phân su).
- Tử cung có vết mổ cũ (chuyển tuyến).

Điều kiện:

- Thai sống.
- Ngôi chỏm.
- Cổ tử cung mở hết.
- Đầu lọt thấp.
- Ối đã vỡ hay đã bấm ối.
- Mẹ có bệnh nội khoa không được phép rặn đẻ (thay thế bằng forceps).
- Các ngôi không phải ngôi chỏm.
- Thai non tháng.
- Đầu có bướu huyết thanh to.
- Đầu chưa lọt thấp.
- Suy thai.

III.CHUẨN BỊ

a. Người thực hiện

- Bác sĩ sản phụ khoa

b. Phương tiện:

- Máy hút bơm điện hay bơm tay, các chụp giác kéo cỡ to nhỏ khác nhau, một tay cầm để kéo, dây xích và các ống cao su.
- Bộ đỡ đẻ và cắt khâu tầng sinh môn.
- Khăn vô khuẩn.

c. Sản phụ:

- Tư vấn cho sản phụ và gia đình.

IV.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Người làm thủ thuật rửa tay, mặc áo, đội mũ, đeo găng vô khuẩn.
- Sát khuẩn vùng âm hộ, tầng sinh môn.
- Thông đái.
- Kiểm tra lại kiểu thế và độ lọt của ngôi.
- Chụp giác hút kéo thích hợp với độ mở của cổ tử cung. Thường khi cổ tử cung mở hết, dùng chụp số 5-6.
- Cầm nghiêng chụp cho vào âm đạo, đặt vào ngôi thai. Đặt chụp vào vùng chẩm không chùm lên thóp sau.
- Tạo áp lực âm bằng cách bơm tới 0,2kg/cm2, kiểm tra lại chụp giác kéo tại nơi bám.
- Nếu hút phải phần mềm hoặc chụp bị kênh thì tháo hơi và đặt lại.

  + Tăng áp lực hút đến 0,7-0,8kg/cm2 thì bắt đầu kéo khi có cơn co tử cung và phối hợp với sức rặn của sản phụ. Dây kéo luôn luôn thẳng góc với diện chụp, kéo bằng sức của cẳng tay. Cắt tầng sinh môn nếu cần.

  + Khi hạ chẩm tì vào khớp vệ thì kéo lên cho đầu sổ. Sau đó tháo hơi từ từ, bỏ chụp ra ngoài, cho sản phụ rặn tiếp một hơi, đầu thai nhi sẽ sổ ra âm hộ, đỡ đẻ như bình thường.

Chú ý:

- Thời gian bơm hút hơi cũng như lúc xả hơi phải kéo dài 1-2 phút.
- Theo dõi tiến triển của ngôi sau mỗi cơn co. Tầng sinh môn phải giãn sau lần kéo thứ 2.
- Không được kéo lâu quá 10 phút hoặc quá 4 cơn co.
- Nếu trong lúc đang kéo, giác kéo bị trượt, chỉ đặt lại chụp một lần nữa và không quá 1 lần.

V. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Rách thành âm đạo, cổ tử cung: khâu cầm máu.
- Khám kỹ thai nhi để phát hiện các sang chấn để xử trí.

VI. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản- Bộ Y tế 2013
2. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Từ Dũ 2016
3. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

KHÂU PHỤC HỒI RÁCH ÂM ĐẠO

I.ĐẠI CƯƠNG

Rách âm đạo thường xảy ra sau sinh thường hoặc sinh thủ thuật như forceps, giác hút… Rách âm đạo thường kèm theo rách tầng sinh môn. Tùy theo tổn thương, rách âm đạo được chia ra 3 loại:

+ Rách âm đạo ở mức thấp: là loại rách ở 1/3 dưới âm đạo, thường kèm theo rách âm hộ và tầng sinh môn.

+ Rách âm đạo ở phần giữa: ít gặp hơn, tổn thương nặng, chảy máu nhiều hơn và khó phát hiện nếu không bộc lộ rõ.

+ Rách âm đạo cao: là rách ở 1/3 trên âm đạo, ít gặp thường kèm theo rách cùng đồ.

Rách âm đạo nếu không được phát hiện xử trí kịp thời có thể gây mất máu cấp, gây choáng và có khi tử vong.

Triệu chứng:

- Ra máu âm đạo nhiều hay ít tùy theo tổn thương.
- Tổn thương rách ở âm đạo có thể ở thành phải, thành trái hoặc thành sau âm đạo. Cần phải dùng 2 van âm đạo bộc lộ từng phần của âm đạo: mặt dưới, mặt bên phải, mặt bên trái, phía trên và cùng đồ để đánh giá và phân loại tổn thương mới có thể có thái độ xử trí đúng đắn.

II.CHỈ ĐỊNH

- Chỉ định khâu phục hồi âm đạo phải được thực hiện ngay sau khi chẩn đoán tổn thương âm đạo để tránh mất máu cho sản phụ.

III.CHUẨN BỊ

a. Người thực hiện:

- Tùy theo mức độ rách nông, rách sâu, rách ở ngoài, ở giữa hay ở trong.
- Rách ở 1/3 ngoài, rách nông: NHS có kinh nghiệm, BS sản khoa.
- Rách 1/3 ngoài, rách sâu, rách ở giữa, rách 1/3 trên: nữ hộ sinh có kinh nghiệm hoặc bác sĩ sản khoa phụ.

b. Phương tiện:

- Van âm đạo
- Pen hình tim kẹp CTC
- Pen sát trùng
- 1 kéo thẳng đầu tù, sắc
- Pen kẹp kim
- Nhíp
- Dung dịch sát trùng
- Chỉ vicryl số 1
- 1 bơm tiêm 10 ml
- Dung dịch polydin hoặc polyvidin.

c. Người bệnh:

- Đánh giá toàn trạng người bệnh: lượng máu mất, mạch, huyết áp, toàn trạng, mức độ co tử cung sau sinh (nếu co kém cần dùng thuốc co tử cung); các bệnh của người mẹ đặc biệt các bệnh có liên quan đến đông cầm máu như giảm tiểu cầu, APTT kéo dài, giảm fibrinogen…
- Cần hỏi người bệnh và kiểm tra bệnh án để không bỏ sót các ca dị ứng với các thuốc gây tê, giảm đau, kháng sinh.

IV.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Sát trùng âm đạo TSM, thông tiểu, người phụ giữ van bộc lộ âm đạo.
- Giảm đau bằng gây tê tại chỗ Lidocain 2% 2 ml + 3 ml nước cất (trừ khi thai phụ đã được gây tê ngoài màng cứng để giảm đau trong và sau sinh).
- Khâu lại vết rách.
  + Khâu từ trên xuống dưới.
  + Khâu 1 lớp khâu vắt (bằng chỉ vicryl hay chỉ tự tiêu khác) nếu rách nông.
  + Khâu nhiều lớp, khâu mũi rời bằng chỉ tự tiêu nếu rách sâu, phức tạp. Lớp trên khâu chồng lên lớp dưới để tránh máu tụ, lớp dưới phải khâu sâu đảm bảo vừa sát qua đáy của tổn thương để đề phòng máu tụ mà lại không vào trực tràng.
  + Sát trùng âm đạo sau khi khâu xong.
  + Cho 1 ngón tay vào hậu môn kiểm tra xem có khâu vào trực tràng không, nếu có phải cắt chỉ khâu lại.
  + Sát trùng hậu môn.

V. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Theo dõi toàn trạng, mạch, huyết áp.
- Theo dõi chảy máu âm đạo: nếu chảy máu phải kiểm tra khâu lại.
- Theo dõi tụ máu: có khối máu tụ, thai phụ thường tức vùng âm đạo, có cảm giác chèn vùng hậu môn trực tràng và có cảm giác mót rặn. Kiểm tra âm đạo và cắt chỉ lấy hết máu tụ, khâu lại cho hết phần đáy, khâu mũi rời nhiều lớp tránh để khe hở.
- Theo dõi lượng máu mất và các xét nghiệm hồng cầu, hemoglobin khi cần thiết phải truyền máu.
- Dùng kháng sinh 5 ngày sau khi khâu.

VI. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản- Bộ Y tế 2013
2. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Từ Dũ 2016
3. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

KHÂU RÁCH CỔ TỬ CUNG

I.ĐẠI CƯƠNG

- Rách cổ tử cung (CTC) là thương tổn thường gặp có hoặc không kèm theo rách âm đạo và tầng sinh môn. Tùy theo tổn thương để phân loại độ rách.
- Rách CTC dưới chỗ bám của thành âm đạo, tổn thương nhẹ, chảy máu ít nhiều tùy theo vị trí rách.
- Rách CTC trên chỗ bám của thành âm đạo, tổn thương nhẹ, chảy máu ít, nhiều tùy theo vị trí rách.
- Rách CTC thường gây chảy máu nhiều nhưng không được phát hiện và xử trí kịp thời có thể gây choáng và gây tử vong.

Nguyên nhân

- CTC xơ cứng do có sẹo, do rách cũ, mổ cắt cụt CTC, viêm nhiễm CTC đã đốt điện nhiều lần.
- CTC phù nề do chuyển dạ lâu, thăm khám nhiều lần.
- Rặn quá sớm khi CTC chưa mở hết, đầu chưa lọt.
- Sau khi làm thủ thuật forceps, giác hút…

Chẩn đoán

- Chảy máu ít hay nhiều tùy theo thương tổn rách.
- Tử cung vẫn co tốt.
- Cần dùng 2 van âm đạo bộc lộ rõ âm đạo, CTC. Dùng 2 kẹp hình tim cặp từng phần CTC để phát hiện tổn thương giữa 2 cặp, đánh giá tất cả các vết rách để xử trí kịp thời có hiệu quả.

II.CHỈ ĐỊNH

- Chỉ định khâu phục hồi cổ tử cung phải được thực hiện ngay sau khi chẩn đoán có tổn thương cổ tử cung để tránh mất máu cho sản phụ.

III.CHUẨN BỊ

a. Người thực hiện:

- Một bác sĩ sản khoa đã được đào tạo khâu rách CTC, 1 nữ hộ sinh có kinh nghiệm phụ.

b. Phương tiện:

- Van âm đạo
- Pen hình tim
- Pen sát trùng
- Kéo thẳng đầu tù, sắc
- Pen kẹp kim
- Nhíp
- Chỉ vicryl số 1
- 1 bơm tiêm 10ml
- Dung dịch sát khuẩn.

c. Người bệnh:

- Người bệnh phải được đánh giá toàn diện: lượng máu mất, mạch, huyết áp, toàn trạng, mức độ co hồi tử cung sau sinh (nếu co kém cần dùng thuốc co tử cung); các bệnh của người mẹ đặc biệt các bệnh có liên quan đến đông cầm máu như giảm tiểu cầu, APTT kéo dài, giảm fibrinogen…
- Chúng ta cần hỏi người bệnh và kiểm tra bệnh án để không bỏ sót các ca dị ứng với các thuốc gây tê, giảm đau, kháng sinh.

IV.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Giảm đau cho sản phụ (nếu chưa có gây tê ngoài màng cứng để giảm đau trong và sau sinh).
- Khâu vùng rách cổ tử cung. Chú ý quan sát rõ hai mép rách để khâu và tránh khâu nhầm môi dưới và môi trên ở hai bên. Khâu bằng chỉ tự tiêu.
- Khâu lại vết rách ngoài tử cung (cùng đồ nếu có) bằng chỉ tiêu mũi rời.

V. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Theo dõi tổng trạng, mạch, huyết áp.
- Theo dõi chảy máu: nếu chảy máu phải kiểm tra kỹ và khâu lại.
- Theo dõi lượng máu mất, các xét nghiệm hồng cầu, hemoglobin, khi cần thiết phải truyền máu.
- Dùng kháng sinh 5 ngày sau khi khâu.

VI. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản- Bộ Y tế 2013
2. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Từ Dũ 2016
3. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

THỦ THUẬT CẶP KÉO CỔ TỬ CUNG XỬ TRÍ BĂNG HUYẾT SAU SANH SAU SẨY THAI

I. CHUẨN BỊ

a. Người thực hiện:

- Bác sĩ chuyên khoa Phụ sản
- Rửa tay, mặc áo, đội mũ, đeo khẩu trang, đi găng tay vô khuẩn Giải thích cho người bệnh yên tâm điều trị

b. Phương tiện, thuốc giảm đau và hồi sức

- Bộ nạo sẩy và nong Hegar từ cỡ nhỏ đến to
- Atropin 0,25 mg tiêm dưới da hay Dolosal 0,10g tiêm bắp trước nạo Lidocaine 1% 10ml để gây tê cổ tử cung Dung dịch huyết thanh đẳng trương và các dịch thay thế máu Các loại thuốc co hồi tử cung, trợ tim, hồi sức

c. Người bệnh:

- Hỏi bệnh, khám toàn thân: đếm mạch, cặp nhiệt độ, đo huyết áp, nghe tim phổi, phát hiện những bệnh lý nội khoa kèm theo
- Cho nằm tư thế phụ khoa
- Khám xác định tuổi thai, tình trạng sẩy thai, tư thế tử cung và độ mở của cổ tử cung.
- Xác định lượng máu mất để chuẩn bị hồi sức

II. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Sát khuẩn âm hộ, vùng tầng sinh môn
- Sát khuẩn âm đạo, cổ tử cung
- Trải khăn vô khuẩn dưới mông, trên bụng và hai bên đùi
- Đeo găng vô khuẩn
- Thông tiểu nếu cần
- Đặt van, bộc lộ âm đạo, cổ tử cung
- Dùng kẹp Pozzi cặp cổ tử cung (tuỳ tư thế tử cung mà kẹp mép trước hay mép sau cổ tử cung)

III. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản- Bộ Y tế 2013
2. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Từ Dũ 2016
3. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

ĐỠ SANH THƯỜNG NGÔI CHỎM

I.ĐẠI CƯƠNG

Đỡ sanh thường ngôi chỏm kiểu chẩm vệ là thủ thuật tác động vào thì sổ thai để giúp cuộc sanh được an toàn theo đường âm đạo, không cần can thiệp (trừ trường hợp cắt TSM).

II. CHUẨN BỊ

a. Người thực hiện

- Bác sĩ, hộ sinh

b. Dụng cụ:

- Bộ dụng cụ đỡ sanh: 2 kìm Kocher, 1 kéo cắt cuống rốn; Bộ dụng cụ cắt, khâu TSM;
- Khăn, bông, băng, gạc hấp, chỉ khâu, kim khâu;
- Dụng cụ để hút nhớt và hồi sức sơ sinh (máy hút, ống nhựa); Thông tiểu.

c. Sản phụ:

- Được động viên, hướng dẫn cách thở, cách rặn sanh và thư giãn ngoài cơn rặn; Nếu có cầu bàng quang mà không tự đái được thì tiến hành thông tiểu; Rửa vùng sinh dục ngoài bằng nước chín;
- Sát khuẩn rộng vùng sinh dục ngoài, trải khăn vô khuẩn.

Tư thế sản phụ:

- Nằm ngửa trên bàn sanh, nâng giường sanh lên để có tư thế nửa nằm nửa ngồi, đầu cao, hai tay nắm vào hai thành bàn sanh, hai đùi giang rộng, mông sát mép bàn, hai cẳng chân gác trên hai cọc chống giữ chân.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Nguyên tắc

- Người đỡ sanh phải tôn trọng nguyên tắc vô khuẩn trong khi đỡ sanh, phải kiên nhẫn chờ đợi, hướng dẫn sản phụ rặn khi CTC mở hết và có cơn co TC, không được nong CTC và âm đạo, không được đẩy bụng sản phụ.
- Ở thì lọt, xuống và xoay không can thiệp, chỉ theo dõi cơn co TC, tim thai, độ xóa mở CTC, độ lọt, khi CTC mở hết đầu lọt thấp mới cho sản phụ rặn.
- Thời gian rặn tối đa ở người con so là 60 phút, ở người con rạ là 30 phút. Nếu quá thời gian này cần can thiệp để lấy thai ra bằng Forceps hoặc bằng giác hút.
- Trong thời gian sản phụ rặn sanh vẫn phải theo dõi tim thai thường xuyên, sau mỗi cơn rặn.

2. Kỹ thuật đỡ sanh ngôi chỏm kiểu chẩm vệ:

a. Thời điểm đỡ sanh:

- CTC mở hết;
- Ối đã vỡ (chưa vỡ thì bấm ối);
- Ngôi thai đã lọt và thập thò ở âm môn làm TSM căng giãn, hậu môn loe rộng;
- Hướng dẫn cho sản phụ chỉ rặn khi có cảm giác mót rặn cùng với sự xuất hiện của cơn co TC.
- Những lưu ý khi tiến hành đỡ sanh:
- Thao tác nhẹ nhàng, đỡ thai, không kéo thai; Giúp cho thai sổ từ từ;
- Kiên nhẫn động viên sản phụ, không thúc ép, giục giã, sốt ruột.

b. Kỹ thuật đỡ sanh:

Đỡ đầu:

- Giúp đầu cúi tốt: ấn nhẹ nhàng vào vùng chẩm trong mỗi cơn co TC;
- Nếu có chỉ định thì cắt TSM ở vị trí 5 giờ hoặc 7 giờ, vào lúc TSM giãn căng;
- Khi hạ chẩm tì dưới khớp vệ: sản phụ ngừng rặn, một tay giữ TSM, một tay đẩy vào

vùng trán ngược lên trên, giúp đầu ngửa dần, mắt, mũi, miệng, cằm sẽ lần lượt sổ ra ngoài;

- Khi đầu sổ ra ngoài hút dịch hoặc dùng gạc lau miệng thai nhi.



Place a clean pad over the back passage (anus). If a bowel movement occurs wipe it from front to back to avoid soiling the birth canal.

Đỡ vai:

- Quan sát xem đầu thai có xu hướng quay về bên nào thì giúp cho chẩm quay về bên đó (chẩm trái - ngang hoặc chẩm phải - ngang), kiểm tra dây rốn nếu quấn cổ: gỡ hoặc cắt (khi chặt không gỡ được).
- Hai bàn tay ôm đầu thai nhi ở hai bên tai và đỉnh thái dương, kéo thai xuống theo trục rốn - cụt để vai trước sổ trước. Khi bờ dưới cơ Delta tì dưới khớp vệ thì một tay giữ đầu (cổ nằm giữa khe hai ngón cái và trỏ) tay kia giữ TSM, nhấc thai lên phía trên và cho sổ vai sau. Ở thì này dễ rách TSM, vì vậy phải giữ TSM tốt và cho vai sổ từ từ.



Đỡ thân, mông và chi:

- Khi đã sổ xong hai vai, bỏ tay giữ TSM để thân thai nhi sổ và khi thân ra ngoài thì bắt lấy hai bàn chân, tiêm bắp 10 đơn vị oxytocin khi chắc chắn không còn thai nào trong TC (xem "Xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ").
- Giữ thai ở tư thế ngang, đầu hơi thấp (hoặc để thai nằm nghiêng trên phần bàn sanh đã được kéo ra hoặc cho nằm sấp trên bụng mẹ) rồi tiến hành cặp cắt rốn. Nếu người đỡ chính còn bế giữ thai thì động tác cặp cắt rốn do người đỡ phụ thực hiện.
- Chuyển thai ra bàn hồi sức, giao cho người phụ chăm sóc, làm rốn, đánh giá chỉ số Apgar phút thứ 1 và thứ 5.

3. **Kỹ thuật đỡ sanh kiểu chẩm cùng:**

Cách theo dõi đỡ sanh cơ bản giống như đỡ sanh ngôi chẩm vệ chỉ khác một số điểm sau:

- Khi đỡ đầu vì ngôi chỏm sổ kiểu chẩm cùng mặt thai ngửa lên phía xương mu người mẹ nên phải giúp đầu cúi bằng cách dùng đầu ngón tay ấn vào đầu thai từ dưới lên;
- Khi hạ chẩm của thai ra đến mép sau âm hộ thì cho đầu thai ngửa dần ra sau để lộ các phần trán, mắt, mũi, cằm;

- Khi đầu đã sổ hoàn toàn chờ cho đầu tự quay về phía nào sẽ giúp thai quay hẳn sang bên đó (trái hoặc phải ngang);
- Tiếp tục đỡ vai và các phần khác của thai như với đỡ ngôi chỏm kiểu chẩm vệ.

Chú ý:

- Ngôi chỏm sổ chẩm cùng thường diễn biến lâu, sổ khó hơn và dễ gây sang chấn cho mẹ vì vậy cần cắt rộng TSM trước khi đỡ đầu thai nhi.
- Thai nhi sổ chẩm cùng cũng dễ bị ngạt vì thế cũng phải hồi sức thai thật tốt.

4. **Sau sổ thai:**

a. Tiếp xúc da kề da ngay sau sanh:

- Sau khi thai sổ, đánh giá nhanh tình trạng trẻ. Nếu trẻ khóc hoặc trương lực cơ tốt thì đặt trẻ lên bụng mẹ.
- Nhanh chóng, vừa lau khô trẻ theo trình tự (lau mắt, mặt, đầu, ngực, bụng, tay, chân, mông…) vừa đánh giá nhanh toàn trạng chung của trẻ theo thường qui.
- Bỏ khăn đã lau khô cho trẻ
- Đặt trẻ nằm sấp tiếp xúc da kề da trên bụng mẹ, đầu nằm nghiêng giữa hai bầu vú, ngực áp vào ngực mẹ, tay để sang hai bên. Dùng 1 khăn khô, sạch để che lưng cho trẻ. Đội mũ cho trẻ. Nếu trời lạnh có thể dùng thêm áo ấm của mẹ hoặc khăn bông ấm đắp bên ngoài cho cả mẹ và con.
- Hướng dẫn và hỗ trợ người mẹ ôm ấp, vuốt ve trẻ. Chú ý: Chỉ kẹp cắt rốn ngay nếu trẻ cần phải hồi sức

b. Tiêm Oxytocin:

- Sau khi đặt trẻ lên bụng mẹ, cho mẹ ôm lấy trẻ, sờ nắn tử cung qua thành bụng sản phụ để chắc chắn không còn thai trong tử cung.
- Tiến hành tiêm 10đv oxytocin vào mặt trước đùi sản phụ.

c. Kẹp dây rốn muộn, một thì:

- Chờ đến khi dây rốn ngừng đập thì mới tiến hành kẹp và cắt dây rốn.
- Kẹp thứ nhất cách chân rốn 2cm, kẹp thứ 2 cách kẹp thứ nhất 3cm, cắt dây rốn sát kẹp thứ nhất bằng kéo vô khuẩn.

d. Kéo dây rốn có kiểm soát:

- Đặt bàn tay lên bụng dưới sản phụ để đánh giá co hồi tử cung. Chỉ khi tử cung đã co tốt mới thực hiện các bước tiếp theo.
- Một tay cầm kẹp và dây rốn, giữ căng dây rốn, bàn tay còn lại đặt lên trên khớp vệ giữ và ấn tử cung theo hướng ngược lên trên về phía xương ức trong khi tay cầm kẹp dây rốn kéo với lực vừa phải theo hướng của cơ chế sanh (lúc đầu kéo xuống, tiếp đến kéo ngang rồi kéo lên). Động tác này nhằm đề phòng lộn đáy tử cung.
- Khi bánh nhau đã ra đến âm hộ thì tay giữ dây rốn hạ thấp xuống cho trọng lượng bánh nhau kéo màng nhau bong ra theo. Nếu màng nhau không bong ra thì 2 tay người đỡ giữ bánh nhau xoay theo 1 chiều để màng nhau sổ ra ngoài.
- Nếu kéo dây rốn trong 30-40 giây mà bánh nhau không tụt xuống thấp (nghĩa là không có dấu hiệu bong nhau) thì dừng lại không tiếp tục kéo dây rốn nữa.
- Lúc này chỉ giữ dây rốn và chờ đến khi tử cung co bóp trở lại.
- Tiếp tục lặp lại động tác kéo dây rốn vừa phải kết hợp với ấn ngược tử cung về phía xương ức khi có cơn co tử cung.

e. Xoa đáy tử cung:

- Sau khi nhau sổ ra ngoài phải xoa đáy tử cung qua thành bụng cho đến khi tử cung co chặt lại.
- Cứ 15 phút xoa đáy tử cung 1 lần trong 2 giờ đầu (có thể hướng dẫn cho sản phụ hoặc gia đình hỗ trợ).

- Bảo đảm tử cung vẫn co tốt sau khi kết thúc xoa tử cung.

Chú ý:

- Kiểm tra nhau để tránh sót nhau.Nếu sót nhau hay có chảy máu phải tiến hành kiểm soát tử cung, tìm nguyên nhân chảy máu sau sanh để kịp thời xử trí theo đúng phác đồ.
- Nếu sau 30 phút mà bánh nhau chưa bong hoặc chảy máu nhiều thì cần tiến hành bóc nhau nhân tạo ngay.

5. **Hỗ trợ bà mẹ cho trẻ bú sớm và bú mẹ hoàn toàn:**

- Quan sát các dấu hiệu đòi bú của trẻ: trẻ mở miệng, chảy dãi, mút ngón tay, trườn tìm vú mẹ.
- Hỗ trợ bà mẹ cho trẻ bú sớm ngay trên bụng mẹ, cho em bé nằm trên bụng mẹ 60-90 phút nếu tình trạng của mẹ và bé cho phép.
- Sau khi trẻ bú xong bữa bú đầu tiên mới tiến hành chăm sóc thường quy như cân, đo chiều cao, vòng đầu, tiêm vacxin, vitamin K1 theo quy định

IV. THEO DÕI:

- Sau mỗi cơn rặn, người đỡ phụ lại nghe nhịp tim thai, báo lại cho người đỡ chính, nhằm phát hiện suy thai để có thái độ xử lý thích hợp.
- Luôn quan sát bụng sản phụ phát hiện kịp thời dấu hiệu dọa vỡ TC.
- Hạ bàn sanh nằm ngang khi thai đã sổ ra ngoài.
- Sau khi đỡ sanh, người đỡ chính phải quan sát sản phụ để kịp thời phát hiện chảy máu, vết rách và đánh giá mức co hồi TC để chuẩn bị xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ.
- Ghi lại tình hình diễn biến cuộc sanh vào hồ sơ.

V. CÁCH XỬ TRÍ MỘT SỐ TAI BIẾN SAU SANH:

- Ngay sau khi sổ thai, nhau bong dở dang gây băng huyết cần bóc nhau nhân tạo và kiểm soát TC ngay.
- Nếu rách âm hộ, âm đạo, TSM (hoặc cắt chủ động): khâu lại sau khi đã sổ nhau và kiểm tra bánh nhau.
- Nếu bị băng huyết do đờ TC phải tập trung cấp cứu bằng các biện pháp làm ngừng chảy máu và bồi phụ lượng máu đã mất.
- Nếu trẻ bị ngạt: phải hồi sức sơ sinh tích cực.

VI. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản- Bộ Y tế 2013
2. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Từ Dũ 2016
3. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

CẮT KHÂU TẦNG SINH MÔN

I.ĐẠI CƯƠNG

Mục đích cắt chủ động tầng sinh môn để thai sổ ra dễ dàng, không làm rách tầng sinh môn và vết khâu liền tốt.

II.CHỈ ĐỊNH

Cắt tầng sinh môn vì lý do người mẹ:

- Tầng sinh môn cứng, dầy, hẹp, âm hộ và tầng sinh môn phù nề do chuyển dạ kéo dài, thăm khám nhiều.
- Trong các bệnh lý của mẹ cần cho thai phải sổ nhanh để đảm bảo sức khỏe cho người mẹ: như suy tim, tiền sản giật, cao huyết áp.

Cắt tầng sinh môn vì lý do thai nhi:

- Thai to toàn bộ hoặc đầu to.
- Các kiểu sổ bất thường như sổ chẩm cùng, ngôi mặt, ngôi mông.
- Thai non tháng, thai có nguy cơ bị ngạt.
- Cắt tầng sinh môn khi làm các thủ thuật như forceps, giác hút, đỡ sanh ngôi mông…

III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Chống chỉ định cắt tầng sinh môn khi không lấy thai được đường dưới.

IV.CHUẨN BỊ

a. Người thực hiện:

- Nữ hộ sinh
- Bác sĩ sản khoa

b. Phương tiện, vật tư, thuốc:

- Bộ cắt khâu tầng sinh môn bao gồm: 1 kéo thẳng đầu tù, 1 kìm cặp kim, 1 panh đỡ kim, 1 panh sát trùng, 1 cốc đựng dung dịch sát trùng.
- Chỉ khâu (chỉ vicryl rapid hoặc chỉ cat gut, lanh,...).
- 10ml dung dịch sát trùng: povidin hoặc polyvidin…
- 1 bơm tiêm 5ml
- 1 ống Lidocain 2%

c. Người bệnh:

- Kiểm tra toàn trạng, mạch, huyết áp, máu âm đạo. Phải chắc chắn không còn sót nhau, tử cung co tốt, không rách âm đạo mới tiến hành khâu tầng sinh môn.

V.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Thì 1: Sát trùng vùng âm hộ tầng sinh môn.

Thì 2: Gây tê vùng tầng sinh môn định cắt bằng Lidocain 2% 2ml +3ml nước cất. Nếu người bệnh đã được gây tê ngoài màng cứng để giảm đau rồi thì không cần gây tê tại chỗ nữa.

Thì 3: Cắt tầng sinh môn:

- Kỹ thuật mà nhiều người áp dụng là cắt chếch 450 tại vị trí 7 giờ. Sản phụ nằm tư thế sanh thường, trong cơn co tử cung, khi tầng sinh môn và âm hộ phồng căng hoặc khi kéo forceps, giác hút dùng một kéo thẳng và sắc cắt chéo 450 từ mép sau của âm hộ (thường cắt ở bên phải của sản phụ). Cắt 2 – 4 cm tùy mức độ cần thiết. Đường cắt này sẽ cắt các cơ thắt âm hộ, cơ ngang nông và sâu, cùng với thành âm đạo và da dùng tầng sinh môn.
- Không cắt sâu tới cơ nâng hậu môn.
- Không cắt ngang vị trí 9 giờ để tránh vào những tổ chức dễ chảy máu như tuyến
- Bartholin, các tổ chức xốp vùng âm hộ và cũng không cắt theo đường giữa để tránh

nút thớ trung tâm vùng sinh môn, cơ thắt hậu môn và trực tràng.

- Thường cắt 1 bên là đủ, nếu cần thiết thì cắt cả 2 bên.

Thì 4: Khâu tầng sinh môn:

- Chỉ khâu tầng sinh môn khi chắc chắn nhau thai đã sổ, không sót nhau, đã kiểm soát được đờ tử cung và các sang chấn đường sinh dục.
- Nếu đường cắt tầng sinh môn không rách thêm, chúng ta sẽ thực hiện 3 mũi khâu vắt bằng chỉ vicryl rapid:

  + Mũi khâu vắt thứ nhất bắt đầu từ trên vết cắt trong âm đạo 0,5cm ra tới gốc của màng trinh phía ngoài; khâu hết đến tận đáy kéo hai mép của âm đạo gốc của màng trinh sát vào nhau.

  + Mũi khâu vắt thứ hai: bắt đầu từ đỉnh của vết cắt tầng sinh môn phía ngoài vào tới gốc của màng trinh phía trong. Khâu từ phần dưới da cho đến gốc của màng trinh phía trong.

  + Khâu vắt dưới da hoặc trong da để tạo cho sẹo tầng sinh môn nhỏ và mềm mại. (Ở những cơ sở y tế không có chỉ đảm bảo cho khâu vắt chúng ta có thể khâu mũi rời với 3 thì khâu như trên. Lớp ngoài cùng nên khâu mũi rời bằng chỉ không tiêu và sẽ cắt chỉ ngoài da sau 5 ngày). Nếu vết rách sau ở trong âm đạo và rách sâu ở tầng sinh môn thì chúng ta phải khâu mũi rời. Khâu da nên khâu luồn trong da bằng chỉ vicryl rapid để cho sẹo nhỏ và mềm mại.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Giữ vết khâu sạch và khô. Cắt chỉ vào ngày thứ 5 nếu khâu da bằng chỉ không tiêu.
- Nếu vết khâu không liền do nhiễm khuẩn phải xử trí tại chỗ, không khâu lại ngay.

Xử trí tai biến:

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu do có khoảng trống giữa các lớp khâu: khâu lại cho các lớp liền và ép vào nhau.
- Nhiễm khuẩn:

  + Cắt chỉ tầng sinh môn cách quãng, rửa sạch, kháng sinh tại chỗ và toàn thân.

  + Vệ sinh, rửa bằng dung dịch sát trùng, sử dụng kháng sinh điều trị.

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản- Bộ Y tế 2013
2. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Từ Dũ 2016
3. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

XỬ TRÍ TÍCH CỰC GIAI ĐOẠN III CUỘC CHUYỂN DẠ

I.ĐẠI CƯƠNG

Xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ là các thao tác chủ động của người đỡ sanh tác động giai đoạn sau khi sổ thai để giúp nhau bong và sổ ra ngoài nhanh hơn, nhằm phòng ngừa chảy máu sau sanh.

II.CHỈ ĐỊNH

- Cho mọi trường hợp sanh đường dưới, khi thai vừa mới sổ ra ngoài và chắc chắn không còn thai nào trong tử cung.

III.CHUẨN BỊ

a. Người thực hiện

- Bác sĩ sản phụ khoa, hộ sinh

b. Người bệnh:

- Giải thích công việc sẽ tiến hành để lấy nhau sau khi thai ra ngoài cho sản phụ yên tâm và hợp tác với nhân viên y tế.

c. Phương tiện, dụng cụ:

- Dụng cụ, thuốc men, đồ vải và các vật liệu vô khuẩn cần thiết cho đỡ sanh và kiểm tra nhau, Oxytocin 10 đv, chuẩn bị trong bơm tiêm để sẵn trên bàn dụng cụ đỡ sanh.

IV.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Thì 1: Sử dụng ngay Oxytocin:

- Sau khi sổ thai, trẻ khóc tốt đặt trẻ lên bụng người mẹ đã được trải sẵn sàng và hai tay người mẹ ôm lấy trẻ.
- Người phụ đỡ sanh sờ nắn bụng sản phụ để chắc chắn không còn thai trong tử cung.
- Người phụ đỡ sanh tiến hành tiêm bắp 10 đơn vị Oxytocin vào mặt trước đùi sản phụ.
- Chỉ sau khi đã tiêm Oxytocin, người đỡ sanh tiến hành kẹp dây rốn và cắt rốn cho trẻ. Khi kẹp dây rốn chú ý kẹp sát vào âm hộ sản phụ.
- Người phụ đỡ sanh đưa trẻ ra bàn làm rốn và chăm sóc trẻ, nhanh chóng lau khô, hút nhớt, làm rốn, quấn tã lót và đưa trẻ cho sản phụ để cho bú sớm nếu thích hợp.

Thì 2: Kéo dây rốn có kiểm soát để gây sổ nhau:

- Người đỡ sanh đứng bên cạnh hoặc ở giữa hai chân sản phụ thực hiện các công việc sau:
- Đặt bàn tay lên bụng dưới sản phụ đánh giá co hồi tử cung. Chỉ khi tử cung đã co lại tốt (chắc như trái bưởi) mới thực hiện các bước tiếp theo.
- Một tay cầm panh và dây rốn. Giữ căng dây rốn. Bàn tay còn lại đặt lên bụng sản phụ ngay vùng trên xương vệ, giữ và ấn tử cung theo hướng ngược lên về phía xương ức trong khi tay cầm panh kẹp dây rốn kéo với lực vừa phải và kéo theo hướng của cơ chế sanh (lúc đầu kéo xuống, tiếp đến kéo ngang và cuối cùng kéo lên). Động tác này nhằm đề phòng lộn tử cung và để nhau sổ theo hướng độ cong của khung chậu.
- Khi bánh nhau đã ra đến lỗ ngoài âm đạo thì tay giữ dây rốn hạ thấp xuống cho trọng lượng bánh ra kéo màng ra theo. Nếu màng không ra thì hai tay người đỡ giữ bánh nhau xoắn theo 1 chiều để màng nhau thoát ra ngoài.
- Nếu kéo dây rốn trong 30 - 40 giây mà bánh nhau không tụt xuống thấp (nghĩa là không có dấu hiệu bong nhau) thì dừng lại không tiếp tục kéo dây rốn nữa.
- Lúc này chỉ giữ dây rốn và chờ đến lúc tử cung co bóp trở lại.
- Tiếp tục lặp lại động tác kéo dây rốn vừa phải cùng với ấn ngược tử cung khi có cơn co.
- Khi kéo, nếu thấy dây rốn dài ra, khó thao tác có thể cuộn dây rốn vào panh (kẹp dây

rốn) cho ngắn lại, nếu cần thiết thì dùng panh cặp lại dây rốn sát vào âm hộ.

Chú ý:

- Động tác kéo dây rốn, không được làm quá thô bạo.
- Không được kéo dây rốn mà không dùng bàn tay thứ hai đẩy tử cung theo chiều ngược lên về phía xương ức

Thì 3: Xoa tử cung:

- Ngay lập tức sau khi nhau sổ phải xoa tử cung cho đến khi tử cung co chặt.
- Cứ 15 phút xoa tử cung một lần trong vòng 2 giờ đầu
- Bảo đảm tử cung vẫn co tốt sau khi kết thúc xoa tử cung.

V. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Các bước tiếp theo thực hiện như trước, tức là phải kiểm tra bánh nhau, màng nhau để đảm bảo không sót nhau hay sót màng. Nếu tiếp tục chảy máu, phải tìm các nguyên nhân khác gây băng huyết sau sanh (rách đường sinh dục, sót nhau) và thực hiện xử trí phù hợp với từng nguyên nhân.

- Nếu chỉ có 1 bác sĩ/nữ hộ sinh tham gia đỡ sanh thì các bước thực hiện đến khi thai sổ, người đỡ sanh giao bé cho mẹ ôm trong khi chuẩn bị tiến hành lấy nhau.
- Các bước lấy nhau tiếp tục tiến hành như hướng dẫn cho đến khi nhau và màng nhau đã ra. Lúc này, người đỡ sanh hướng dẫn và giám sát sản phụ tự xoa tử cung 15 phút/lần qua thành bụng cho đến khi tử cung co tốt. Người đỡ sanh tiến hành làm rốn và mặc áo cho trẻ sơ sinh và đặt trẻ lên bụng mẹ để mẹ cho bú sớm.

VI. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản- Bộ Y tế 2013
2. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Từ Dũ 2016
3. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

NGHIỆM PHÁP BONG NHAU, ĐỠ NHAU, KIỂM TRA BÁNH NHAU

I. NGHIỆM PHÁP BONG NHAU

1. **Kéo dây rốn có kiểm soát:**

- Đặt bàn tay lên bụng dưới sản phụ để đánh giá co hồi tử cung. Chỉ khi tử cung đã co tốt mới thực hiện các bước tiếp theo.
- Một tay cầm kẹp và dây rốn, giữ căng dây rốn, bàn tay còn lại đặt lên trên khớp vệ giữ và ấn tử cung theo hướng ngược lên trên về phía xương ức trong khi tay cầm kẹp dây rốn kéo với lực vừa phải theo hướng của cơ chế sanh (lúc đầu kéo xuống, tiếp đến kéo ngang rồi kéo lên). Động tác này nhằm đề phòng lộn đáy tử cung.
- Khi bánh nhau đã ra đến âm hộ thì tay giữ dây rốn hạ thấp xuống cho trọng lượng bánh nhau kéo màng nhau bong ra theo. Nếu màng nhau không bong ra thì 2 tay người đỡ giữ bánh nhau xoay theo 1 chiều để màng nhau sổ ra ngoài.
- Nếu kéo dây rốn trong 30-40 giây mà bánh nhau không tụt xuống thấp (nghĩa là không có dấu hiệu bong nhau) thì dừng lại không tiếp tục kéo dây rốn nữa.
- Lúc này chỉ giữ dây rốn và chờ đến khi tử cung co bóp trở lại.
- Tiếp tục lặp lại động tác kéo dây rốn vừa phải kết hợp với ấn ngược tử cung về phía xương ức khi có cơn co tử cung.

2. **Xoa đáy tử cung:**

- Sau khi nhau sổ ra ngoài phải xoa đáy tử cung qua thành bụng cho đến khi tử cung co chặt lại.
- Cứ 15 phút xoa đáy tử cung 1 lần trong 2 giờ đầu (có thể hướng dẫn cho sản phụ hoặc gia đình hỗ trợ).
- Bảo đảm tử cung vẫn co tốt sau khi kết thúc xoa tử cung.

Chú ý:

- Kiểm tra nhau để tránh sót nhau. Nếu sót nhau hay có chảy máu phải tiến hành kiểm soát tử cung, tìm nguyên nhân chảy máu sau sanh để kịp thời xử trí theo đúng phác đồ.
- Nếu sau 30 phút mà bánh nhau chưa bong hoặc chảy máu nhiều thì cần tiến hành bóc nhau nhân tạo ngay

II. ĐỠ NHAU

1. **Nếu có thuốc oxytocin:** Tiêm vào bắp đùi 10 đơn vị ngay khi đỡ thai ra ngoài thì có thể đỡ nhau như sau (theo cách xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ):

Đầu tiên đặt tay lên bụng sản phụ xem tử cung đã co lại tốt chưa. Nếu co chưa tốt thì phải xoa bóp bên ngoài cho đến khi tử cung co chặt thành "quả cầu an toàn" mới làm bước tiếp theo.

- Một tay xòe ra đặt trên bụng dưới sản phụ để ngón cái ở một bên, 4 ngón còn lại ở bên đối diện, hơi đẩy tử cung lên phía rốn và chẹn giữ nó tại chỗ trong khi tay còn lại cầm giữ dây nhau kéo từ từ với lực tăng dần theo hướng lúc đầu xuống phía dưới, sau kéo ngang và cuối cùng hướng lên trên cho bánh nhau ra từ từ.
- Khi bánh nhau sắp ra ngoài thì hạ thấp dây rốn xuống cho bánh nhau rơi, kéo theo màng nhau ra luôn.
- Trường hợp màng nhau không tuột ra thì hai bàn tay cầm bánh nhau xoắn lại nhiều vòng để màng sẽ ra dần.
- Trước khi kiểm tra nhau cần nắn bụng dưới đánh giá co hồi tử cung và quan sát âm hộ xem có bị chảy máu không

2. **Trường hợp không có oxytocin:** Muốn đỡ nhau phải làm "nghiệm pháp bong nhau" để biết nhau đã bong mới được đỡ bằng cách:

- Đặt tay lên bụng dưới sản phụ, ấn nhẹ xuống vùng trên xương mu để đẩy vào đoạn dưới tử cung (thân tử cung sẽ bị đẩy lên trên).
- Nếu thấy dây rốn không bị kéo theo lên trên (có khi còn dài thêm ra ngoài âm hộ) thì chứng tỏ nhau đã bong và có thể thực hiện việc đỡ nhau. Nếu dây rốn còn bị kéo theo lên khi ấn trên xương mu thì phải chờ tới khi nào nhau bong mới được đỡ.
- Cách đỡ như sau: một tay cầm dây rốn nâng lên cao, tay kia đặt lên bụng, phía đáy tử cung, đẩy theo hướng rốn-mu với lực tăng dần để đẩy bánh nhau ra.
- Cách đỡ màng nhau cũng làm như phần trên đã mô tả.

III. ĐỠ NHAU

- Đặt bánh nhau trên một cái khay hay chậu.
- Cầm dây rốn nâng bánh nhau lên, vuốt nhẹ màng nhau xuống.
- Quan sát lỗ rách của màng: nếu lỗ rách tròn, đều thì màng đủ, nếu lỗ rách nham nhở
- thì có thể sót một ít màng.
- Quan sát các mạch máu trên mặt màng của bánh nhau để phát hiện bánh hoặc múi nhau phụ.
- Đặt bánh nhau xuống khay cho mặt múi của nó ngửa lên, gạt máu cục ra ngoài để quan sát các múi nhau. Mặt múi nhau nhẵn, mịn, mầu đỏ thẫm. Nếu trên mặt múi có vùng nào bị khuyết thì phần nhau ở nơi khuyết đó đang còn sót lại trong tử cung.

IV. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản- Bộ Y tế 2013
2. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Từ Dũ 2016
3. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

KIỂM SOÁT TỬ CUNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Kiểm soát tử cung là thủ thật tiến hành sau khi rau đã sổ hoặc ngay khi bóc rau nhân tạo để kiểm tra xem có sót rau hoặc sót màng hay không và kiểm tra sự toàn vẹn của tử cung

II. CHỈ ĐỊNH

- Chảy máu khi sổ rau
- Kiểm tra rau còn thiếu rau sau khi sổ, thấy nghi ngờ còn sót một phần của múi rau. Sót 1/3 hay 1/4 màng rau
- Rau sổ kiểu múi (Duncan) mặt múi ra trước, hay gây sót rau, nên có chỉ định kiểm soát tử cung
- Kiểm tra sự toàn vẹn của tử cung xem có vỡ tử cung không sau các thủ thuật khó khăn (foóc xép, nội xoay, cắt thai…) hoặc trên tử cung có sẹo phẫu thuật lấy thai cũ

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Sản phụ đang choáng phải hồi sức sau đó mới kiểm soát tử cung

IV. CHUẨN BỊ

1. **Nhân viên**

- Y sĩ, bác sĩ chuyên khoa Phụ Sản
- Thủ thuật viên rửa tay, đội mũ, mặc áo đi găng tay vô khuẩn như trong phẫu thuật

2. **Phương tiện**

- Thuốc hồi sức, trợ tim đề phòng choáng, thuốc co bóp tử cung: Oxytocin, Ergometrine

3. **Sản phụ**

- Giải thích cho sản phụ hiểu và nằm thoải mái, không co cứng thành bụng Giảm đau cho sản phụ bằng Dolosal hoặc Fentanyl Sát trùng

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Thủ thuật được tiến hành ngay sau khi có chỉ định

Các bước

Nếu kiểm soát tử cung sau khi bóc rau nhân tạo: sau khi bóc rau, không rút bàn tay phải ra khỏi tử cung âm đạo, mà dùng luôn bàn tay đó để kiểm soát tử cung

- Bước 1. Tay trái đặt lên thành bụng nắm đáy tử cung để cố định tử cung
- Bước 2. Tay phải cho vào âm đạo, qua cổ tử cung, vào buồng tử cung tới tận
- đáy tử cung,
- Bước 3. Kiểm tra lần lượt đáy tử cung, mặt trước, mặt sau, hai bờ và hai sừng tử cung bằng các đầu ngón tay. Bình thường buồng tử cung phải nhẵn, không sần sùi. Nếu thấy các mảnh rau và các màng rau thì vét nhẹ nhàng, đồng thời kiểm tra xem tử cung có bị rạn nứt không
- Bước 4. Kiểm tra xong mới rút tay ra, tránh đưa tay vào nhiều lần dễ nhiễm khuẩn và choáng
- Bước 5. Sau khi kiểm soát nếu tử cung co hồi chưa tốt thì dùng tay trong buồng tử cung nâng đáy tử cung lên sát thành bụng để người phụ tiêm 5 đơn vị Oxytocin vào cơ tử cung qua thành bụng, sau đó mới rút bàn tay ra
- Bước 6. Sau khi bóc rau nhân tạo và kiểm soát tử cung phải tiêm hoặc cho uống kháng sinh 5 ngày

V. THEO DÕI

- Sau bóc rau nhân tạo và kiểm soát tử cung phải đo lại mạch, huyết áp,
- Theo dõi sự co hồi của tử cung
- Mức độ chảy máu trong buồng tử cung

VI. TAI BIẾN VÀ DỰ PHÒNG

- Đôi khi không thể cho tay vào buồng tử cung được vì eo tử cung bóp chặt lại. Khi đó thủ thuật viên phải chờ, rồi nong dần cổ tử cung bằng tay đồng thời tiêm thuốc giảm co bóp tử cung
- Nếu không bóc được bánh rau vì rau bám chặt hoặc cài răng lược thì không nên cố sức bóc vì sẽ làm đứt cơ tử cung gây chảy máu nhiều: phải cắt tử cung bán phần

BÓC NHAU NHÂN TẠO

I. ĐẠI CƯƠNG

Bóc rau nhân tạo là cho tay vào buồng tử cung để lấy rau còn sót trong buồng tử cung ra sau khi thai đã sổ

II. CHỈ ĐỊNH

- Rau chậm bong: thường thì sau khi sổ thai 15 - 20 phút thì rau sẽ tự bong, nếu quá 30 phút rau không tự bong phải bóc rau
- Chảy máu trong thời kỳ sổ rau khi rau còn nằm trong buồng tử cung
- Những trường hợp cần kiểm tra sự toàn vẹn của tử cung sau khi sổ thai, phải bóc rau nhân tạo ngay để kiểm soát buồng tử cung, như nghi vỡ tử cung sau khi làm thủ thuật đường dưới khó khăn (fooc-xép cao, nội xoay thai, cắt thai hoặc sẹo mổ cũ ở tử cung...)

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Sản phụ đang choáng, phải hồi sức rồi mới bóc rau nhân tạo

IV. CHUẨN BỊ

1. **Người thực hiện**

- Y sĩ, hoặc bác sĩ chuyên khoa Phụ Sản Thủ thuật viên rửa tay, mặc áo đi găng tay vô khuẩn như trong phẫu thuật

2. **Phương tiện**

- Thuốc giảm đau Dolosal 0,10g hay Fentanyl, Seduxen Thuốc trợ tim, hồi sức để dùng khi cần

3. **Sản phụ**

- Được tư vấn và giải thích phải bóc rau để khỏi chảy máu và động viên sản phụ, thở đều, không co cứng bụng
- Thông tiểu, sát khuẩn tầng sinh môn, âm đạo, trải khăn vô khuẩn

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Nguyên tắc

- Phải bóc bằng hai tay
- Phải làm trong điều kiện vô trùng

Các bước tiến hành

- Bước 1. Tay trái đặt lên thành bụng để cố định đáy tử cung
- Bước 2. Tay phải cho vào âm đạo, qua cổ tử cung còn mở và lần theo dây rốn đến vùng rau bám
- Bước 3. Bóc bánh rau bằng cách dùng bờ trụ của bàn tay để lách giữa bánh rau và thành tử cung. Bóc từ dưới, từ ngoài rìa bánh rau rồi vòng lên tận bờ trên bánh rau để tránh sót rau, sót màng rau
- Bước 4. Khi rau bong hết thì tay trong tử cung kéo đẩy bánh rau ra ngoài, nhưng không rút tay ra khỏi tử cung, nếu cần tay trái kéo dây rốn lấy rau ra
- Bước 5. Khi bánh rau ra ngoài phải kiểm tra cả hai mắt bánh rau: mặt màng và mặt múi
- Bước 6. Sau khi bóc rau phải tiến hành kiểm soát buồng tử cung ngay

VI. THEO DÕI

- Mạch, huyết áp, toàn trạng và phản ứng của sản phụ
- Lượng máu chảy từ tử cung ra

VII. TAI BIẾN, DỰ PHÒNG

- Choáng do đau và sợ hãi khi cho tay vào bóc rau: vấn đề hồi sức trước và sau bóc rau là vô cùng quan trọng

- Sử dụng các thuốc giảm đau trước khi làm thủ thuật
- Sử dụng thuốc co hồi tử cung sau bóc rau

KỸ THUẬT BẤM ỐI

I.MỤC TIÊU

- Áp dụng được các chỉ định, chống chỉ định bấm ối trong thực tế lâm sàng.
- Thực hiện được đúng kĩ thuật bấm ối.
- Nhận thức được tầm quan trọng của việc bấm ối đúng quy trình.

II.NỘI DUNG

1. **Khái niệm:**

Bấm ối là một thủ thuật được làm trong quá trình chuyển dạ sanh, khi CTC đã xóa mở có thể tiếp cận được đầu ối, mục đích làm vỡ màng ối chủ động để nước ối thoát ra ngoài.

2. **Mục đích:**

- Loại bỏ đầu ối khi không còn tác dụng nong mở CTC; Làm giảm áp lực buồng ối;
- Rút ngắn thời gian chuyển dạ.

3. **Chỉ định:**

Chỉ định bấm ối đúng lúc: khi CTC mở > 8cm, đầu ối không còn tác dụng, bấm ối để chuẩn bị đỡ sanh.

- **Chỉ định bấm ối sớm trong các trường hợp sau:**
- CTC mở 3 - 4cm, khi có thể tiếp cận được đầu ối, màng ối dày, đầu ối phồng cản trở cuộc sanh, CTC tiến triển chậm;
- Gây sanh chỉ huy, làm NPLNC, hoặc sanh thai thứ hai trong sinh đôi;
- Cầm máu trong nhau tiền đạo: loại bám bên, bám mép;
- Giảm áp lực buồng ối trong đa ối;
- Ngoài ra còn bấm ối trong một số bệnh lý của người mẹ cần bấm ối để rút ngắn chuyển dạ, như bệnh tim, TSG nặng khi CTC đã mở ≥ 4cm.

4. **Chống chỉ định:**

- Chưa chuyển dạ thực sự, cơn co chưa đều đặn (trừ trường hợp gây sanh non);
- Sa dây nhau trong bọc ối;
- CTC chưa mở hết trong ngôi mông, ngôi mặt, ngôi vai.

5. **Chuẩn bị:**

- Thầy thuốc: áo, mũ, khẩu trang, tạp dề;
- Dụng cụ: một kim dài 15 - 20cm đầu tù có nòng, hoặc một ngành kìm Kocher;
- Sản phụ: nằm trên bàn, tư thế sản khoa, thở đều, không rặn.



Dụng cụ bấm ối

6. **Các bước tiến hành:**

- Nghe tim thai trước khi bấm ối (ghi nhận tần số, cường độ đều hay không đều);
- Rửa sạch âm hộ bằng nước vô khuẩn;
- Thầy thuốc rửa tay, đeo găng vô khuẩn;
- Một tay đưa vào âm đạo, khám và kiểm tra lại xem có sa dây nhau trong bọc ối không, xác định ngôi thai, độ mở CTC. Chỉ tiến hành bấm ối khi không có sa dây nhau trong bọc ối;
- Tay kia đưa kim chọc ối vào âm đạo theo hướng dẫn của tay trong âm đạo, kim bấm ối nằm giữa 2 ngón tay hướng tới đầu ối và chờ đến thời điểm bấm ối;
- **Thời điểm bấm ối:** nếu đầu ối phồng thì bấm ối ngoài cơn co TC, nếu đầu ối dẹt thì bấm ối trong cơn co TC;
- Kỹ thuật: đẩy nhẹ kim chọc vào màng ối để nước ối chảy ra từ từ theo ngón tay, quan sát màu sắc, số lượng nước ối chảy ra. Tay kia rút kim chọc ối sau đó nắn trên khớp vệ hướng cho ngôi thai vào eo trên. Khi không còn nước ối chảy ra xé rộng màng ối, kiểm tra xem có sa dây nhau hay các chi không và ngôi thai có thay đổi gì không;
- Nghe lại tim thai (đề phòng sa dây nhau bên ngôi không phát hiện được);
- Ghi chép hồ sơ/biểu đồ chuyển dạ: thời điểm bấm ối, số lượng, màu sắc nước ối, tim thai.

Thay đổi kỹ thuật bấm ối trong một số trường hợp:

- Nếu bấm ối trong nhau tiền đạo thì sau khi chọc đầu ối, phải xé rộng màng ối song song với bờ bánh nhau, tránh xé vào bánh nhau gây chảy máu.
- Nếu bấm ối trong đa ối cần để sản phụ nằm đầu dốc, mông hơi cao. Dùng phương pháp tia ối, nghĩa là dùng kim chọc một lỗ nhỏ, chọc ngoài cơn co TC, để cho nước ối chảy từ từ, khi nước ối chảy gần hết mới xé rộng màng ối. Trong trường hợp này, nếu để nước ối chảy ào ra ngoài, sản phụ dễ bị sốc vì áp lực ổ bụng giảm đột ngột, hơn nữa dễ gây sa dây nhau, sa các chi hoặc có thể trở thành ngôi bất thường.
- Đối với ngôi ngang khi có chỉ định và đủ điều kiện để nội xoay thai thì sau khi chọc đầu ối phải xé rộng màng ối và đưa ngay tay vào buồng TC để tìm chân thai nhi làm nội xoay. Cần lưu ý trường hợp này, nước ối càng được giữ trong buồng TC nhiều càng tốt vì còn nhiều nước ối nội xoay thai nhi càng dễ, CTC càng đỡ bóp chặt vào thai nhi.

7. **Biến chứng sau bấm ối:**

- Sa dây nhau: nếu sau khi bấm có biến chứng sa dây nhau, phải cho sản phụ nằm đầu thấp, mông cao, dùng 2 ngón tay đẩy dây nhau lên, nếu không được phải phẫu thuật lấy thai. Sa dây nhau bên ngôi khó phát hiện, vì vậy mọi trường hợp sau bấm ối bắt buộc phải nghe tim thai;
- Nếu chảy máu sau bấm ối, hay nước ối bất thường (màu đỏ lẫn máu hoặc màu xanh lẫn phân su) phải tìm nguyên nhân để xử lý kịp thời;
- Nhiễm trùng ối, nhiễm trùng thai nhi: trong trường hợp mẹ bị nhiễm khuẩn âm đạo hoặc bấm ối trên 6 giờ mà thai chưa sổ;
- Chọc vào thai: do kim chọc ối chạm vào phần thai gây chạm thương thường gặp trong màng ối dày, ít ối, ngôi mông;
- Gây máu tụ sau nhau, nặng có thể làm nhau bong non.

Tuy những nguy cơ này rất hiếm khi xảy ra, nhưng cần hết sức cẩn thận để hạn chế các nguy cơ trên, bằng cách thực hiện thủ thuật trong điều kiện vô trùng, chọc ối dưới sự hướng dẫn của siêu âm để tránh chạm thương cho thai và sang chấn cho mẹ.

III.TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản- Bộ Y tế 2013
2. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Từ Dũ 2016

3. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

LÀM THUỐC VẾT KHÂU TẦNG SINH MÔN NHIỄM KHUẨN

I.ĐẠI CƯƠNG:

Tầng sinh môn đóng vai trò quan trọng trong thụ thai, sinh con. Hầu hết sản phụ đẻ thường đều rạch tầng sinh môn. Khi đầu thai nhi chuẩn bị ra ngoài để tránh ngạt cũng như giúp quá trình sinh suôn sẻ, bác sĩ rạch một đường nhỏ ở tầng sinh môn và khâu lại.

II.BƯỚC TIẾN HÀNH CHĂM SÓC:

Việc chăm sóc tầng sinh môn sau sinh rất quan trọng. Sau sinh nên vệ sinh đúng cách tầng sinh môn, tùy thuộc cơ địa vết khâu sẽ lành trong khoảng 2 – 4 tuần hoặc lâu hơn. Tuy nhiên có nhiều trường hợp, sản phụ sau khi khâu tầng sinh môn bị vết khâu bục chỉ, đau nhức mưng mủ, sưng viêm:

- Bục chỉ: Vết khâu có thể bị bục chỉ trong trường hợp vết thương chưa kịp lành nhưng chỉ đã tiêu hết, vết khâu bị hở miệng, vệ sinh không đúng cách làm vết thương bị nhiễm trùng, rặn khi đại tiện quá mạnh…
- Vết khâu bị sưng: Nhiều phụ nữ sưng vết khâu tầng sinh môn vì tụ máu vết khâu tầng sinh môn, lạc nội mạc tử cung, viêm nhiễm vùng kín,…
- Vết khâu bị mưng mủ: Vết khâu sinh môn không vệ sinh đúng cách, bác sĩ làm sạch vết thương chưa tốt khiến vết thường chảy nước, mưng mủ lâu lành, một số chị em có thói quen ngồi lệch bên khi bế bé cũng có thể gây tình trạng này.

Khi vết khâu tầng sinh môn sưng, mưng mủ, chảy dịch… cần đến cơ sở ý tế thăm khám và được khám làm thuốc vết khâu tầng sinh môn nhiễm khuẩn tránh tình trạng viêm nhiễm nặng, đau nhức, khó chịu.

3 đến 5 ngày đầu sau sinh, nên dùng dung dịch Povidine – còn gọi là cồn đỏ, để sát trùng, vệ sinh vết khâu. Sau khi rửa tầng sinh môn bằng nước đun sôi để nguội thì dùng miếng bông gòn sạch thấm dung dịch Povidine thấm nhẹ lên vết khâu tầng sinh môn mỗi ngày 1 – 2 lần.

- Sau khi tiểu tiện, dùng nước ấm xối nhẹ vào âm đạo từ trước ra sau từ trên xuống tránh làm để nước tiểu làm xót vết khâu. Sau đó dùng khăn mềm lau vết khâu lại nhẹ nhàng.
- Mẹ sau sinh nên uống nhiều nước, ăn nhiều rau xanh trái cây, tránh tình trạng táo bón khiến đau và rách tầng sinh môn khi đại tiện. Nếu thấy táo bón, nên dùng dụng cụ hỗ trợ để đại tiện dễ hơn, tránh rặn mạnh làm ảnh hưởng vết khâu.
- Thay băng vệ sinh 3-4 tiếng một lần, hoặc khi sản dịch đã ra nhiều.
- Nên vận động nhẹ nhàng giúp đẩy máu tụ trong tử cung ra ngoài, giảm sưng đau giúp vết khâu nhanh lành.
- Nên mặc quần lót thoáng mát, mềm mại, giặt sạch phơi khô trước khi mặc tránh nhiễm khuẩn.

III. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản- Bộ Y tế 2013
2. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Từ Dũ 2016
3. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

QUY TRÌNH KỸ THUẬT KHÁM THAI

I.ĐẠI CƯƠNG

Khám thai là một hoạt động chăm sóc sức khỏe sinh sản quan trọng. Nếu được quy trình khám thai thực hiện đúng và đầy đủ các nội dung sẽ có hiệu quả cao đối với sức khỏe bà mẹ và thai nhi, giúp phát hiện sớm những nguy cơ, đề phòng và tránh được 5 tai biến sản khoa.

II.NỘI DUNG KHÁM THAI

1. **Phần hành chính:**

- Họ và tên
- Tuổi
- Nghề nghiệp, điều kiện lao động; tư thế làm việc ngồi hay đứng, chế độ nghỉ ngơi, có tiếp xúc độc hại hay không
- Địa chỉ
- Dân tộc
- Trình độ học vấn
- Điều kiện sống, kinh tế

2. **Sức khỏe:**

- Hiện mắc bệnh gì, nếu có, mắc bện từ bao giờ, diễn tiến thế nào, đã điều trị gì, kết quả điều trị, có ảnh hưởng gì đến sức khỏe, đang dung thuốc gì.
- Tiền sử bệnh: Mắc những bệnh gì? Lưu ý những bệnh phải nằm viện, phải phẫu thuật, truyền máu, các tai nạn, dị ứng, nghiện rượu, thuốc lá, ma túy. Các bệnh đái tháo đường, tim mạch, tâm thần, nội tiết, bệnh về máu, gan thận.
- Tiền sử sản khoa (PARA):
  + Đã có thai bao nhiêu lần, ghi theo 4 số:
    + Số thứ nhất là đẻ đủ tháng
    + Số thứ hai là số lần đẻ non
    + Số thứ ba là số lần sẩy thai hoặc phá thai
    + Số thứ tư là số con hiện sống
- Với từng lần có thai:
  + Tuổi thai khi kết thúc (để biết đẻ non hay đủ tháng)
  + Nơi đẻ: bệnh viện, trạm xá, tại nhà, đẻ rơi.
  + Thời gian chuyển dạ
  + Cách đẻ: thường, khó (kềm, giác hút, phẫu thuật lấy thai…)
  + Các bất thương: ra máu, tiền sản giật khi mang thai, ngôi bất thường, đẻ khó, thai dị dạng. băng huyết, nhiễm khuẩn.
  + Cân nặng con khi đẻ
  + Giới tính con
  + Tình trạng con khi đẻ ra: khóc ngay, ngạt, chết
- Tiền sử phụ khoa: Có điều trị vô sinh, nội tiết, có các bệnh nhiễm khuẩn đường sinh dục, bệnh lây truyền qua đường tình dục, đốt cổ tử cung, các khối u phụ khoa, sa sinh dục, các phẫu thuật phụ khoa…
- Các biện pháp tránh thai đã dùng: loại biện pháp tránh thai, thời gian ngừng sử dụng, biện pháp tránh thai dùng ngay trước lần có thai này
- Hỏi về lần có thai này: chu kỳ kinh nguyệt có đều không và ngày đầu của kỳ kinh cuối; Các triệu chứng nghén; Ngày thai máy; Sụt bụng (xuất hiện 1 tháng trước đẻ, do ngôi thai xuống thấp), Các dấu hiệu bất thường như đau bụng, ra máu, dịch tiết âm đạo tăng,

Mệt mỏi, uể oải, đau đầu, ăn uống kém ngon (dấu hiệu thiếu máu), Nhức đầu, hoa mắt, đau thượng vị, nôn mửa (dấu hiệu tiền sản giật).

3. **Gia đình:**

- Sức khỏe, tuổi bố mẹ, anh chị, còn sống hay đã chết. Nếu chết, cho biết lýdo
- Bệnh nội khoa: tăng huyết áp, đái tháo đường, tim mạch, gan, thận, lao
- Bệnh nhiễm khuẩn: Lao, bệnh lây truyền qua đường tình dục, HIV/AIDS
- Các tình trạng bệnh lý khác: sinh đôi, đẻ con dị dạng, dị ứng

4. **Tiền sử hôn nhân:**

- Lấy chồng năm bao nhiêu tuổi
- Họ tên, tuổi nghề nghiệp, sức khỏe, bệnh tật của chồng

5. **Dự tính ngày sinh theo ngày đầu của kỳ kinh cuối:**

- Tính đúng 40 tuần kể từ ngày đầu của kỳ kinh cuối cộng 7, tháng cuối cộng 9 (hoặc trừ 3 nếu tổng số lớn hơn 12)
- Nếu có bảng quay tính tuổi thai thì sử dụng bảng quay
- Nếu không nhớ ngày đầu của kỳ kinh cuối thì có thể dựa trên kết quả siêu âm (tốt nhất là trong 3 tháng đâuù của thai kỳ) để xác định tuổi.
- Nếu sản phụ không nhớ ngày dương lịch, chỉ nhớ ngày âm lịch thì cán bộ y tế dựa vào lịch mà chuyển ngày âm sang ngày dương

6. **Khám toàn thân:**

- Đo chiều cao cơ thể (lần khám thai đầu)
- Cân nặng (mỗi lần khám thai)
- Khám da, niêm mạc, đánh giá có phù hoặc thiếu máu hay không (mỗi lần khám thai)
- Đo huyết áp (mỗi lần khám thai)
- Khám tim phổi (mỗi lần khám thai)
- Khám vú
- Khám các bộ phận khác khi có dấu hiệu bất thường

7. **Khám sản khoa:**

a. Ba tháng đầu:

- Nắn trên xương mu xem đã thấy đáy tử cung chưa - Xem xét có vết sẹo phẫu thuật bụng dưới
- Đặt mỏ vịt xem cổ tử cung có viêm không nếu nghi ngờ viêm nhiễm đường sinh dục - Chỉ thăm âm đạo nếu các dấu hiệu có thai chưa rõ, cần xác định thêm
- Xác định tuổi thai: hỏi ngày kinh cuối
- Siêu âm lần 1:
  + Xác định thai trong tử cung
  + Xác định tuổi thai
  + Đáng giá số lượng thai
  + Xác định có hoạt động tim thai
  + Phát hiện: Khối u vùng chậu, tử cung bất thường
- Xét nghiệm máu thường quy:
  + HIV
  + Giang mai
  + Viêm gan siêu vi B + Rubella
  + Huyết đồ hoặc tổng phân tích tế bào máu + Nhóm máu: ABO, Rhesus
  + Đường huyết đói
- Khi thai khoảng 11-13 tuần:
  + Siêu âm lần 2: Siêu âm hình thái học đo độ mờ da gáy
  + Làm Double test tầm soát bất thường nhiễm sắc thể, nếu nguy cơ cao => khám di

truyền.
- Số lần khám thai: Tối thiểu 2 lần.

b. Ba tháng giữa:
- Số lần khám thai: Tối thiểu 3 lần
- Đo chiều cao tử cung
- Nghe tim thai
- Cử động thai, số lượng thai
- Khi thai 14 – 20 tuần:
  + Nếu chưa làm Double test thì làm Triple test, nếu nguy cơ cao => khám di truyền.
  + Nếu đã làm Double test, tư vấn để bệnh nhân chọn lựa làm thêm Triple test
- Khi có thai khoảng 20-24 tuần: siêu âm lần 3
  + Siêu âm 4D đánh giá hình thái học
- Khi thai 24 – 28 tuần:
  + Làm thử nghiệm dung nạp đường (test 75g)
- Nếu nghi ngờ có viêm nhiễm đường sinh dục, hay ra máu âm đạo bất thường nên quan sát âm đạo, cổ tử cung qua đặt mỏ vịt.

c. Ba tháng cuối:
- Số lần khám thai: Tối thiểu 3 lần
- Đo chiều cao tử cung, vòng bụng
- Nắn ngôi thế (từ thai 36 tuần tuổi)
- Nghe tim thai
- Đánh giá độ xuống của đầu thai (trong vòng một tháng trước đẻ)
- Đánh giá cử động thai
- Siêu âm lần 4 khi thai 30 – 32 tuần đánh giá:
  + Xoang ối
  + Hoạt động tim thai
  + Vị trí nhau bám
  + Sinh trắc thai
- Siêu âm lần 5 khi thai 38 – 40 tuần đánh giá
- Nếu nghi ngờ có viêm nhiễm đường sinh dục, hay ra máu âm đạo bất thường nên quan sát âm đạo, cổ tử cung qua đặt mỏ vịt.

d. Đánh giá sức khỏe thai:
- Đếm cử động thai:
  + Hướng dẫn thai phụ đếm cử động thai mỗi ngày
- Non stress test:
  + Thực hiện khi có chỉ định
  + Có thể thực hiện sớm hơn ở những thai kỳ nguy cơ cao

8. **Các xét nghiệm cần thiết:**

a. Xét nghiệm máu thường quy:

HIV, giang mai, viêm gan siêu vi B, tổng phân tích tế bào máu, nhóm máu: ABO, Rhesus, đường huyết đói

b. Xét nghiệm máu trước sinh:

Tổng phân tích tế bào máu, đường huyết, chức năng đông máu: PT, aPTT, Fibrinogen, chức năng gan thận.

c. Xét nghiệm nước tiểu:

Tổng phân tích nước tiểu mỗi lần khám.

d. Soi nhuộm huyết trắng:

Nếu nghi ngờ viêm nhiễm hoặc thai phụ than phiền huyết trắng hôi, ngứa…

e. Tiêm phòng uốn ván:

- Với người chưa tiêm phòng uốn ván lần nào: tiêm mũi đầu khi phát hiện thai nghén bất kỳ ở tháng nào, tiếp theo tiêm mũi thứ hai sau mũi tiêm đầu ít nhất một tháng và phải cách thời gian dự kiến đẻ ít nhất một tháng.
- Với những người đã tiêm đủ 2 mũi, nếu:
  + Lần tiêm trước < 5 năm: tiêm 1 mũi
  + Lần tiêm trước > 5 năm: tiêm 2 mũi
- Với người đã tiêm ba mũi hoặc bốn mũi, cần tiêm nhắc lại một mũi
- Với người đã tiêm đủ năm mũi phòng uốn ván theo đúng lịch, nếu mũi tiêm cuối cùng cách đã mười năm trở lên thì nên tiêm thêm một mũi nhắc lại.

f. Bổ sung viên sắt, acid folic

- Uống ngày 1 viên trong suốt thời gian mang thai đến hết 6 tuần sau đẻ. Tối thiểu uống trước đẻ 90 ngày.
- Nếu thai phụ có biểu hiện thiếu máu rõ, có thể tăng liều dự phòng lên liều điều trị 2-3 viên/ ngày.
- Việc bổ sung viên sắt, acid folic cần được thực hiện ngay từ lần khám thai đầu. Kiểm tra việc sử dụng và bổ sung tiếp trong các lần khám thaisau.

9. **Giáo dục sức khỏe**

a. Dinh dưỡng

- Chế độ ăn khi có thai
- Lượng tăng ít nhất ¼ (tăng số bữa ăn và lượng cơm, thức ăn trong mỗi bữa).
- Tăng chất: đảm bảo cho sự phát triển của mẹ và con (thịt, cá, tôm, sữa, trứng, đậu lạc, vừng, dầu ăn, rau quả tươi).
- Không nên ăn mặn, nên thay đổi món để ngon miệng.
- Không hút thuốc lá, uống rượu
- Không uống thuốc nếu không có chỉ định của thầy thuốc
- Tránh táo bón bằng chế độ ăn hợp lý, không nên dùng thuốc chống táo bón.

b. Chế độ làm việc khi có thai:

- Làm theo khả năng, xen kẽ nghỉ ngơi nhưng không quá nặng nhọc, tránh làm ban đêm (nhất là từ tháng thứ bảy).
- Không làm việc vào tháng cuối để đảm bảo sức khỏe cho mẹ và đẻ con tăng cân
- Không mang vác nặng trên đầu, trên vai
- Không để kiệt sức
- Không làm việc dưới nước hoặc trên cao
- Không tiếp xúc các yếu tố độc hại
- Tránh đi xa, tránh xóc xe hay va chạm mạnh
- Quan hệ tình dục thận trọng.

c. Vệ sinh khi có thai:

- Nhà ở phải thoáng khí sạch sẽ, tránh ẩm, nóng, khói.
- Mặc quần áo rộng và thoáng
- Tắm rửa thường xuyên, giữ sạch vú và bộ phận sinh dục hằng ngày
- Duy trì cuộc sống thoải mái, tránh căng thẳng
- Ngủ ít nhất 8 giờ mỗi ngày. Chú trọng ngủ trưa
- Tránh bơm rửa trong âm đạo.

10. **Ghi chép sổ khám thai:**

- Nếu là khám thai lần đầu phải ghi đầy đủ các mục trong sổ khám thai
- Các lần khám sau ghi tất cả các mục đã hỏi và khám của lần khám đó

11. **Kết luận, dặn dò:**

- Thông báo cho thai phụ biết kết quả của lần khám thai có bình thường hay không, tình trạng mẹ và thai phát triển như thế nào, cần lưu ý những điểm gì trong thời gian từ sau khi khám đến lần khám tiếp theo.
- Kê toa thuốc thiết yếu và hướng dẫn cách dùng.
- Dặn dò.
- Trước khi kết thúc cuộc khám, nên hỏi một số điều kết luận và dặn dò quan trọng để thai phụ nhắc lại xem họ có hiểu và nhớ đúng hay không.

III. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản- Bộ Y tế 2013
2. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Từ Dũ 2016
3. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

NONG CỔ TỬ CUNG DO BẾ SẢN DỊCH

I.ĐẠI CƯƠNG

Sản dịch là dịch lòng tử cung và đường sinh dục chảy ra ngoài sau những ngày đầu tiên của thời kỳ hậu sản. sản dịch bao gồm máu cụ và máu loãng chảy từ niêm mạc tử cung. Có rất nhiều nguyên nhân dẫn đến bế sản dịch như sản phụ mất máu nhiều do tử cung co hồi kém, chuyển dạ kéo dài, đa thai. Ngoài ra bế sản dịch còn do sản phụ nằm nhiều, ít đi lại, ít vận động.

II.QUY TRÌNH THỰC HIỆN

1. **Trước thực hiện**

- Sản phụ được hướng dẫn và tư vấn trước và sau khi làm thủ thuật - Sử dụng thuốc làm mềm CTC bằng misoprostol, laminaria

2. **Trong khi thực hiện**

- Tiền mê nếu cần
- Sản phụ nằm ngửa tư thế sản khoa
- Đặt mỏ vịt và nong dẫn cổ tử cung giãn từ từ cho đến khi mở ra đủ rộng tiến hành nạo

3. **Sau thực hiện**

- Nghỉ ngơi theo dõi sau 2 giờ
- Uống thuốc kháng sinh sau thủ thuật
- Hướng dẫn cách chăm sóc và dặn tái khám

III.DẤU HIỆU THEO DÕI SAU THỦ THUẬT

- Cần liên hệ bác sĩ ngay khi gặp các dấu hiệu như sau khi nong CTC
- Máu chảy liên tục mỗi giờ
- Sốt
- Chuột rút kéo dài trên 48 h
- Đau bụng dưới nhiều
- Dịch âm đạo có mùi hôi

IV.BIẾN CHỨNG

- Kỹ thuật nong cổ tử cung và nạo tử cung để làm sạch những gì còn sót lại trong tử cung thường rất an toàn và hiếm gặp các biến chứng. tuy nhiên vẫn còn một số ít rủi ro như sau:
  + Thủng tử cung
  + Tổn thương cổ tử cung
  + Mô sẹo trên thành tử cung
  + Nhiễm trùng

V.TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản- Bộ Y tế 2013
2. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Từ Dũ 2016

NẠO SÓT THAI, NẠO SÓT RAU SAU SẢY, SAU ĐẺ

I.ĐẠI CƯƠNG

Là thủ thuật dùng dụng cụ lấy hết phần thai và rau để tránh chảy máu và nhiễm khuẩn sau khi thai đã sẩy.

II.CHỈ ĐỊNH

- Thai sắp sẩy, cổ tử cung xóa gần hết
- Thai đang sẩy, chảy máu
- Thai đã sẩy, nhưng đang chảy máu, cổ tử cung còn mở.

III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Sẩy thai nhiễm khuẩn (chỉ nạo khi đã điều trị kháng sinh)
- Sẩy thai băng huyết, tụt huyết áp (phải hồi sức tích cực, vừa hồi sức vừa nạo)

IV.CHUẨN BỊ

a. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa Phụ sản
- Rửa tay, mặc áo, đội mũ, đeo khẩu trang, đi găng tay vô khuẩn.
- Giải thích cho người bệnh yên tâm điều trị.

b. Phương tiện, thuốc giảm đau và hồi sức

- Bộ nạo sẩy và nong Hegar từ cỡ nhỏ đến to.
- Atropin 0,25 mg tiêm dưới da hay Dolosal 0,10g tiêm bắp trước nạo.
- Lidocaine 1% 10ml để gây tê cổ tử cung.
- Dung dịch huyết thanh đẳng trương và các dịch thay thế máu.
- Các loại thuốc co hồi tử cung, trợ tim, hồi sức.

c. Người bệnh

- Hỏi bệnh, khám toàn thân: đếm mạch, cặp nhiệt độ, đo huyết áp, nghe tim phổi, phát hiện những bệnh lý nội khoa kèm theo.
- Cho nằm tư thế phụ khoa.
- Khám xác định tuổi thai, tình trạng sẩy thai, tư thế tử cung và độ mở của cổ tử cung. Xác định lượng máu mất để chuẩn bị hồi sức.

V.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Sát khuẩn âm hộ, vùng tầng sinh môn
- Sát khuẩn âm đạo, cổ tử cung
- Trải khăn vô khuẩn dưới mông, trên bụng và hai bên đùi
- Đeo găng vô khuẩn
- Thông tiểu nếu cần
- Đặt van, bộc lộ âm đạo, cổ tử cung
- Dùng kẹp Pozzi cặp cổ tử cung (tuỳ tư thế tử cung mà kẹp mép trước hay mép sau cổ tử cung)
- Gây tê tại chỗ cổ tử cung bằng Lidocain 1%, 10ml
- Đo chiều cao và xác định tư thế tử cung.
- Nong cổ tử cung đến số 9-10 nếu cổ tử cung chưa đủ rộng
- Dùng kẹp hình tim gắp thai và nhau
- Nạo kiểm tra bằng thìa cùn đủ 2 mặt trước sau, đáy, 2 bờ và 2 sừng tử cung
- Tiêm Oxytoxin vào cổ tử cung nếu tử cung co kém, chảy máu
- Đo lại buồng tử cung bằng thước đo
- Sát khuẩn âm đạo và cổ tử cung.
- Lấy tổ chức nạo thử giải phẫu bệnh

- Viết hồ sơ bệnh án, cho đơn kháng sinh, dặn người bệnh khám lại nếu có gì bất thường

VI. THEO DÕI

- Toàn trạng, mạch, huyết áp, đau bụng, huyết âm đạo.
- Thời gian 01 giờ.
- Dặn dò các triệu chứng có thể xảy ra.
- Hẹn tái khám: 7-10 ngày sau hoặc khi có triệu chứng bất thường phải đi khám ngay.
- Cho toa thuốc và hướng dẫn sử dụng: kháng sinh, giảm đau từ 5 – 7 ngày.

VII. TAI BIẾN

1. **Thủng tử cung**

- Nếu khi nạo người bệnh đau chói, máu âm đạo ra nhiều, phải dùng thước đo thăm dò lại buồng tử cung để xem có bị thủng không. Nếu lỗ thủng nhỏ, mạch, huyết áp ổn định và không nhiễm khuẩn có thể điều trị nội khoa thủng tử cung tại bệnh viện.
- Nếu lỗ thủng to hoặc có dấu hiệu chảy máu trong cần phẫu thuật khâu lỗ thủng hay cắt tử cung tuỳ theo tổn thương. Khi mổ cần kiểm tra kỹ các tạng trong ổ bụng.

2. **Chảy máu**

- Nếu ra máu âm đạo nhiều phải cho thuốc co hồi tử cung, nếu không cầm máu phải kiểm tra lại buồng tử cung đề phòng thủng, sót rau, tử cung co hồi kém hoặc chảy máu ở cổ tử cung nơi kẹp kìm Pozzi và xử trí theo tổn thương.

3. **Sốc vagal**

- Xảy ra khi không thực hiện thuốc chống sốc, không giảm đau tốt hoặc thực hiện thủ thuật quá thô bạo. Nếu có sốc xảy ra biểu hiện bởi tình trạng mệ, khó thở, tím tái, mạch nhanh, huyết áp giảm, phải ngưng ngay thủ thuật, điều trị như một trường hợp sốc + thuốc giảm đau, Atropine 1 hoặc 2 ống pha loãng tiêm mạch chậm.

4. **Nhiễm khuẩn**

- Nếu có dấu hiệu nhiễm khuẩn sau nạo, sốt cao, tử cung to, cổ tử cung còn mở, sản dịch hôi nên điều trị kháng sinh liều cao. Chi nạo lại buồng tử cung sau khi hạ sốt và nghi sót nhau.

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản- Bộ Y tế 2013
2. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Từ Dũ 2016
3. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

ĐIỀU TRỊ TẮT TIA SỮA BẰNG MÁY HÚT

I.ĐẠI CƯƠNG:

Tắc tia sữa là hiện tượng hệ thống ống tuyến sữa bị tắc do vậy sữa không chảy ra được. Hiện tượng này thường xảy ra ở các sản phụ trong những ngày đầu sau sinh và trong thời kỳ nuôi con bằng sữa mẹ. Việc làm tan các vị trí sữa ứ đọng đã đông kết, thông thoáng hệ thống ống tuyến sữa và hạn chế việc xuất hiện thêm những vị trí mới sẽ giải quyết được triệu chứng và hạn chế hậu quả do tắc gây nên như: viêm tuyến sữa, áp xe tuyến vú, xơ hóa tuyến vú...

Hiện nay, có rất nhiều phương pháp điều trị tắc tia sữa nhưng chưa có một phương pháp nào đem lại hiệu quả tốt nhất cho sản phụ. Phương pháp điều trị tắc tia sữa bằng máy hút là một trong những phương pháp được sử dụng nhiều và hiệu quả cao.

II.QUY TRÌNH ĐIỀU TRỊ TẮC TIA SỮA:

- Chuẩn bị dụng cụ: máy hút
- Chuẩn bị bệnh nhân:
- Tiếp xúc giải thích động viên
- Đặt tư thế nằm ngồi cho phù hợp theo vùng điều trị
- Bộc lộ vùng điều trị, các vùng khác che lại
- Chuẩn bị kỹ thuật viên: Trang phục đầy đủ, đứng hoặc ngồi cạnh bệnh nhân
- Kỹ thuật tiến hành:
- Vệ sinh vú bên tắc.
- Chườm ấm.
- Day nhẹ bầu vú
- Dùng máy hút nhẹ nhàng áp vào quầng núm vú
- Nhẹ nhàng hút bằng tay (hoặc bằng máy), hút ít một đến lúc vú đỡ căng.
- Nghỉ khoảng 2h sau đó lặp lại quy trình.

III.TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản- Bộ Y tế 2013
2. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Từ Dũ 2016
3. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

KHÂU VÒNG CỔ TỬ CUNG

I.ĐẠI CƯƠNG

Khâu vòng cổ tử cung là thủ thuật khâu một đường vòng tròn quanh cổ tử cung để thu hẹp lỗ trong cổ tử cung.

II.CHẨN ĐOÁN

1. **Tiền sử sản khoa hoặc siêu âm**

- Sảy thai to hoặc sinh non trước 28 tuần ≥ 2 lần liên tiếp với đặc điểm chuyển dạ sinh nhanh mà không gây đau.
- Có tiền sử sảy thai hoặc sinh non (từ 14 - 36 tuần) với đặc điểm chuyển dạ sinh nhanh mà không gây đau kèm theo yếu tố nguy cơ của hở eo TC: nong nạo buồng TC, khoét chop, cắt đoạn CTC, rách CTC, bệnh lý collagen, bất thường ở tử cung hoặc CTC.
- Đo chiều dài CTC qua siêu âm đường âm đạo < 25 mm và/hoặc có sự thay đổi CTC qua thăm khám ở tuổi thai trước 24 tuần kèm theo yếu tố nguy cơ hở eo TC.

2. **Hình ảnh siêu âm CTC ngả âm đạo**

- Lỗ trong CTC hình phễu.
- Sự tương quan giữa chiều dài CTC và hình dạng lỗ trong CTC với các dạng T, Y, V, U.
- Chiều dài CTC < 25 mm.
- Hiện diện phần thai ở CTC hoặc âm đạo.

III.CHỈ ĐỊNH KHÂU VÒNG CTC

- Đã được chẩn đoán hở eo TC
- Có tiền sử khâu vòng cổ tử cung

IV.CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tử cung có cơn co
- Chảy máu từ tử cung
- Viêm màng ối
- Ối vỡ non
- Bất thường thai nhi
- Viêm nhiễm âm đạo, cổ tử cung.

V.THỜI ĐIỂM KHÂU

- Từ 14 – 18 tuần (có thể từ 13 đến < 20 tuần)

VI.CHUẨN BỊ

a. Người thực hiện

- Giải thích mục đích khâu, tai biến có thể xảy ra sau khi khâu cho sản phụ và gia đình trước khi có quyết định khâu.
- Bác sĩ chuyên khoa Phụ sản đã được đào tạo và kíp trợ thủ.
- Rửa tay, mặc áo, đội mũ, đeo khẩu trang, đi găng tay vô khuẩn.

b. Phương tiện, dụng cụ:

- Dung dịch betadine.
- Chỉ khâu chuyên dung (Perlon, Mercilen rộng 5mm...)
- Van âm đạo

c. Người bệnh

- Được vệ sinh
- Nằm tư thế phụ khoa.

VII.CÁC BƯỚC KỸ THUẬT THEO PHƯƠNG PHÁP MC DONALD

- Bộc lộ cổ tử cung bằng van.

- Sát trùng vùng âm hộ, âm đạo và CTC.
- Dùng kẹp hình tim nhỏ kẹp vào CTC ở vị trí 10 giờ, kéo nhẹ cổ tử cung xuống dưới và vào trong.
- Đâm kim tù với chỉ bản to 5 mm (Mercilene) từ vị trí 11g30, vào và đi trong lớp cơ cổ TC (không để kim đi vào kênh CTC), đầu kim đi ra khỏi cơ TC ở vị trí 9g30.
- Dùng kẹp hình tim nhỏ kẹp vào CTC ở vị trí 7 giờ, kéo nhẹ cổ tử cung lên trên và vào trong.
- Đâm kim tương tự vào ở vị trí 8g30, ra ở 7g30.
- Dùng kẹp hình tim nhỏ kẹp vào CTC ở vị trí 4 giờ, kéo nhẹ cổ tử cung lên trên và vào trong.
- Đâm kim tương tự vào ở vị trí 5g30, ra ở 3g30.
- Dùng kẹp hình tim nhỏ kẹp vào CTC ở vị trí 2 giờ, kéo nhẹ cổ tử cung xuống dưới và vào trong.
- Đâm kim tương tự vào ở vị trí 2g30, ra ở 12g30.
- Cột chỉ ở vị trí 12g, siết vừa đủ chạm vào ngón tay kiểm soát trong kênh CTC.
- Cắt đầu chỉ xa nút buộc khoảng 1cm.
- Sát trùng lại CTC và âm đạo.

VIII. THEO DÕI SAU THỦ THUẬT

- Để người bệnh nghỉ lại giường trong 12 – 24 giờ
- Theo dõi sau cơn gò TC, đau bụng, ra máu nước âm đạo.
- Rút gạc sau 4 - 6 giờ.
- Điều trị kháng sinh (uống) và chống co tử cung.
- Thai phụ xuất viện sau 24 – 48 giờ nếu không có gò TC, đau bụng, ra máu nước âm đạo.
- Hướng dẫn sản phụ không giao hợp, không đứng lâu, không gắng sức.
- Hướng dẫn sản phụ các dấu hiệu cần nhập viện.
- Siêu âm chiều dài CTC mỗi khi khám định kỳ.
- Dùng Progesterone liên tục tới tuổi thai 36 tuần.
- Hướng dẫn thai phụ nhập viện lại khi có: cơn co tử cung, ra máu âm đạo, ra nước ối.
- Cắt chỉ khi thai ≥ 38 tuần hoặc khi có chuyển dạ.

IX. TAI BIẾN

- Ra máu: thường hết ra máu (trừ trường hợp bị bệnh về máu không phát hiện trước) sau khi chèn gạc cầm máu từ 3 - 4 giờ.
- Gãy kim vào trong cổ tử cung: nên dùng kim tròn to có độ cong nhỏ.
- Tổn thương bàng quang.
- Vỡ ối, hoặc rỉ ối non.
- Viêm màng ối.
- Chuyển dạ sinh non.
- Rách CTC.
- Sinh khó do CTC xơ hóa, sẹo xơ.
- Vỡ TC

X. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản- Bộ Y tế 2013
2. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Từ Dũ 2016
3. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

CHÍCH ÁP XE TẦNG SINH MÔN

I.ĐẠI CƯƠNG

1. Áp xe tầng sinh môn

- Áp xe tầng sinh môn là một khu vực sưng đau, viêm nhiễm và phát triển thành một khối mềm ở tầng sinh môn – vị trí giữa âm đạo và hậu môn. Bên trong khối áp xe tường chứa đầy dịch mủ với thành phần là vi khuẩn, xác bạch cầu cũng như các mảnh vụn... Do đó, các áp xe này thường khiến tầng sinh môn bị đau ở người bệnh.
- Các áp xe tầng sinh môn được hình thành thường do sự tắc nghẽn tuyến mồ hôi hoặc tắc tuyến dầu (tuyến bã nhờn), do các vết rạn – thủng trên da tầng sinh môn, viêm nang lông... Khi đó, vi khuẩn sẽ xâm nhập, gây ra phản ứng viêm.
- Ngứa vùng kín
- Áp xe tầng sinh môn là một khu vực sưng đau, viêm nhiễm và phát triển thành một
- khối mềm ở tầng sinh môn – vị trí giữa âm đạo và hậu môn

2. Dấu hiệu nhận biết

- Một bệnh nhân khi bị áp xe tầng sinh môn sẽ có những dấu hiệu sau:
- Sờ vào khu vực tầng sinh môn, bệnh nhân có thể cảm thấy khối u to, căng tức và đau đớn.
- Khi khối áp xe này phát triển, bệnh nhân dễ dàng nhìn thấy được đầu mủ nhọn.
- Hầu hết các khối áp xe tầng sinh môn sẽ to dần và trở nên nặng nề khi không được
- điều trị sớm. Khi tình trạng nhiễm trùng lây lan sâu hơn vào bên trong, hay thậm chí là đi vào máu, bệnh nhân có thể cảm thấy cơ thể mệt mỏi, sốt cao...

3. Chích áp xe tầng sinh môn – phương pháp phổ biến điều trị áp xe tầng sinh môn

- Chích áp xe tầng sinh môn là thủ thuật cơ bản và thường được chỉ định nhất trong việc điều trị các khối áp xe tầng sinh môn, có chức năng dẫn lưu mủ trong áp xe từ khu vực nhiễm bệnh ra bên ngoài. Tuy nhiên, đây là phương pháp điều trị thích hợp đối với các khối áp xe nhỏ đến trung bình. Ở những khối áp xe tầng sinh môn lớn, cần phải tiến hành điều trị theo đúng các chỉ định từ bác sĩ chuyên khoa.

II.QUY TRÌNH CHÍCH ÁP XE TẦNG SINH MÔN

- Gây tê quanh vị trí áp xe
- Thuốc an thần có thể sử dụng khi khối áp xe có kích thước lớn.
- Sát khuẩn và đặt khăn vô trùng lên vị trí áp xe và xung quanh áp xe - Giảm áp lực trên khối áp xe tầng sinh môn
- Chích áp xe tầng sinh môn
- Chèn gạc vào khoang áp xe còn lại với mục đích cầm máu và băng bó lại vết thương
- Kê đơn thuốc sau thủ thuật
- Hướng dẫn cụ thể cách thức chăm sóc tại nhà

III.PHÒNG NGỪA ÁP XE TẦNG SINH MÔN SAU ĐIỀU TRỊ

- Vệ sinh vùng kín ít nhất 2 lần mỗi ngày
- Cải thiện, nâng cao chất lượng môi trường sống.
- Thiết lập chế độ dinh dưỡng đầy đủ chất
- Chú ý tập luyện thể dục thường xuyên để nâng cao sức khỏe.
- Tránh xa rượu bia, thuốc lá, chất kích thích và xây dựng lối sống khoa học, lành mạnh.

IV.TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản- Bộ Y tế 2013

2. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Từ Dũ 2016
3. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

PHẦN 5:
SƠ SINH

QUY TRÌNH ĐIỀU TRỊ VÀNG DA Ở TRẺ SƠ SINH BẰNG PHƯƠNG PHÁP CHIẾU ĐÈN

I. CHUẨN BỊ

a. Người bệnh:

- Trẻ cởi trần tối đa, nằm trong lồng ấp hoặc nôi, che mắt. Nếu là trẻ trai thì che bộ phận sinh dục
- Chiếu đèn được tiến hành ngay cả với những trẻ rất yếu (thở máy, oxy, CPAP, bất động) nếu có chỉ định.

b. Dụng cụ:

- Chiếu đèn 1 mặt: dàn đèn ánh sáng xanh hoặc trắng với bước sóng 400-500nm
- Chiếu đèn 2 mặt: Hệ thống 2 dàn đèn ánh sáng xanh hoặc trắng ở phía trên và dưới trẻ
- Hoặc dàn đèn ánh sáng trắng (xanh) và biliblanket
- Băng che mắt.

c. Người thực hiện:

- Bác sĩ, điều dưỡng của khoa (hoặc đơn nguyên) sơ sinh

II. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:

- Trẻ được chuẩn bị nằm ở vùng trung tâm của ánh sáng đèn
- Khoảng cách từ đèn đến trẻ khoảng 35-40cm
- Thay đổi tư thế của trẻ để đảm bảo tất cả các vùng da đều được chiếu đèn
- Tăng nhu cầu dịch mỗi ngày 10-20% bằng đường ăn hoặc truyền dịch
- Nếu trẻ bị hạ thân nhiệt: nằm lồng ấp hoặc sưởi ấm và tiếp tục chiếu đèn, nếu tăng thân nhiệt: tạm ngừng chiếu trong ½-1 giờ
- Ngừng chiếu đèn khi lượng bilirubin xuống thấp hơn mức chỉ định chiếu 2mg%.
- Chuyển Người bệnh về phòng hậu phẫu và theo dõi

III. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản- Bộ Y tế 2013
2. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Từ Dũ 2016
3. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

CHĂM SÓC RỐN SƠ SINH

I.ĐẠI CƯƠNG

Rốn thường rụng vào ngày thứ 7 đến ngày thứ 10, các mạch máu đóng về mặt chức năng nhưng vẫn tồn tại dạng giải phẫu trong vòng 20 ngày. Trong thời gian này rốn vẫn có thể là đường vào của vi khuẩn, vì vậy cần thiết phải chăm sóc và giữ vệ sinh rốn, tránh nhiễm khuẩn.

II.CHỈ ĐỊNH

- Trẻ sơ sinh chưa rụng cuống rốn
- Trẻ đã rụng cuống rốn nhưng rốn còn tiết dịch hoặc rốn nhiễm trùng

III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định.

IV.CHUẨN BỊ

a. Người thực hiện:

- Bác sỹ hoặc điều dưỡng, nữ hộ sinh

b. Dụng cụ:

- Bông cồn 700 hoặc cồn Iode 2,5% sát trùng dung dịch betadin
- Băng, gạc, khay vô trùng, khay quả đậu.
- Găng tay, panh vô trùng

c. Trẻ sơ sinh:

- Đã được tắm sạch(tắm, rửa); thay áo, tã mới sạch
- Bộc lộ vùng rốn

d. Hồ sơ bệnh án:

- Ghi hồ sơ bệnh án giờ/ngày cháu được chăm sóc
- Tình trạng rốn: khô, ướt hoặc dịch tiết, màu sắc, sưng tấy hay không, mùi hôi

V.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:

- Yêu cầu thao tác kĩ thuật vô khuẩn.
- Rửa tay bằng xà phòng với nước sạch.
- Lau khô tay bằng khăn sạch hoặc để khô tự nhiên.
- Tháo băng , gạc, bộc lộ rốn.
- Quan sát rốn, da quanh rốn xem có mủ, máu, tấy đỏ, mùi hôi không?
- Sát khuẩn sạch rốn từ trung tâm ra ngoại vi, dây rốn, kẹp rốn, mặt cắt (chú ý lau sạch các khe kẽ, làm sạch tất cả các chất tiết).
- Lau lại 2 lần, để cồn khô tự nhiên và lau rốn như vậy 1- 2 lần/ ngày.
- Băng rốn bằng gạc vô trùng trong 2 ngày đầu, từ ngày thứ 3 tùy điều kiện chăm sóc từng nơi có thể băng hoặc để hở rốn giúp rốn mau khô và dễ rụng.
- Quấn tã dưới rốn.
- Chú ý không bôi bất kỳ chất gì lên rốn ngoài các dịch sát trùng rốn.
- Sau khi rốn rụng tiếp tục chăm sóc tới khi chân rốn khô

VI.THEO DÕI

- Nhiễm khuẩn rốn: nên chăm sóc rốn nhiều lần trong ngày, tùy theo mức độ nặng mà cho dùng kháng sinh toàn thân (nếu có nhiễm trùng mạch máu rốn)
- Chảy máu rốn: thường xảy ra trong vài ngày đầu khi rốn còn tươi hoặc khi 169 rụng cuống rốn, nếu cuống rốn còn tươi nên buộc lại bằng chỉ vô trùng, nếu cuốn rốn rụng nên lau sạch bằng dung dịch sát khuẩn và dùng gạc vô khuẩn băng ép
- Tồn tại lõi rốn (chồi rốn): chấm Nitrate bạc hàng ngày hoặc đốt điện nếu lõi rốn to

VII.TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chăm sóc rốn nhằm tránh biến chứng nếu như để rốn không được vệ sinh, có thể gây nhiễm khuẩn rốn

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản- Bộ Y tế 2013
2. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Từ Dũ 2016
3. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

TẮM SƠ SINH

I.ĐẠI CƯƠNG

Tắm cho trẻ sơ sinh là một chăm sóc cần thiết giúp làm sạch da và phòng chống các bệnh lý về da vốn rất hay gặp trong giai đoạn sơ sinh.

II.CHỈ ĐỊNH

- Trẻ sơ sinh có sức khoẻ ổn định: sau đẻ 6 giờ
- Trẻ sơ sinh có mẹ HIV: tắm ngay sau khi sinh

III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Trẻ dưới 6 giờ đầu sau đẻ.
- Trẻ mắc bệnh nặng đang cần bất động, chăm sóc tại chỗ

IV.CHUẨN BỊ

a. Người thực hiện

- Điều dưỡng, nữ hộ sinh

b. Phương tiện:

- Phòng tắm: ấm, đảm bảo nhiệt độ phòng tắm từ 28 – 30oC, kín không có gió lùa.
- 2 chậu: 1 chậu dùng tắm, 1 chậu dùng tráng lại.
- Nước tắm: dùng nước sạch, đổ nước nguội vào chậu trước, nước nóng sau. Nhiệt độ nước tắm thích hợp khoảng 37oC.
- Xà phòng (sữa tắm), dầu gội đầu dành cho trẻ sơ sinh.
- 2 khăn tắm to; 2 khăn tay nhỏ bằng vải mềm.
- Mũ; bao tay, bao chân, quần áo, bỉm, khăn quấn trẻ.
- Bông; cồn, dung dịch betadin nếu rốn chưa rụng.

c. Trẻ sơ sinh:

- Tình trạng ổn định.
- Tắm trước bữa ăn.

d. Hồ sơ bệnh án:

- Ghi ngày giờ trẻ được tắm.
- Tình trạng trước, sau khi tắm.

V.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. **Nguyên tắc:**

- Rửa tay trước khi tắm cho mỗi trẻ.
- Tránh hạ thân nhiệt: phòng tắm và nước tắm ấm, tắm từng phần và lau khô ngay vùng đã tắm, giữ ấm trẻ ngay sau tắm.
- Trình tự tắm: vùng sạch trước, vùng bẩn sau.
- Chỉ nên đặt trẻ vào chậu nước khi rốn đã rụng.
- Tránh làm ướt da vùng đang lưu kim, vết mổ.
- Dụng cụ sạch dành riêng cho mỗi trẻ.

2. **Các bước tắm:**

Bước 1: Cởi bỏ toàn bộ quần áo, mũ, bao tay, bao chân của trẻ, sau đó quấn trẻ trong 1 khăn tắm sạch, ấm.

Bước 2: Bế trẻ trên tay đúng tư thế: cánh tay đỡ lưng, bàn tay đỡ đầu.

Bước 3: Rửa mặt theo thứ tự: mắt, mũi, tai mồm: - Dùng bông nhúng vào nước sạch lau nhẹ mắt từ góc trong của mắt ra ngoài sau đó lấy cục bông khác lau tiếp mắt bên kia theo trình tự tương tự. - Sau đó dùng 1 khăn tay nhỏ bằng vải mềm lau mặt từ giữa dọc theo mũi ra 2 bên tai, tránh đưa sâu vào trong tai, chú ý lau kỹ vùng sau tai và nếp gấp cổ.

Bước 4: gội đầu: làm ướt tóc, xoa xà phòng (dầu gội đầu) từ trước ra sau đầu trẻ. Dùng nước gội sạch, lau khô ngay đầu trẻ.

Bước 5: tắm trẻ: tắm từng phần hoặc tắm toàn thân tuỳ thuộc rốn chưa rụng hoặc đã rụng. Nếu tắm từng phần thì che ấm phần chưa tắm, phần nào tắm xong được lau khô ngay. Cả 2 ca đều theo thứ tự sau:

+ Tắm cổ, nách, cánh tay, ngực, bụng.
+ Tắm lưng, mông, chân.
+ Tắm bộ phận sinh dục.

Bước 6: lau khô toàn thân.

Bước 7: mặc áo, quấn tã, giữ ấm.

Bước 8: chăm sóc rốn nếu cuống rốn chưa rụng (xem bài chăm sóc rốn).

Bước 9: đặt trẻ vào giường, ủ ấm.

Bước 10: thu dọn dụng cụ và ghi phiếu chăm sóc theo dõi.

VI. THEO DÕI

- Tình trạng toàn thân, chú ý thân nhiệt.
- Cho trẻ ăn sữa sau khi đã hoàn thành việc tắm.

VII. TAI BIẾN VÀ CÁCH ĐỀ PHÒNG

1. **Bỏng**

Cần kiểm tra nhiệt độ của nước trước khi tắm trẻ; cho nước lạnh vào chậu trước sau đó mới cho rót nước nóng vào cho tới khi đạt được nhiệt độ thích hợp để tránh không làm cho thành chậu bị nóng.

2. **Hạ thân nhiệt**

Phòng tắm ấm, không có gió lùa; nước tắm ấm; tắm nhanh; thời gian một lần tắm không quá 10 phút.

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản- Bộ Y tế 2013
2. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Từ Dũ 2016
3. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

HỒI SỨC SƠ SINH NGẠT

I.ĐẠI CƯƠNG

Ngạt là tình trạng trẻ đẻ ra không thở, không khóc làm cho trẻ bị thiếu oxy, thừa CO2. Để đánh giá mức độ ngạt, người ta dựa vào 2 chỉ số APGAR và SIGTUNA phút thứ 1, 5 và 10 sau đẻ. Trẻ bị ngạt khi có điểm APGAR<8 và SIGTUNA<4. Hồi sức sơ sinh bị ngạt đòi hỏi sự khẩn trương, đúng kỹ thuật để giảm tử vong và di chứng cho trẻ.

II. CHỈ ĐỊNH

- Trước tất cả các cuộc đẻ đều phải sẵn sàng cho việc hồi sức sơ sinh
- Sơ sinh có điểm APGAR<8 và SIGTUNA<4
- Sơ sinh có khả năng sống cao (có tuổi thai>25 tuần)

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không hồi sức hoặc ngừng hồi sức với thai <23 tuần hoặc <400gr
- Trẻ sinh ra không có nhịp tim, sau hồi sức 10 phút vẫn không có nhịp tim, nên cân nhắc ngừng hồi sức

IV. CHUẨN BỊ

a. Người thực hiện:

- Bác sĩ, nữ hộ sinh

b. Phương tiện:

- Trang bị hút:
  + Máy hút
  + Ống hút số 6, 8, 10
- Trang bị bóng và mặt nạ:
  + Bóng hồi sức sơ sinh có van giảm áp
  + Mặt nạ sơ sinh các cỡ
  + Oxy và ống dẫn
- Trang bị đặt nội khí quản:
  + Đèn soi thanh quản với lưỡi thẳng số 0 (non tháng), số 1 (đủ tháng)
  + Ống nội khí quản các cỡ: 2,5- 3,0- 3,5- 4,0
- Thuốc:
  + Adrenalin 1‰
  + Dung dịch Nacl 9‰, Ringer lactat
- Dụng cụ khác:
  + Bàn sưởi ấm
  + Ống nghe
  + Catheter rốn
  + Bông cồn, băng dính

c. Người bệnh:

- Sơ sinh được đặt lên bàn đã sưởi ấm từ trước
- Sau mỗi bước hồi sức đều được đánh giá về hô hấp, nhịp tim và màu da để quyết định bước tiếp theo

d. Hồ sơ bệnh án:

- Ghi điểm APGAR, tình trạng của trẻ khi ra đời
- Ghi cụ thể các việc hồi sức đã làm cho trẻ, tình trạng của trẻ sau khi hồi sức
- Đánh giá tuổi thai, cân nặng, tình trạng nước ối và các nguy cơ khác (tình trạng bệnh lý và thai nghén của người mẹ)

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. **Nguyên tắc:**

- Khai thông đường thở
- Khởi động thở
- Đảm bảo tuần hoàn
- Sử dụng thuốc

2. **Các bước hồi sức:**

Tất cả trẻ sơ sinh đẻ ra đều được lau khô và đánh giá tình trạng để quyết định việc hồi sức:

Bước 1: Đặt trẻ đúng tư thế

- Đặt trẻ nằm trên một mặt phẳng
- Kê dưới vai một cuộn khăn nhỏ để giữ đầu hơi ngửa

Bước 2: Làm thông đường thở:

- Lau sạch mũi, miệng. Hút dịch khi có dáu hiệu tắc nghẽn hoặc nước ối bẩn ở trẻ không khỏe
- Hút miệng trước (ống hút không sâu quá 5cm), mũi sau (ống hút không quá 3cm)

Bước 3: Hỗ trợ hô hấp:

- Khi 1 trong 3 dấu hiệu được đánh giá là không tốt. Áp dụng các phương pháp sau:
  + Kích thích xúc giác: Vỗ, búng vào gan bàn chân hoặc cọ xát mạnh và nhanh vào lưng trẻ (không quá 2 lần)
  + Cung cấp oxy cho trẻ qua mặt nạ. Hô hấp nhân tạo bằng bóng và mặt nạ: khi kích thích xúc giác không thành công. Mặt nạ che kín mũi và miệng trẻ. Một tay giữ mặt nạ, một tay bóp bóng với tần số 40-60 lần/phút. Đảm bảo lồng ngực của trẻ phồng lên theo nhịp bóp bóng
  + Đặt ống nội khí quản (xem bài Đặt nội khí quản) khi: + Thông khí bằng bóng và mặt nạ không hiệu quả
  + Cần hút dịch khí quản
  + Thông khí áp lực dương kéo dài - Thoát vị cơ hoành

Bước 4 : Ép tim ngoài lồng ngực:

- Chỉ định: sau 30 giây thông khí áp lực dương đúng kỹ thuật với oxy 100% mà nhịp tim:
  + Dưới 60 lần/phút
  + Từ 60-80 lần/phút và không tăng lên
- Vị trí ép tim: 1/3 dưới xương ức hoặc điểm xương ức dưới đường nối 2 núm vú
- Kỹ thuật: 2 phương pháp:
  + Phương pháp ngón tay cái: 2 ngón cái đặt lên vị trí ép tim, 2 bàn tay ôm lấy thân trên của trẻ, các ngón khác đỡ sau lưng trẻ
  + Phương pháp 2 ngón tay: ngón trỏ và ngón giữa đặt lên xương ức, bàn tay kia đỡ lưng trẻ:
    - Áp lực ép: ấn sâu 1/3 chiều dầy lồng ngực
    - Tần số ép: 120-140 lần/phút
    - Luôn phối hợp cùng với bóp bóng theo tỷ số 3/1 (3lần ép tim, 1 lần bóp bóng)
    - Sau 30 giây nếu nhịp tim >80 lần/phút: ngừng ép tim, tiếp tục thông khí đến khi nhịp tim >100 lần/phút hoặc trẻ tự thở. Nếu nhịp tim vẫn <80 lần/phút: tiếp tục ép tim, bóp bóng và dùng thuốc

Bước 5: Thuốc:

- Adrenalin 1/10.000: cho 0,1-0,2ml/kg nhỏ vào nội khí quản hoặc đường tĩnh mạch. Có thể nhắc lại sau 3-5 phút - Chỉ định: nhịp tim là 0 hoặc <80 lần/phút dù đã được thông khí và ép tim 30 giây

- Bù dịch: khi nghi ngờ có giảm thể tích tuần hoàn: dung dịch Nacl 0,9% hoặc Ringer Lactat 10ml/kg cho đường tĩnh mạch tốc độ 5-10 phút

VI. THEO DÕI

- Nếu có dấu hiệu khó thở hoặc da tím tái: dùng các phương pháp hô hấp hỗ trợ (CPAP, máy thở, Oxy)
- Nếu tình trạng xấu: chuyển tuyến lên cơ sở y tế cao hơn, đảm bảo chuyển tuyến an toàn
- Nếu tình trạng trẻ ổn định, không khó thở: cho tiếp xúc da kề da với mẹ và theo dõi sát các dấu hiệu sinh tồn

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Tràn khí màng phổi: do thông khí không đúng kỹ thuật: cần đảm bảo bóp bóng đúng áp lực, bóng có van an toàn
- Chấn thương hầu họng do đặt nội khí quản: người làm hồi sức phải thành thạo, động tác nhẹ nhàng. Nếu chưa đặt vào được cần rút đèn ra, thông khí bằng bóng-mặt nạ cho trẻ rồi mới đặt lại
- Gãy xương sườn do ép tim không đúng vị trí và kỹ thuật: cần xác định đúng vị trí trên xương ức, không nhấc ngón tay khỏi vị trí trong suốt quá trình ép tim.

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản- Bộ Y tế 2013
2. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Từ Dũ 2016
3. Quy trình kỹ thuật Sản phụ khoa- Bệnh viện Nguyễn Tri Phương